**管理番号 No．**

**重要事項説明書**

**( 訪　問　介　護　)**

**利用者： 様**

**事業者：　　訪問介護　み ち び き**

**１. 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口**

　　**訪問介護みちびき 　TEL:０４６３－６７－７３７６**

　　重要事項説明者　 　　　　　 ／ 管理者　 田口　誠

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

**２　事業所の概要**

（１）事業者の指定番号およびサービス提供地域

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 訪問介護みちびき |
| 所在地 | 神奈川県秦野市曽屋２丁目６－３０清水ハイツ１０１号室 |
| 介護保険指定番号 | 訪 問 介 護（神奈川県 1472802162 号） |
| サービスを提供する地域 | 秦野市全域 |

（２）営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 月～土 | ８：３０～１７：３０ |

（３）サービス提供日・サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| 年中無休 | ２４時間 |

（４）職員体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
| 管理者 |  | 　1名 | 0名 | 1名 |
| 責任者 | 介護福祉士・実務者研修 | 28名 | 0名 | 28名 |
| サービス提供者 | 介護福祉士・実務者研修・介護職員初任者研修修了者　 | 32名 | 31名 | 63名 |

**３.利用料金**

（１）利用料

サービスの利用料は、原則国が定めた公定価格（介護報酬）の１割負担もしくは２~３割負担（ある

一定以上の所得者）となっています。お客様の利用される個別のサービス内容により、下記利用料を

お支払いいただきます。

|  |
| --- |
| 介護給付 |
| 訪問介護費（1回につき） | 単位 | 自己負担額／回 |
|  |  | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| イ.身体介護が中心である場合 |  |  |  |  |
| （１）所要時間20分未満の場合 | 163単位 | 170円 | 340円 | 510円 |
| （２）所要時間20分以上30分未満の場合 | 244単位 | 254円 | 508円 | 763円 |
| （３）所要時間30分以上１時間未満の場合 | 387単位 | 403円 | 807円 | 1,210円 |
| （４）所要時間１時間以上の場合 | 567単位 | 591円 | 1,182円 | 1,772円 |
| （５）に所要時間１時間から計算して所要時間30分を増すごと | 82単位 | 85円 | 171円 | 256円 |
| ロ.生活援助が中心である場合 |  |  |  |  |
| （１）所要時間20分以上45分未満の場合 | 179単位 | 189円 | 373円 | 560円 |
| （２）所要時間45分以上の場合 | 220単位 | 229円 | 458円 | 688円 |
| （３）身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合、所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（201単位を限度とする） | 65単位 | 68円 | 135円 | 203円 |
| ハ.通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 | 97単位 | 101円 | 202円 | 303円 |
| 加算等 | 2人訪問の場合 | 200% | - |  |
|  | 早朝（6時～8時） | 125% | - |  |
|  | 夜間（18時～22時） | 125% | - |  |
|  | 深夜(22時～6時) | 150% | - |  |
|  | 初回加算 | 200単位 | 208円 | 416円 | 625円 |
|  | 緊急時訪問介護加算 | 100単位 | 104円 | 208円 | 312円 |
|  | 生活機能向上連携加算（1）生活機能向上連携加算（2） | 100単位200単位 | 104円208円 | 208円416円 | 312円625円 |
|  | 地域加算 | 10.42  | - |  |
| ※令和6年5月までの加算率 |  |
| 介護職員処遇改善加算　（1月につき　＋所定単位×（Ⅰ）13.7％） |  |
| 介護職員等特定処遇改善加算（１月につき　＋所定単位×（Ⅱ）4.2％） |  |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算（１月につき　＋所定単位×2.4％） |  |
| ※令和6年6月からの新加算率 |  |
| 介護職員等処遇改善加算（１月につき　＋所定単位×（Ⅱ）22.5％） |  |

＜計算方法＞

費用総額＝

（単位＋加算）×地域加算　保険給付額＝費用総額×90% 80%　70％　自己負担金＝費用総額－保険給付額

（２）交通費

前記２の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただきます。また、サービス中、車両を利用した場合（主に買い物代行）は1㎞毎20円をガソリン等代金としていただきます。

（３）キャンセル料

１．利用者は、事業者に対して、サービス実施日の前営業日の１７時までに通知をすることにより、

料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

**２．当日キャンセルの場合はキャンセル料として１律、１,０００円**

（４）サービス提供時間

お客様のケアプラン及び予防ケアマネジメント（以下「計画」という）に定められた時間は一般的な

作業時間の目安であり実際のサービス提供時間が若干前後する場合があります。

（５）サービス開始時間

ヘルパーのスケジュールは余裕をもって作成いたしますが、ご利用日の交通事情によりサービス提供

時間が遅れる場合があります。１５分以上遅れることが予想される場合には事前にご連絡させていた

だきます。なお、このことにより計画に定められたサービス内容が変更することはございません。

（６）お支払い方法

自己負担金は、原則口座振替でお支払いください。なお、入金確認できましたら、領収書を発行致し

ますので、大切に保管してください。

（７）事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に

係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

**４.緊急時の対応方法**

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、

居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医 | 主治医氏名 |
|  | 連絡先 |
| ご家族 | 氏名 |
|  | 連絡先 |

**５．衛生管理**

訪問介護員等の清潔の保持及び年１回の健康診断を行い健康状態の管理に努めます。また、事業所の設備及び備品等の衛生管理に努めるものとします。

**６．虐待防止**虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ります。
（２）虐待の防止のための指針を整備します。
（３）訪問介護員等に対し、虐待の防止のための研修を採用時及び年１回以上実施します。
（４）前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
２　虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

**７．身体的拘束等の禁止**サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わないこととします。
２　身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとします。

**８．業務継続計画の策定に関する事項**
感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する必要なサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
２　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとします。
３　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

**９.サービス内容に関する苦情**

当事業所お客様相談・苦情窓口

担当 相談責任者　管理者　田口誠 電話 ０４６３－６７－７３７６

その他（当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

|  |
| --- |
| ・神奈川県国民健康保険団体連合会（介護サービス苦情相談窓口） |
| 連絡先 | ０４５－３４９－３４４７ |
| 受付時間 | 午前８時３０分～午後５時１５分 |
| (土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く) |

|  |
| --- |
| ・秦野市高齢介護課 |
| 連絡先 | ０４６３－８２－７３９４ |
| 受付時間(平日) | 午前８時３０分～午後５時１５分 |

**１０.第三者による評価の実施状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第三者による評価の実施状況 | １.あり | 実施日 |  |
| 評価機関名称 |  |
| 結果の開示 | １.あり　 ２.なし |
| ２.なし |

**１１.法人概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 社名 | 合同会社カジュアル |
| 代表者職氏名 | 代表社員　田口　誠 |
| 設立 | 平成２９年４月 |
| 電話番号 | ０４６３－６７－７３７６ |

|  |
| --- |
|   |
| 説明者　　　　　　　 　　　　　印 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所　　訪問介護みちびき |
| 上記の内容の説明を受け、了承しました。 |
| 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 利用者氏名　　　　　　　　　　　　　印 |
| 代理者氏名　　　　　　　　　　　　　印 |