

訪問介護重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人やまなし勤労者福祉会
所在地	山梨県甲府市若松町6-35
代表者名	理事長 平田 理
設立年月日	2005年3月25日
電話番号	055-223-8100

2. 法人の実施介護事業概要

- ① 訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス）
- ② 訪問看護、介護予防訪問看護
- ③ 通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）
- ④ 短期入所生活介護、短期入所生活予防介護
- ⑤ 認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活予防介護
- ⑥ 小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅予防介護
- ⑦ 看護小規模多機能型居宅介護
- ⑧ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ⑦ 居宅介護支援
- ⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

3. 訪問介護を実施する事業所の概要

事業所名	ヘルパーステーションももその
所在地	山梨県南アルプス市 桃園 379
事業者指定番号	1971601487
管理者・連絡先	所長 河野 由紀 電話 055 (284) 1960
サービス提供地域	南アルプス市・富士川町
第三者評価の実施状況	無

4. 事業所の職員体制等

管理者	1名
サービス提供責任者	2名以上
訪問介護員等	10名以上（介護福祉士 介護職員基礎研修課程終了者・介護職員実務者研修課程修了者・2級ヘルパー・初任者研修修了者）

5. 営業日及び営業時間

月～土曜日 午前8時～午後6時
休業日 日曜日、1月1日～1月3日
なお、利用者の状態によってはこの限りではありません。

6. サービス提供の主な内容

利用者の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、入浴・排泄・食事に関わる介護、家事など生活全般にわたる援助を行います。

7. 利用者負担金・その他費用

- 1) 訪問介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、本人負担分の額を利用料とします。
- 2) 交通費
サービス提供地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域の方は交通費の実費が必要となります。サービス提供地域を超えた場合は、通常の実施地域を超えたところから 50 円（税別）／k m（端数切り上げ）とします。
- 3) キャンセル料
以下の場合にはキャンセル料が発生し、1 回につき 800 円を請求致します。
① 利用者の不在で、指定訪問介護がキャンセルになった場合
② 前日午後 6 時まで連絡なく、または留守番電話に伝言なくキャンセルした場合
なお、利用者が連絡できない程の事態が生じた場合はこの限りではありません。
- 4) 買物支援交通費
買物支援に係る交通費については、自宅から 2k m までは無料。以降、50 円（税別）／k m（端数切り上げ）請求致します。

8. 相談窓口・苦情対応及び虐待防止相談窓口

指定訪問介護サービスについての相談・苦情を承ります。

1) 相談・苦情窓口

<相談・苦情窓口> 所長：河野 由紀 電話 055-284-1960

当事業者以外に、市町村の介護保険相談窓口及び山梨県国民健康保険団体連合会に苦情を申し立てることもできます。

<南アルプス市介護保険相談窓口>

住所：南アルプス市小笠原 376 電話：055-282-1111

<富士川町役場福祉保健課介護保険担当>

住所：南巨摩郡富士川町長澤 2374-2 電話：0556-22-7207

<山梨県国民健康保険団体連合会>

住所：甲府市蓬沢 1 丁目 15-35 電話：055-233-2119

相談窓口専用電話：055-233-9201（毎週水曜日 午前 9 時～午後 4 時）

2) 虐待防止相談窓口

<ヘルパーステーションももその>

所長 河野 由紀 電話 055-284-1960

<南アルプス市介護福祉課>

電話 055-282-6179

<山梨県健康長寿推進課>

電話 055-223-1450

9. 事故発生時及び緊急時の対応

訪問介護の実施中に事故が発生した場合は、速やかに当該利用者の家族に連絡すると共に、管理者に報告し、必要な措置を講じます。

10. 災害発生時の対応

災害発生時は、関係機関からの情報や被害状況を把握し安全を確認した上で、業務を行います。ただし、その災害の規模や被害状況により、通常の業務を行わない場合があります。また、気象庁からの地震情報、災害情報及び予知情報等の発令の段階で、地域内での活動が危

険と判断した場合は、業務を行わない場合があります。
災害の状況によっては、訪問先から職員を非難させることがあります。

11. 介護報酬加算について

当事業所は介護報酬に基づいて、別紙利用料金表の通り算定させていただきます。

(説明確認欄)

サービス提供開始にあたり、利用者に対して利用料金表及び本書面により重要な事項を説明しました。

説明日： 年 月 日

<所在地> 山梨県甲府市若松町 6-35
<事業者> 社会福祉法人やまなし勤労者福祉会
<代表者> 理事長 平田 理 印

<説明者> ヘルパーステーションももその

_____ 印

私は、利用料金表及び本書面により、事業者から重要事項について十分な説明を受け、内容について理解し同意します。

同意日： 年 月 日

(利用者)

<住所> _____

<氏名> _____ 印

(家族又は代理人)

<住所> _____

<氏名> _____ 続柄： _____ 印