

◆◇◆ 運営規程の概要 ◆◇◆

フリガナ	ハウモンカイゴジギョウシヨ シンリンエン							サービス種別	訪問介護 訪問型サービス	
事業所名	訪問介護事業所 森林園							事業所番号	1 1 7 3 2 0 1 5 2 4	
所在地	〒355-0811 比企郡滑川町大字羽尾4738番地2							フリガナ	モリヤマ リカ	
								管理者	守山 里香	
連絡先	電話番号	0 4 9 3 - 5 6 - 6 1 7 1					FAX番号	0 4 9 3 - 5 6 - 5 6 6 5		
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	○	○	○	○	○	○	○	○		1月1日から3日まで
営業時間	平日	8:30~17:30							備考	
	土・日曜日	8:30~17:30								
	祝日	8:30~17:30								
利用料	法定代理受領分		介護報酬の告示上の額の利用者負担分（別掲）							
	法定代理受領分以外		介護報酬の告示上の額（別掲）							
その他の費用										
通常の事業の実施地域	①滑川町全域		②嵐山町			③東松山市		④		
	備考	訪問型サービスについては、現在指定を受けている滑川町（全域）に限る								

◆◇◆ 主な職員の勤務体制 ◆◇◆

職種	資格	配置員数				勤務体制等
		常勤	(兼)	非常勤	(兼)	
管理者		1名				常勤1名配置。併設事業所の管理者兼務。
サービス提供責任者	介護福祉士	1名以上	(1)			常勤1名配置。訪問介護員を兼務。
	実務者研修修了者					
	その他					
訪問介護員	介護福祉士	2名以上				常勤2名以上配置。うち1名以上はサ提責兼務。
	実務者研修修了者					
	その他			1名以上		

◆◇◆ 事故発生時の対応 ◆◇◆

- 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護等の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置をこじます。
- 指定訪問介護事業者は、事故が発生した際にはその原因の解明、再発防止の対策を講じ、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

◆◇◆ 緊急時における対応方法 ◆◇◆

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

◆◇◆ 秘密の保持 ◆◇◆

- 当事業所の従事者は、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して洩らしません。
- 当事業所は、従事者が当事業所の従事者でなくなった後においても、当事業所の責任において、当該従事者が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密の保持を行います。
- 当事業所は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

◆◇◆ 苦情処理の体制 ◆◇◆

所属等	担当者氏名等（職種等）	電話番号
苦情受付 担当者	小久保 恵子（サービス提供責任者）	0493-56-6171（直通）
苦情解決 責任者	守山 里香（施設長）	0493-56-5636（代表）
第三者委員	小久保 佐俊	0493-56-2350
	古川 庸成	0493-62-6204
関係機関	滑川町役場 高齢介護課 介護保険担当	0493-56-2010（直通）
	嵐山町役場 長寿生きがい課長寿生きがい担当	0493-62-0718（直通）
	嵐山町役場 長寿生きがい課長寿生きがい担当	0493-62-0718（直通）
	埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	048-824-2568（専用）
	埼玉県運営適正化委員会（埼玉県社会福祉協議会）	048-822-1243（専用）

◆◇◆ 利用料その他の費用の額 ◆◇◆

サービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として介護報酬告示上の額のうち介護負担割合証に記載の負担割合に応じた額です。ただし、諸事情により償還払いとなった場合は、下表の法定代理受領分以外の金額、つまりサービス費用全額を事業所に支払います。

訪問介護 ***

取扱要件		利用者負担金			
		法定代理受領分			法定代理受領分以外
		1割負担	2割負担	3割負担	
身体介護中心型 (肢体介護と生活援助が混在する場合であって身体介護中心である場合を含む)	20分未満	167円/回	333円/回	500円/回	1,664円/回
	20分以上30分未満	250円/回	499円/回	748円/回	2,491円/回
	30分以上1時間未満	396円/回	791円/回	1,186円/回	3,951円/回
	1時間以上1時間30分未満	579円/回	1,158円/回	1,737円/回	5,789円/回
	1時間30分以上30分増すごとに	84円/回	168円/回	252円/回	837円/回
(引き続き生活援助中心型)を算定する場合)	所要時間が25分増すごとに ※身体介護中心型の指定訪問介護の所要時間が20分以上の場合に限	67円/回	133円/回	199円/回	663円/回
生活援助中心型 (身体介護と生活援助が混在する場合であって生活援助が中心である場合を含む)	20分未満45分未満	183円/回	366円/回	549円/回	1,827円/回
	45分以上	225円/回	450円/回	674円/回	2,246円/回
通院等のための乗車又は降車の介助		99円/回	198円/回	297円/回	990円/回

事業所の体制 (※)	加算	利用者負担金				
		法定代理受領分			法定代理受領分以外	
		1割負担	2割負担	3割負担		
	緊急時訪問介護加算	103円/回	205円/回	307円/回	1,021円/回	
	同時に2人の訪問介護員等によるサービス提供	上記基本利用料の2倍の額になります。 (通院等のための乗車又は降車の介助は除きます)				
	夜間早朝加算	夜間、早朝の場合上記基本料金に25% 深夜の場合50%加算されます				
	特定事業所加算	I	上記基本利用料に20%加算されます			
		II	上記基本利用料に10%加算されます			
		III	上記基本利用料に10%加算されます			
		IV	上記基本利用料に3%加算されます			
	認知症専門ケア加算	I	3円/日	6円/日	9円/日	30円/日
		II	4円/日	8円/日	12円/日	40円/日

(※ 体制がある場合は「○」を記載。体制届が不要な加減算については斜線。)

訪問型サービス *** 現在、滑川町から指定を受けています

取扱要件		お住まい	利用者負担金			
			法定代理受領分			法定代理受領分以外
			1割負担	2割負担	3割負担	
介護予防訪問介護費Ⅰ	介護予防サービスにおいて1週間に1回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	滑川	1,201円/月	2,402円/月	3,602円/月	12,006円/月
介護予防訪問介護費Ⅱ	介護予防サービスにおいて1週間に2回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	滑川	2,399円/月	4,797円/月	7,195円/月	23,983円/月
介護予防訪問介護費Ⅲ	介護予防サービスにおいて1週間に3回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	滑川	3,806円/月	7,611円/月	11,416円/月	38,052円/月

契約期間が一月に満たない場合（日割り計算） *****

取扱要件		お住まい	利用者負担金			
			法定代理受領分			法定代理受領分以外
			1割負担	2割負担	3割負担	
介護予防訪問介護費Ⅰ 日割	介護予防サービスにおいて1週間に1回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	滑川	40円/日	80円/日	120円/日	398円/日
介護予防訪問介護費Ⅱ 日割	介護予防サービスにおいて1週間に2回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	滑川	79円/日	158円/日	236円/日	786円/日
介護予防訪問介護費Ⅲ	介護予防サービスにおいて1週間に3回程度の介護予防訪問介護が必要とされた場合	滑川	126円/日	251円/日	377円/日	1,255円/日

訪問介護及び介護予防訪問介護共通 ***

事業所の体制 (※1)	加算・減算			利用者負担金			
				法定代理受領分			法定代理受領分以外
				1割負担	2割負担	3割負担	
	初回加算			205円/月	409円/月	613円/月	2,042円/月
	生活機能向上連携加算	I		103円/月	205円/月	307円/月	1,021円/月
		II		205円/月	409円/月	613円/月	2,042円/月
	口腔連携強化加算			51円/回	102円/回	153円/回	510円/回
○	介護職員等処遇改善加算 (※2)		I	上記基本料金と各種加算減算の合計に24.5%加算			
			II	上記基本料金と各種加算減算の合計に22.4%加算			
			III	上記基本料金と各種加算減算の合計に18.2%加算			
			IV	上記基本料金と各種加算減算の合計に14.5%加算			
			V	上記基本料金と各種加算減算の合計に所定の割合を加			

(※1 体制がある場合は「○」を記載。体制届が不要な加減算については斜線。)

(※2 区分支給限度額の算定対象から除外。)