

重要事項説明書

1、事業者

名 称	エターナルライフ 有限会社
所 在 地	福岡市中央区舞鶴 1 丁目6番1号 ラフォーレ舞鶴 301号
電 話	092-401-5020
設 立	平成17年8月22日
業務内容	訪問介護、介護予防型訪問サービス

2、事業所

名 称	あ・うん訪問介護
所 在 地	福岡市城南区南片江 3-13-38 ドミル片江 205 号
電 話	092-873-3089
F A X	092-872-1708
開 設	平成18年6月1日
業務内容	訪問介護、介護予防型訪問サービス

3、事業所の責任者

管 理 者	中島 美保
-------	-------

4、事業所の職員体制

管 理 者	1名	
サービス提供責任者	2名以上	
訪 問 介 護 員	資 格	
	介護福祉士	3名以上
	初任者研修終了者	3名以上
	看護師	1名以上

令和5年10月1日現在

5、営業日および営業時間・サービス対応時間

営業日・営業時間	月・火・水・木・金・土 9:00~18:00
休 日	日・祝・年末年始(12月30日~1月3日)
サービス対応時間	月・火・水・木・金・土・日 24時間

6、サービス提供地域

福岡市中央区、福岡市城南区、南区

7、事業の目的および運営方針

- ①介護支援専門員が作成した「居宅サービス計画」に従い利用者またはその家族に対して説明の上、同意を得てサービス提供計画を作成し、その計画を利用者に交付し、その計画に基づいて、利用者の有する能力に応じて自立した生活を営むことが出来るように入浴、排泄、食事の介助等生活全般にわたる援助を致します。
- ②また、必要に応じた利用者の状況を介護支援専門員に相談します。

8、サービス内容と料金

<p>◆身体介護◆</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外出介助(買物) 2. 外出介助(通院) 3. 排泄介助 4. おむつ交換 5. 食事介助 6. 入浴介助 7. 清拭介助 8. 洗髪 9. 洗面介助 10. 口腔ケア 11. 更衣介助 12. 起床介助 13. 就寝介助 14. その他の身体介護 	<p>◆生活援助◆</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. 掃除 16. 洗濯 17. 買い物 18. 調理 19. 配膳・片付け 20. その他の家事
--	---

- ①サービスの提供は、法で定められた有資格者により行われます。
- ②訪問介護員は身分証明書を携行し初回訪問時および利用者または家族から求められた時は提示します。
- ③利用料(1割負担の場合)

	20分以上30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1時間半未満	30分以上増す毎に
身体介護	2,610円	4,140円	6,066円	877円
	20分以上45分未満	45分以上		
生活援助	1,915円	2,354円		

身体介護に引き続いて生活援助のサービス提供を受ける場合

	20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上	
生活援助	695円	1,391円	2,086円	

上記金額に加え、早朝(午前6時～午前8時)、夜間(午後6時～午後10時)は25%増し、深夜(午後10時～午前6時)は50%増しとなります。

当事業所は、特定事業所加算Ⅰを算定しており、全てのサービスに20%加算されます。
(特定事業所加算Ⅰとは、国が定める体制要件、重度要介護者等対応要件の全てを満たしている場合に算定するものです。)

介護職員等処遇改善加算Ⅱを算定しており、利用単位数に22.4%加算されます。

当事業所より同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合に10%減算されます。

又、初回訪問時に初回加算2,140円、緊急時に緊急時訪問介護加算1,070円、必要時に生活機能向上連携加算1,070円(3月の間)がかかる場合があります。

④介護保険の給付サービスを利用する場合、利用者の負担金は介護保険負担割合証に表示されている負担割合の料金負担となります。各地方自治体、該当市町村の定めたものとなります。

⑤介護保険給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

⑥なんらかの理由で介護保険が適用されない場合、全額自己負担となります。後日市町村に、当該事業所の発行するサービス提供証明書を提出することにより、差額の払い戻しを受けることができます。

⑦末日までの利用代金は、下記の銀行口座にお振込みください。

銀行名	西日本シティ銀行 薬院支店
口座番号	普通口座 1277868
口座名義	エターナルライフ(有) 取締役 田中 耕太郎

9、キャンセル料

訪問時不在またはキャンセルの場合、基本料金の20%をキャンセル料としていただきます。

10、サービス提供責任者

氏名	中島美保、黒岩美代子、佐藤綾子
電話	092-873-3089

サービスに関する相談や不満等のある場合ご連絡ください。

11、秘密の保持

業務上、知り得た利用者およびその実家の秘密を第三者に漏らしません。

12、家族等への連絡

希望があった場合、利用者に連絡するのと同様の通知を家族へも行います。

13、記録の保管

サービス提供の記録については、サービス提供終了後5年間保管します。記録の閲覧および実費を払っての写しの交付は本人および家族の方に限り可能とします。

14、損害賠償

利用者が事業所の責任により損害を受けた場合、損害を賠償します。
損害責任保険の契約内容について、希望があれば情報公開します。

15、留意事項

- ①訪問介護員による医療行為は法律により禁止されています。
- ②訪問介護員による日常の買い物以外の金銭管理はいたしかねます。
- ③訪問介護員による営利行為、宗教勧誘は禁止しています。
- ④訪問介護員に対する贈り物や飲食のもてなしは、ご遠慮ください。

16、緊急時、事故発生時の対応

- ①サービス提供中、利用者の病状急変、その他緊急事態が発生した場合、主治医、119番、親族、訪問介護事業所に連絡し、管理者へ報告、指示に従います。当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡も行います。
- ②事故の状況や事故に際して取った処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発防止の対策を講じるものとします。

主治医	氏名	御所ヶ谷ホームクリニック 田中 耕太郎
	電話	092-739-8525

なお、緊急連絡先については訪問介護員の目に付くところに貼付してください。

17、サービス内容に関する苦情・相談窓口

担当	中島 美保
電話	092-873-3089

当事業所以外に、市町村、県、国保連合会にも相談窓口があります。

福岡県介護保険課	092-643-3322
国保連合会	092-642-7859
福岡市中央区 福祉・介護保険課	092-718-1145
福岡市城南区 福祉・介護保険課	092-833-4170
福岡市南区 福祉・介護保険課	092-559-5125

18、契約の解除

利用者はいつでも契約を解除することができ、そのための料金は一切かかりません。事業者からの解約は、契約書 第7条、第8条に該当した場合、1ヶ月前に書面にて理由を通知するものとします。

契約書第7条に規定する「利用者の著しい不信行為やハラスメント行為により契約の継続が困難となった場合」とは次の行為をさします。

- ①背信的行為(刑法等の法令順守違反または事業者に対する暴力的な行為若しくは脅迫行為また

は暴言など)

- ②身体的暴力:身体的な力を使って危害を及ぼす行為(物を投げる, 蹴る, たたく, つねる, ひっかく・刃物を見せる・振り回すなど ※回避したため危害を免れた場合も含む)
- ③精神的暴力:個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり, おとしめたりする行為(大声発して威圧する, 威圧的な態度で長時間話し続ける, 脅迫的な物言いをする, 誹謗中傷するなど)
- ④セクシャルハラスメント:性的な誘いかけ・いやがらせ, 好意的な態度での要求(不必要に体をさわる・裸を見せる, 性的な話をする, 画像を見せる, 不必要な接触を求めるなど)
- ⑤介護保険では提供できないサービスを強要する, 不当な金銭等の要求をする, 不必要につきまとうなど

19、虐待の防止に関する取り組みについて

利用者の人権の擁護、虐待及び身体拘束の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

- ①虐待及び身体拘束を防止するための訪問介護員等に対する年1回の研修の実施
- ②虐待及び身体拘束防止のための対策を検討する委員会を設置するとともに、担当者を設け、開催された結果について従業者に周知徹底を図ります
- ③虐待及び身体拘束防止のための指針の整備
- ④サービス提供中に、虐待及び身体拘束を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村(包括支援センター)に通報します。

管理者 中島 美保

20、第三者評価について

第三者評価実施 当事業所は第三者評価を受けておりません。

実施した直近の年月日 年 月 日

実施した評価機関の名称

評価結果の開示状況

令和 年 月 日

訪問介護サービス、介護予防型訪問サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基いて重要な説明をしました。

事業者

所在地 福岡市中央区舞鶴 1 丁目6番1号 ラフォーレ舞鶴 301号

名称 エターナルライフ 有限会社

事業所名 あ・うん訪問介護

説明者

私は、本書面により、事業者から訪問介護サービス、介護予防型訪問サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名

印

代理人(利用者との関係)

住所

氏名

印