

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

居宅介護サービスの提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

事業者 所在地 愛知県豊橋市柱四番町59番地
名称 株式会社ミトリ
事業所 所在地 愛知県豊橋市西幸町字幸82番地の3
名称 三鳳訪問介護ステーション
管理者 氏名 河合 直彦

私は、本書面にに基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

年 月 日

利用者 住所

氏名

利用者の家族 住所

氏名

利用者との関係

緊急連絡先 住所

氏名

利用者との関係

電話番号

1. 事業者の概要

名称	株式会社ミトリ
代表者名	代表取締役 大林 康隆
所在地・連絡先	住所 〒441-8051 愛知県豊橋市柱四番町59番地 TEL 0532-33-0631 FAX 0532-48-7600

2. 事業所の概要

事業所名	三鳳訪問介護ステーション
所在地・連絡先	住所 〒441-8113 愛知県豊橋市西幸町字幸82番地の3 TEL 0532-33-0631 FAX 0532-48-7600
指定事業所番号	豊橋市 2372005088
管理者名	河合 直彦
サービス実施地域	豊橋市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適性かつ公平な訪問介護を行う。
運営方針	高齢者に対し、充実した日常生活を営むことができるよう、精神的、身体的においてできる限りの援助等を行い、介護保険の確立を目指す。

4. 事業所の職員体制

従業員の職種	職務内容	人員数
管理者	事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1名
サービス提供責任者	①訪問介護計画の作成・変更等を行い、利用の申込みに係る調整を行います。 ②利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有等居宅介護支援事業者等との連携を行います。 ③訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握します。 ④訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施します。	常勤 1名 (介護管理者と兼任)

訪問介護員	訪問介護員は、訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な訪問介護の提供に当たります。	常勤 10名
		非常勤 1名

5.営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土・日
営業時間	24時間

6.利用料金

区分	提供時間 時間帯	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上	地域加算 負担金額
		20分以上 45分未満	45分以上	区分	身体(20分以上30分未満) 生活(20分以上30分未満)	
身体介護	8時～18時	163	244	387	567 30分増毎+82	載利左 き用記 れ者の たの単 負負位 担担に 割金地 合は域 を地加 乗域算 じ加分 た算1 額を0 と乗. なじ2 りた1 ま料円 す。 を含め 負担計 割算し 証まに す記。
	6時～8時 18時～22時 夜朝(25%加算)	204	305	484	709 30分増毎+103	
	22時～6時 (深夜50%加算)	245	366	581	851 30分増毎+123	
生活援助	8時～18時	179	220	身体 + 生活 援助	309	
	6時～8時 18時～22時 夜朝(25%加算)	224	275		386	
	22時～6時 (深夜50%加算)	269	330		464	
加算	介護職員等処遇改善加算(新加算Ⅱ)(基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に224/1000を乗じる) 初回加算(200単位)初回のみ					
減算	当該事業所と同一の建物に居住する利用者又は当該事業所における一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の88/100となります。					

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て2人の訪問介護員によるサービス提供を行ったときは、上記金額の2倍になります。

※ キャンセル料
サービスのキャンセルに際しては、あらかじめご連絡いただくようお願い致します。

利用者の都合でサービスをキャンセルされる場合には、サービス利用の前日までにご連絡下さい。

※ 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

① 事業所の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル未満 200円

② 事業所の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル以上 300円

7.苦情申立窓口

利用者 相談窓 口	三鳳訪問介護ステーション 担当者 河合 直彦 電話 0532-33-0631 月～金 9:00～18:00
	東三河広域連合 介護保険課 電話 0532-26-8470 月～金 8:30～17:15
	愛知県国民健康保険団体連合会 電話 052-971-4165 月～金 9:00～17:00 (12:00～17:00を除く)

8.緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い医師の指示に従います。

緊急連絡先に連絡します。

利用者 主治医	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
	診療科目	
協力 医療 機関	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
	診療科目	
	入院設備	
	緊急指定の有無	

当日のキャンセルについては、自己負担金の100%相当額をキャンセル料として申し受けます。
ご利用者の容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。