指定訪問介護

重要事項説明書

株式会社 C A N

訪問介護事業所ケアーネット・心花（ときめき）

「指定訪問介護・予防訪問介護　重要事項説明書」

あなたに対する訪問介護（予防訪問介護）サービス提供開始にあたり、熊本市条例に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 | 株式会社　ＣＡＮ |
| 所在地 | 熊本市西区中原町１１３５番地１ |
| 電話番号 | ０９６－２１２－２８８８ |
| 代表者氏名 | 代表取締役　林　　　京　子 |
| 設立年月 | 平成２１年９月２４日 |

1. 利用施設

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の種類 | 指定訪問介護事業所（予防訪問介護事業所）　平成２６年４月１日指定　　　　 |
| 事業所の名称（事業所番号） | ケアーネット・心花（ときめき）（４３７０１１０３４０） |
| 事業所の所在地 | 熊本市西区中原町１１３５番地１ |
| 連　絡　先 | 電話番号　０９６－２１２－２８８８ファックス　０９６－２１２－２８８７ |
| 管　理　者 | 下　山　美　咲 |
| サービス提供責任者 | 下　山　美　咲　・　谷　川　貴　子 |
| サービスの実施地域 | 熊本市、宇土市、宇城市、合志市及び菊陽町 |
| 開設年月日 | 平成２６年４月１日 |

1. サービスの目的・運営方針

|  |
| --- |
| 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、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護、その他生活全般に渡る援助を行う。事業の実施にあたっては、関係市町村・地域の保険医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

1. サービスに係る事業所・設備等の概要

（１）事業所・設備等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 部屋数 | 備　　考 |
| 事務室 | １室　　　 | 洗面設備 |

当事業所では、熊本市の定める指定基準を遵守し以上の事業所・設備を設置しています。

５．サービス提供職員の設置状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 員数 | 常　勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 備　考 |
|  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管理者 | １ |  | １ |  |  | 0.1 |  |
| サービス提供責任者 | １ |  | １ |  |  | 0.9 |  |
| 登録ヘルパーなど | 11 | 　1 | 　7 |  | 　3 | 2.8 |  |

当事業所では、熊本市の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

* 1. 各職種の勤務体系

|  |  |
| --- | --- |
| 職　種 | 勤務体系 |
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（9：00～10：00、17：00～18：00） |
| サービス提供責任者 | 正規の勤務時間帯（10：00～17：00） |
| 登録ヘルパー（常勤） | 正規の勤務時間帯（9：00～18：00） |
| 登録ヘルパー（非常勤） | 勤務により、必要に応じて。 |

* 1. 営業日と営業時間

　営業日：月曜日～金曜日（冬季休暇12月29日～1月3日の間は休業）

　営業時間：9：00～18：00まで

　※上記の営業日、営業時間のほか、電話等により２４時間常時連絡が可能な体制とする。

６．サービス提供の内容

1. 居宅介護等計画（訪問介護計画書）の作成
2. 各サービスの内容

|  |  |
| --- | --- |
| サービス名称 | サービス内容 |
| 身体介護 | 自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行います。 |
| 生活援助 | 調理・洗濯・掃除・買物等日常生活上の世話を行います。 |
| 通院等乗降介助 | ご利用者の通院の介助を行います。 |

1. その他必要な生活等に関する相談、助言
2. 介護給付費対象外サービス

|  |  |
| --- | --- |
| サービス名称 | サービス内容 |
| 通常の実施地域以外での訪問介護等サービス | 通常の実施地域以外での訪問介護等を行う場合、公共交通機関を使用した場合は実費をいただきます。 |

<サービスの概要>

全てのサービスは、「訪問介護計画書」に基づいて行われます。本事業所のサービス提供責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「訪問介護計画書」の写しは利用者に交付いたします。

７．利用料金

1. 介護給付費対象サービス内容の料金

　介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（熊本市の定める額）のうち8割又は9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割、又は2割、又は3割の額を事業者にお支払いただきます。（利用者負担額といいます）

なお、利用者負担額は、熊本市から交付される介護保険負担割合証をご確認ください。（平成27年8月1日より変更）

介護保険の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。

1. 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「６．（２）サービス提供の内容（４）介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

1. サービス利用の取り消し料金

　　利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日までに当事業所までお申し出ください。

　　尚、サービス利用日の当日までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。但し、利用者の体調不良等止むを得ない場合は、キャンセル料は頂きません。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセル料 | 利用者負担相当額 |

訪問介護料金表（加算・減算）

（特定事業所加算Ⅰを乗じた単位数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体介護 | **２０分未満** | **２０分以上****３０分未満** | **３０分以上****１時間未満** | ※身体介護に引き続き生活援助を行った場合、所要時間が２０分から起算して２５分を増すごとに６７単位追加されます。※２０１単位を上限 |
| **１９６単位** | **２９３単位** | **４６４単位** |
| 生活援助 |  | **２０分以上****４５分未満** | **４５分以上** |
|  | **２１５単位** | **２６４単位** |
| 初回加算 | **２００単位/月　（初回のみ）** |
| 夜間加算（18時～22時） | **所定単位数×25％** |
| 深夜加算（22時～翌6時） | **所定単位数×50％** |
| 早朝加算（6時～8時） | **所定単位数×25％** |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | **各種加算減算を加えて算定した単位数の24.5％** |
| 同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物又は事業所と同一建物に居住する利用者にサービス提供の減算 | **各種加算減算を加えて算定した単位数の－１０％** |

※初回加算…新規ご利用者で、初回のご利用月中にサービス提供責任者が業務を行った場合、または他の訪門介護員と同行したした場合

※２人の訪問介護員等による場合…やむを得ない事情で、かつ利用者又はその家族等の同意のもと２倍の算定になります。

※１単位＝１０円で算定されます。

1. 利用料金のお支払方法

前記（１）（２）（３）の料金は１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

* 1. 当事業所窓口での現金支払い
	2. 下記指定口座への振込み

肥後銀行　　松橋支店　　普通預金　　１８１６９９５

株式会社　CAN 　代表取締役　林　京子

８．利用者の記録及び情報の管理等

（１）事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前10：00～午後17：00です。

1. 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

９．緊急時の対応

　利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者のかかりつけ医療機関 | 医療機関名：診　療　科：主　治　医：所　在　地：電話番号： |
| 緊急連絡先① | 住　　所：電話番号：氏　　名：続　　柄： |
| 緊急連絡先② | 住　　所：電話番号：氏　　名：続　　柄： |

10．要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

（１）要望・苦情等申立先

|  |  |
| --- | --- |
| 当　　施　　設ご利用相談窓口 | ・窓口担当者　　下山　美咲・ご利用時間　　10：00～　17：00・電話番号　　　０９６－２１２－２８８８　ＦＡＸ　　　０９６－２１２－２８８７* 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
 |
| 熊本市役所健康福祉局福祉部高齢介護福祉課介護事業指導室 | ・所在地：熊本市中央区手取本町1番1号・電話番号： ０９６-３２８-２７９３ |
| 熊本県国民健康保険団体連合会介護保険課　（介護サービス苦情相談窓口） | ・所在地：熊本市東区健軍２丁目4番10号・電話番号：０９６－３１４－１１０１・受付時間：午前9時から午後5時まで（月曜～金曜） |
| 熊本県福祉サービス運営適正化委員会 | ・所在地：熊本県熊本市中央区南千反畑町３－７　　　　　　熊本県総合福祉センター内・受付日：月曜日から金曜日ただし、国民の祝日、年末年始を除く。・受付時間：午前9時00分から午後5時00分・電話番号：０９６－３２４－５４７１・ＦＡＸ番号：０９６－３２４－５４５６  |

1. 虐待防止に関する相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する相談窓口 | ・窓口担当者　　下山　美咲・ご利用時間　　10：00～　17：00・電話番号　　　０９６－２１２－２８８８ＦＡＸ　　　 ０９６－２１２－２８８７ |

1１．　協力医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 | 新屋敷在宅クリニック |
| 医　院　長　名 | 花　輪　　健　郎 |
| 所　　在　　地 | 熊本市中央区新屋敷２丁目１３－１２ｺｰﾄ新屋敷３０２号 |
| 電　話　番　号 | ０９６－３７３－６６８０ |
| 診　　療　　科 | 内科 | 入　院　設　備 | なし |

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

令和　　　年　　　月　　　日

　指定訪問介護サービス等の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：ケアーネット・心花（ときめき）

　説明者名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から訪問介護の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

　氏　　　名：　　　　　　　　　　　　　　印

　代理人住所：

　氏　　　名：　　　　　　　　　　　　　　印

　続　　　柄：