重要事項説明書

（指定居宅介護、指定重度訪問介護）

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	〒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	〒441-8051　　　愛知県豊橋市柱四番町59番地 TEL　0532-33-0631　　FAX　0532-48-7600
事業所の種類	指定居宅介護事業所　　　令和5年12月1日指定　　2315102323 指定重度訪問介護事業所　令和5年12月1日指定　　2315102323
主たる対象者	居宅介護（身体介護）：難病等対象者 重度訪問介護：難病等対象者
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	障害者総合支援法により支給決定を受けた障害者（以下「利用者」という。）に対し、適切なサービスを提供する。
運営方針	利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的に援助を行う。

4. 事業所の職員体制

従業者の職種	職　務　内　容	人員数
管理者	事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に対し法令等を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	常勤：1名
サービス提供責任者	①居宅介護計画等の作成に関する業務 ②事業所に対する指定居宅介護等の利用の申込みに係る調整 ③従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等	常勤：1名 （介護管理者と兼任）
従業者	従業者は、居宅介護計画等に基づき、指定居宅介護等の提供に当たる。	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

※利用者負担は原則1割（所得に応じた月額負担上限あり）

①基本単価	豊橋市の一単位の単価： 10.18	単位数	利用料（円）	利用者負担額（円）
身体介護	30分未満	256	2,606	260
	30分以上 1時間未満	404	4,112	411
	1時間以上 1時間30分未満	587	5,975	597
	1時間30分以上 2時間未満	669	6,810	681
	2時間以上 2時間30分未満	754	7,675	767
	2時間30分以上 3時間未満	837	8,520	852
	3時間以上（30分を増すごと） （921単位に30分増すごと）	921 （＋83）	9,375 （＋844）	937 （＋84）
重度訪問介護	1時間未満	186	1,893	189
	1時間以上 1時間30分未満	277	2,819	281
	1時間30分以上 2時間未満	369	3,756	375
	2時間以上 2時間30分未満	461	4,692	469
	2時間30分以上 3時間未満	553	5,629	562
	3時間以上 3時間30分未満	644	6,555	655
	3時間30分以上 4時間未満	736	7,492	749
	4時間以上8時間未満 （821単位に30分増すごと）	821 （＋85）	8,357 （＋865）	835 （＋86）
	8時間以上12時間未満 （1,505単位に30分増すごと）	1505 （＋85）	15,320 （＋865）	1,532 （＋86）
	12時間以上16時間未満 （2,184単位に30分増すごと）	2184 （＋81）	22,233 （＋814）	2,223 （＋81）
	16時間以上20時間未満 （2,818単位に30分増すごと）	2834 （＋86）	28,850 （＋875）	2,885 （＋87）
	20時間以上24時間未満 （3,500単位に30分増すごと）	3520 （＋80）	35,833 （＋814）	3,583 （＋81）

②加算単位数	単位数	利用料（円）	利用者負担額（円）
夜間早朝加算 夜間（18時～22時）早朝（6時～8時）に支援を行った場合	①の単位に25％を加算		
深夜加算 深夜（22時～6時）に支援を行った場合	①の単位に50％を加算		
緊急時対応加算 居宅介護支援計画等に位置付けられていない居宅介護等を利用者の要請を受けて24時間以内に行った場合	1回につき 100	1回につき 1,018	1回につき 101
初回加算 新規に居宅介護計画等を作成した利用者に対して、サービス提供責任者がサービスを提供した場合や同行した場合	1月につき 200	1月につき 2,036	1月につき 203
喀痰吸引等支援体制加算 喀痰吸引等に関する認定特定行為業務従事者である介護職員等が、痰の吸引等を実施した場合	1日につき 100	1日につき 1,018	1日につき 101

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員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。

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。

※　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とさせていただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、以下の額となります。

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 豊橋市役所障害福祉課 電話　0532-51-2347 月～金　8:30～17:00

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	
	診療料目	
協力医療機関	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
	診療料目	
	入院設備	
	緊急指定の有無	

居宅介護等の提供開始に際し、本書面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	愛知県豊橋市柱四番町59番地
	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、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅介護等の提供開始に同意します。

令和6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