

指定訪問介護事業所 けいが 重要事項説明

《事業の目的》

指定訪問介護事業の適正な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、ホームヘルパー養成研修の修了者及び介護福祉士が要介護者等の状態にある高齢者等に対し、適切な訪問介護を提供することを目的とする。

《運営の方針》

事業所の職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活（入浴・排泄・食事など）の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。

《事業所概要》

開設者	医療法人 社団 小田会
代表者	理事長 小田 哲也
事業所名	指定訪問介護事業所 けいが
事業所番号	4371100407
所在地	宇土市野鶴町352
電話	0964-22-7755
FAX	0964-22-7757
営業日	月曜日 ～ 日曜日 (ただし、年末年始12月29日～1月3日を除く)
営業時間	午前 8時30分 ～ 午後 5時30分
サービス提供時間	午前 6時30分 ～ 午後 9時00分

《通常の事業実施地域》

宇土市

《利用料金》

1 身体介護

- (1) 所要時間20分未満 163円/回
 - (2) 所要時間20分以上30分未満 244円/回
 - (3) 所要時間30分以上60分未満 387円/回
 - (4) 所要時間60分以上90分未満 567円/回
- 所要時間から計算して所要時間を30分増すごとに84円を加算する

2 生活援助

- (1) 所要時間25分以上45分未満 179円/回
- (2) 所要時間45分以上 220円/回

3 身体介護に引き続き生活援助を行う場合

- (1) 20分以上 65円/回
- (2) 45分以上 130円/回

※特定事業所加算（Ⅱ）

上記の金額の1割を加算します。

※初回加算 200 単位

当該事業所で新規に訪問介護を受ける時(前回の訪問介護提供時より2ヶ月以上あけて、新規に介護計画書を作成する場合も含む)にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行う、又は他のヘルパーと同行訪問を行った場合。

※生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100 単位

利用者に対して、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で訪問介護計画書を作成し、定期的に評価を行います。初回訪問介護がおこなわれた月以降3ヶ月間算定します。

※生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200 単位

現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合。

※早朝・夜間・深夜加算

居宅サービス計画上、訪問介護のサービス開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に算定します。

早朝（６：００～８：００）・夜間（１８：００～２２：００） 25%増

深夜（２２：００～６：００） 50%増

※緊急時訪問介護加算 100 単位

利用者や家族から臨時的な訪問介護の要請を受け、介護支援専門員と連携を図りながら訪問介護を行った場合に算定します。

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

通常の実施地域外の中山間地域に居住する利用者にサービスを提供した場合には、所定単位数の 5%を加算します。

※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

各種加算減算を算定した単位数に定められた割合（24.5%）を加算します。

※介護保険の給付対象とならないサービスは、原則、行うことが出来ません。

《支払い方法》

毎月15日までに、先月分の請求書を発行いたしますので、月末までに支払いをお願い致します。支払い方法は、窓口（現金払い）・振り込み・口座自動引き落としの中から、お選び下さい。

なお、利用料の支払いを受けた時には領収書を発行いたします。

《緊急事態における対応方法》

当事業所での対応が困難な状態や病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに管理者・主治医・介護支援専門員に報告し、迅速な対応をいたします。

《個人情報の使用について》

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、利用者の介護サービス計画のに基づき、介護サービスなどを円滑に実施するために行う担当者会議等において必要な場合に使用します。

また個人情報の使用については、目的の範囲で必要最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外に決して漏れることのないように細心の注意を払います。

《苦情受付について》

◎当事業所における苦情の受付

利用者、家族からの苦情処理については迅速かつ適切に対応いたします。

当事業所における苦情・相談は、専用窓口で受け付けます。

(担当者) 管理者 朝枝 正嗣

サービス提供責任者 朝枝 正嗣・西田 光寿

(受け付け時間) 月～土 8:30～17:30

また、苦情受け付け箱（ご意見箱）を事業所内に設置しています。

◎連絡先 ケアセンターみどりかわ

(電 話) 0964-22-7755

(FAX) 0964-22-7757

◎行政機関、その他苦情受け付け機関

宇土市 高齢者支援課 介護保険係	所在地 〒869-0492 宇土市浦田町51番地 電話番号 0964-22-1111 FAX 0964-46-5170 受付時間 午前9時 ～ 午後5時(土・日・祝祭日は除く)
熊本県国民健康 保険団体連合会 介護サービス 苦情相談窓口	所在地 〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号 電話番号 096-214-1101 FAX 096-214-1105 受付時間 午前9時 ～ 午後5時(土・日・祝祭日は除く)

《その他運営に関する重要事項》

当事業所の従業者は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者に徹底させております。

令和 年 月 日

指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき
重要事項説明を行いました。

事業者 指定訪問介護事業所 けいが

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、
指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____ 印

住 所 _____

連絡先 () — _____

代理人／家族代表氏名 _____ 印(続柄)

住 所 _____

連絡先 () — _____

※ この重要事項説明書は、厚生省令第38号（平成11年3月31日） 第4条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要説明のため に作成したものです。
