

# ヘルパーステーションとばた

## 重要事項説明書

〈 令和6年6月1現在 〉

### 1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 福音会
代表者氏名	浅野 嘉延
認可年月日	平成17年10月27日
所在地・連絡先	(所在地) 北九州市戸畑区千防一丁目1番6号 (電話) 093-873-5115 (FAX) 093-873-5121

### 2. 事業所

施設の名称	ヘルパーステーションとばた
事業の種類	指定訪問介護 介護保険法に基づく第一号訪問事業 (指定北九州市予防給付型・生活支援型訪問サービス)
事業所番号	4070300811
開設年月日	平成20年4月1日
所在地・連絡先	(所在地) 北九州市戸畑区千防一丁目1番6号 (電話) 093-873-8801 (FAX) 093-873-8802
管理者氏名	室園 美雪
併設事業	<b>【特別養護老人ホームとばた】</b> *指定介護老人福祉施設 平成19年5月1日指定 定員70名 <b>【ケアハウスとばた】</b> *指定特定施設入居者生活介護 *指定介護予防特定施設入居者生活介護 平成19年5月1日指定 定員40名 <b>【ショートステイとばた】</b> *指定短期入所生活介護 *指定介護予防短期入所生活介護 平成19年6月1日指定 定員10名

	<p>【グループホームとばた】</p> <p>*指定認知症対応型共同生活介護</p> <p>*指定介護予防認知症対応型共同生活介護</p> <p>平成19年6月1日指定 定員18名</p> <p>【ケアプランセンターとばた】</p> <p>*指定居宅介護支援</p> <p>平成20年4月1日指定</p> <p>【デイサービスとばた】</p> <p>*指定通所介護</p> <p>平成20年10月1日指定</p> <p>*介護保険法に基づく第一号通所事業（予防給付型/生活支援型）</p> <p>平成29年5月1日指定</p> <p>指定通所介護/指定予防給付型通所サービス 50名</p> <p>指定生活支援型通所サービス 3名</p>
--	---

### 3. 事業の目的および基本方針

#### (1) 事業の目的

指定訪問介護事業および介護保険法に基づく第一号訪問事業（指定北九州市予防給付型・生活支援型訪問サービス）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士、または訪問介護研修の修了者（以下、「訪問介護員等」という。）が要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護及び介護保険法に基づく第一号訪問事業（指定北九州市予防給付型・生活支援型訪問サービス）を提供することを目的とする。

#### (2) 基本方針

- 一人ひとりがその人らしい生活をおくれるように支援します。
- 尊厳ある生活ができるように、身体的・精神的拘束ゼロを目指します。
- 利用者の自己選択・自己決定に基づいた利用者本位のサービスを提供します。
- 利用者が選択できるよう情報提供・情報開示をおこないます。
- 地域の福祉事業者等との連携を深めるとともに、専門性を活かした情報発信・人材育成に努めます。

### 4. 事業実施地域および営業日

事業対象地域	戸畑区、小倉北区
営業日	平日・土曜日・日曜日・祝日
営業時間帯	午前8時30分～午後6時
営業しない日	原則として12月29日～1月3日

## 5. 事業所の職員体制・職務内容

職 種	人数	常勤換算後の人数	区 分		資格その他
			常勤 (人)	非常勤 (人)	
管 理 者	1	0.5	1	—	介護福祉士
サービス提供責任者	2	1.5	2	—	介護福祉士
訪 問 介 護 員	9	—	—	9	ヘルパー2級 介護福祉士

※職員の配置人数及び資格については、入退職等により変更となる場合がありますのでご了承ください。

管 理 者	従業者及び業務の管理
サービス提供責任者	指定訪問介護 介護保険法に基づく第一号訪問事業 (指定北九州市予防給付型・生活支援型訪問サービス) 利用申し込み調整、計画書の作成、訪問介護員の技術指導
訪 問 介 護 員	指定訪問介護 介護保険法に基づく第一号訪問事業 (指定北九州市予防給付型・生活支援型訪問サービス)
従 業 者 へ の 研 修	採用後、1か月以内に採用時研修を実施しています 毎月、1回の継続研修を実施しています

## 6. サービスの内容と費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ① サービス内容

項目	種 類	内 容 ・ 手 順	保険適用
身体介護	食事介助	見守り介助、全介助	有
	入浴介助	洗髪、体洗い、シャワー浴	有
	排泄介助	オムツ介助、トイレ誘導	有
	清 拭	全身清拭、部分清拭	有

	移動介助	車椅子、歩行介助、体位変換	有
	外出	通院、買物同行	有
	衣服着脱	更衣の介助	有
生活援助	調理	下ごしらえ、後片付け	有
	買物	食材、日用品の買物	有
	掃除	居室、風呂、トイレ	有
	洗濯	水洗いの出来る衣服、下着等	有
	その他	代筆、縫い物、衣服の入替え	有
その他	相談	生活上の悩み、公共機関との連絡	有

## ②費用

利用者の自己負担額は、原則として下記料金表のとおりです。

### ◆予防給付型訪問サービス費

介護保険利用者負担割合が1割の方は、以下の通りです。

利用者負担額は介護保険負担割合証をご確認下さい。

1ヶ月当たりの利用料金

サービス区分	認定区分	単位	処遇改善	単位合計	利用者負担額
予防給付型訪問サービスⅠ (週1回程度)	要支援1・2	1,176	263	1,439	1,470円
予防給付型訪問サービスⅡ (週2回程度)	要支援1・2	2,349	526	2,875	2,936円
予防給付型訪問サービスⅢ (週2回超)	要支援2	3,727	835	4,562	4,658円

※1単位=10.21円

### ◆生活支援型訪問サービス費

介護保険利用者負担割合が1割の方は以下の通りです。

利用者負担額は介護保険負担割合証をご確認ください。

1ヶ月当たりの利用料金

サービス区分	認定区分	単位	利用者負担額

生活支援型訪問サービスⅠ (週1回程度)	要支援1,2	921	941円
生活支援型訪問サービスⅡ (週2回程度)	要支援1,2	1,840	1,879円
生活支援型訪問サービスⅢ (週2回超)	要支援2	2,762	2,820円

※1単位=10.21円

◆訪問介護サービス費

介護保険利用者負担割合が1割の方は、以下の通りです。

利用者負担額は介護保険負担割合証をご確認ください。

1回当たりの利用料金

項目	サービス利用時間	単位	処遇改善	単位合計	利用者負担額
身体介護	20分未満	163	37	200	205円
	20分以上30分未満	244	55	299	306円
	30分以上1時間未満	387	87	474	484円
	1時間以上1時間30分未満	567	127	694	709円
	30分増すごとに	82	18	100	103円
身体介護に引き続き20分以上の生活援助を行った場合(195単位を限度とする)		65	15	80	82円
生活援助	20分以上45分未満	179	40	219	224円
	45分以上	220	49	269	275円

※1単位=10.21円

◆加算

介護保険利用者負担割合が1割の方は、以下の通りです。

利用者負担額は介護保険負担割合証をご確認ください。

種類	単位/回	利用者負担額	備考
初回加算	200	251円	新規利用時又は過去2か月利用がなくサービスが再開した場合
緊急時加算	100	125円	身体介護が対象
生活機能向上連携加算	100	125円	身体介護が対象
介護職員等処遇改善加算	加算率22.4%		算定式 サービスの所定単位×加算率

※1 単位=10.21 円

(※1) 上記の介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算については、常時加算されていない加算は含めずに計算しているため、月の処遇改善加算、特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算の単位数および一部負担額が変わる可能性があります。

◆割増料金

サービス提供の時間帯により利用料金が加算されます。  
介護保険利用者負担割合が1割の方は、以下の通りです。  
利用者負担額は介護保険負担割合証をご確認ください。

提供時間	早朝	昼間	夜間	深夜
時間	6:00~8:00	8:00~18:00	18:00~22:00	22:00~6:00
加算	25%	—	25%	50%

◆その他

- 2人の訪問介護員でサービスを行う必要がある場合は、ご利用者の同意のうえで通常料金の2倍の料金をいただきます。
- 交通費はサービス提供の地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は交通費の実費をお支払いいただくことがあります。
- サービスの実施に必要な利用者宅の水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者の負担となります。
- ヘルパーの変更を希望される方はお申し出ください。

◆キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合、次のキャンセル料をいただきます。  
ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日当日連絡がなかった場合	1,100 円
----------------	---------

※キャンセルが必要となったときは、至急ご連絡ください。

(2) 介護保険対象外訪問介護サービス

必要に応じて以下の実費負担料金に対応します

サービス区分	1 時間
身体介護	2,300 円
生活援助	2,000 円

交通費	500 円
-----	-------

#### 7. 緊急時の対応

サービス提供中に病状・急変が生じた場合は、速やかに主治医、ご家族等及び居宅介護支援事業者に連絡をとるなど必要な対応を講じます。

#### 8. 利用料等のお支払い方法

毎月 20 日頃、前項目のサービス等について算定した前月分の利用料を施設より利用料明細書にて請求いたします。お支払いは、ご指定の銀行・郵便局・信用金庫・農協から毎月 4 日に前々月利用分の自動引落としとなりますので、前日までにご入金ください。なお、自動引落日が金融機関の非営業日にあたる場合は翌日になります。

入金確認後、領収証を発行いたします。

例) 4 月分利用料の支払いの場合

・ 4 月分請求書の発行 5/20

↓

・ 4 月分利用料引落とし 6/4

#### 9. 個人情報の取り扱い

利用者やその家族等の個人情報の取り扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報を用いる場合は、当法人が定める「個人情報に関する基本方針」に従い、誠実に対応します。職員が離職後においても守秘義務を遵守すべきことは、雇用契約にも明示しております。また、個人情報を用いる期間はサービス利用契約に際し必要な期間とします。

#### 10. 事故発生時の対応および損害賠償

サービスの提供において事故が発生した場合は、速やかに市町村・ご家族等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。

また、事業者が賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償に係る手続きを行います。

#### ◆損害賠償責任保険

保険会社	損害保険ジャパン株式会社
保険内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対人賠償補償</li> <li>・ 対物賠償補償</li> <li>・ 受託財物</li> <li>・ 人格権侵害</li> <li>・ 経済的損害</li> <li>・ 事故対応費用</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被害者対応費用</li> <li>・ 個人情報漏えい賠償責任補償</li> <li>・ 業務中傷害補償</li> </ul>
--	---

1 1. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) サービスに関する苦情等相談の受付

サービスにおける苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

高齢者複合施設 ふれあいの里とばた 苦情解決委員会	受付方法 ①面 談 2階事務所窓口にてお申し出ください。 ②電 話 093-873-8801 受付時間 10:00～17:00 ○苦情受付担当者 ヘルパーステーション管理者 室園 美雪 ○苦情対応責任者 ケアハウス施設長 木村美穂子 ○苦情解決責任者 特別養護老人ホーム施設長 大野 剛
高齢者複合施設 ふれあいの里とばた 苦情解決委員会第三者委員	○委 員 村山 浩一郎 福岡県立大学人間社会学部社会福祉学科 教授 電話：0947-42-1485 (福岡県立大学研究室直通) ○委 員 江田 久美子 特定非営利活動法人障害者支援要会 代表理事 電話：093-561-5032 (カフェ・ラポール小倉店)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー (介護保険担当)	門 司 区 〒801-8510 門司区清滝一丁目1-1 093-331-1894 (直通) 小倉北区 〒803-8510 小倉北区大手町1-1 093-582-3433 (直通) 小倉南区 〒802-8510 小倉南区若園五丁目1-2 093-951-4127 (直通) 若 松 区 〒808-8510 若松区浜町一丁目1-1 093-761-4046 (直通) 八幡東区 〒805-8510 八幡東区中央一丁目1-1 093-671-6885 (直通) 八幡西区 〒806-8510 八幡西区黒崎三丁目15-3 093-642-1446 (直通) 戸 畑 区 〒804-8510 戸畑区千防一丁目1-1 093-871-4527 (直通)
--	---



福岡県 国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口	〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47 092-642-7859
--------------------------------	--

12. 利用にあたって

(1) 保険証等の提示

サービスのご利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証をご提示ください。

13. 提供するサービスの第三評価の実施状況

第三評価は実施しておりません。

## 重要事項の説明確認書

当事業者は、サービス提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項の説明をおこないました。

令和 年 月 日

事業所

所在地 福岡県北九州市戸畑区千防一丁目1番6号

事業所名 ヘルパーステーションとばた

管理者氏名 室園 美雪

説明者職種

説明者氏名 印

私は、本書面に基づき、サービス内容および重要事項の説明を受けました。

利用者

氏 名 印

連帯保証人

氏 名 印