

訪問介護重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	株式会社 創 健
代 表 者 名	浏 上 光 子
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本県宇土市栗崎町 801-2 (電話) 0 9 6 4 - 4 2 - 8 0 0 0 (FAX) 0 9 6 4 - 4 2 - 8 0 0 1

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	訪問介護事業所 宇土・千の郷
所在地・連絡先	(住所) 熊本県宇土市栗崎町 801-2 (電話) 0 9 6 4 - 4 2 - 8 0 0 0 (FAX) 0 9 6 4 - 4 2 - 8 0 0 1
事 業 所 番 号	4 3 7 1 1 0 0 6 7 0
管 理 者 の 氏 名	中山昭久

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管 理 者	1	1		1	
サービス提供責任者	2	1	1	1.5	
訪問 介護 員	介護福祉士	1	1	0.5	
	介護職員 初任者研修	13	0	4	
事 務 職 員 等					

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30／7：00～16：00） 常勤で勤務	
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30／7：00～16：00） 常勤で勤務（9：30～18：30）	
訪問介護員	2交代制勤務 早番（7：00～16：00） 遅番（9：00～18：00） 日勤（8：30～17：30） 遅番（9：30～18：30） 夜勤（17：00～9：00） 夜勤C（18：00～7：30）	

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	宇土市、宇城市、熊本市（富合・川尻・天明・飽田・城南）
---------	-----------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営 業 日	営 業 時 間
平 日	8：30～17：30
土 曜 日	8：30～17：30
日 曜 日	8：30～17：30

営業しない日	年中無休
--------	------

(6) サービス提供時間

提 供 日	提 供 時 間
平 日	5：00～22：00
土 曜 日	5：00～22：00
日 曜 日	5：00～22：00

提供しない日	年中無休
--------	------

3 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割又は2割もしくは3割の額が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】

<介護福祉士、1,2級ヘルパー利用の場合>

●要介護1～5

1 身体介護型	163 単位 ※20 分未満	244 単位 ※20 分以上 30 分未満	387 単位 ※30 分以上 60 分未満
2 生活援助型	——	179 単位 ※20 分以上 45 分未満	220 単位 ※45 分以上

夜間（午後6時から午後10時）・ 早朝（午前6時から午前8時）の加算	上記の額に1回につき25%加算します。
深夜（午後10時から午前6時）の加算	上記の額に1回につき50%加算します。

・訪問介護処遇改善加算Ⅱ 22.4%

●要支援1・要支援2（介護予防サービス計画において、サービスが必要と認められた者）

訪問型独自サービスⅠ(週1回程度)	1,176 単位（ひと月あたり）
	39 単位（1日につき）
訪問型独自サービスⅡ(週2回程度)	2,349 単位（ひと月あたり）
	77 単位（1日につき）
訪問型独自サービスⅢ(週2回を超える程度) ※要支援2のみ	3,727 単位（ひと月あたり）
	123 単位（1日につき）
訪問型独自サービス2 1	287 単位（1回につき）
訪問型独自サービス2 2(生活援助中心20分から45分未満)	179 単位（1回につき）
訪問型独自サービス2 3(生活援助中心45分以上)	220 単位（1回につき）

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- ・ 利用者の身体的理由もしくは暴力行為等の事情があり、かつ、お客様又はその家族等の同意を得て、訪問介護員が2人で訪問する場合は、2人分の料金となります。

(2) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方の交通費は、自動車使用の場合
片道1kmあたり15円、公共交通機関の場合は実費となります。

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。

(4) キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の 50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の 100%

(5) 利用料等のお支払方法

毎月、5日までに前月分の請求をいたしますので、10日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

肥後銀行 川尻支店

普通預金・(口座番号) 1 5 7 7 7 9 9

口座名義 株式会社 創健

カ) ソウケン

代表取締役 渕上 光子

ダイ) フチガミ ミツコ

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

家庭的な施設のもとで、安心して尊厳ある生活を送ってもらうため、食事・入浴・排泄と日常生活のお世話の中で、利用者様の尊厳と愛情を持って自立支援に努めます。

(2) 運営方針

笑顔でゆったりと安心して生活していただける様に、愛のある施設に・・・。
又利用者様の求めに応じて、サービス提供記録を開示するものとする。

(3) その他

事 項	内 容
訪問介護計画の作成 及び事後評価	担当のサービス提供責任者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、訪問介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年3回、職員の研修を行っています。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当 事 業 所 お 客 様 相 談 窓 口	●窓口責任者 中山昭久 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（0964-42-8000） 訪問介護支援事業所内 苦情箱（施設玄関に設置） ●宇土市役所 健康福祉部 高齢者支援課 高齢者支援係 電話番号 0964-22-1111 ●熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話番号 096-365-0329
--------------------------	---

6 業務継続計画の策定

当事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、介護支援専門員に対し、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の実施するよう努めます。

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います。

7 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

当事業者は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。
その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。

- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施を行います。

8 虐待の防止

当事業者は、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よう努めます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置くものとします。

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
-----	-----------------------	--

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電 話 番 号	

10 担当のサービス提供責任者

あなたを担当するサービス提供責任者は 赤星健太郎 ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

11 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住所	熊本県宇土市栗崎町 801-2
	事業者（法人）名	株式会社 創 健
	施 設 名	訪問介護事業所 宇土・千の郷
	（事業所番号）	4 3 7 1 1 0 0 6 7 0
	代表者名	淵 上 光 子 印
説 明 者	職 名	
	氏 名	印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印
代理人（選任した場合）	住所	
	氏名	印