

していほうもんかいごじぎょうしよ じゆうようじこうせつめいしよ
指定訪問介護事業所 ももたろう 重要事項説明書

※当事業所では、利用者に対し介護保険法の趣旨に従い訪問介護サービスを提供します。
当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 従業員の配置状況	3
5. サービスの利用方法	3
6. サービスの内容	3
7. 利用料について	4
8. 事故発生時の対応について	5
9. 苦情の受付について	5

しゃかいふくしほうじん ふくしかい
社会福祉法人まほろば福祉会

していほうもんかいごじぎょうしよ ももたろう
指定訪問介護事業所

とうじぎょうしよ みやざきし してい う
当事業所は宮崎市の指定を受けています。

みやざきししてい だい ころ
(宮崎市指定 第4570104069号)

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 まほろば福祉会
所在地	宮崎県宮崎市大字跡江525番地
電話番号	0985-48-3830
代表者氏名	理事長 山下 志 穂
設立年月日	平成3年5月13日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定訪問介護事業 平成19年8月27日指定 宮崎市 第4570104069号
事業の目的	○要介護状態にある高齢者に対し、 適正な指定居宅サービスの提供を目的とします。
事業所の名称	ももたろう
事業所の所在地	宮崎市大字跡江609-1
電話番号	0985-48-3820
管理者職名	所長 横山 誠一郎 (兼任)
サービス提供責任者	甲斐 誠司
事業所の運営方針について	○利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたち、利用者の自立支援に 添ったサービスの提供に努めます。 ○地域との連帯を重視し、関連市町村、居宅支援事業所、他の居宅サービ ス事業所その他の保険・医療・福祉サービスを提供する者との緊密な連携 に努めます。 ○従業者の教育研修を重視し、提供サービスの資質向上に努めます。
開設年月日	平成19年8月27日

3. 事業実施地域及び営業時間

事業実施地域	宮崎市 国富町 綾町
営業日	月曜日～日曜日 ただし、12月29日～1月3日を除く
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時30分

※ 居宅サービス計画により、営業時間外であってもサービス提供をする場合がございますので
お気軽にご相談ください。

4. 従業者の配置状況

職	種	常勤換算	常勤	非常勤	指定基準
1. 所長（管理者）		1名	1名		
2. サービス提供責任者		1名	1名		
3. 訪問介護員		11名	11名	1名	

5. サービスの利用方法

(1) 居宅サービス計画に基づきサービスの利用ができます。

当事業所従業者がお伺いし、契約を締結後、サービスを開始いたします。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合で終了される場合

居宅介護支援事業所にお申し出いただき、事業所よりの連絡で解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合には、終了1ヶ月前までに文書で通知し、地域に他のサービス事業所をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が、介護保険施設に入所、入院された場合
- ・ 介護保険給付サービスを受けていた利用者が、要介護認定区分で非該当（自立）と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになられた場合

④ その他

利用者やそのご家族が、当事業所や当事業所従業者に対し、本契約を継続し難い行為があった場合、サービスを終了させていただく場合があります。

6. サービス内容

介護保険法で定められた訪問介護サービス内容に限られます。

(1) 身体介護

- ・ 食事の介助 ・ 入浴の介助 ・ 排泄の介助（オムツ交換含む）
- ・ 体位交換・清拭（清潔保持のための身体を拭きます。）
- ・ 身繕いの介助 ・ 移動介護（通院の介助）

(2) 生活援助

- ・ 食事の準備（調理）・衣類等の洗濯 ・ 居室の清掃
- ・ 日常生活品の買い物、その他（衣類・寝具の交換・布団干しなど）

※ 上記生活支援は利用者本人に対するサービスのみで、利用者以外の方の援助は行いません。

※ 調理の中で、キザミ食・ミキサー食・医療食・治療食は介護保険上、身体介護の扱いになります。

※ ご不明な点は、サービス提供責任者まで、お気軽にお尋ねください。

(注意事項)

当事業所で金品(貯金通帳や印鑑・保険証・その他有価証券等)は一切お預かりいたしません。

ただし、買い物などの場合には現金をお預かりする場合がございますが、その際には、利用者

又はご家族にご確認のうえ行い、領収証等にてご了承いただきます。

7. 利用料について

(1) 通常時間帯(午前8時から午後6時)

	ぶんみまん 20分未満	ぶん 20分～ ぶんみまん 30分未満	ぶん 20分～ ぶんみまん 45分未満	ぶんいじょう 45分以上	ぶん 30分～ ぶんみまん 60分未満	ぶん 60分～ みまん 90分未満	ぶん 30分を ま すごとに
しんたいかいご 身体介護	えん 円	231えん 円			402えん 円	584えん 円	83えん 円追加
せいかつえんじょ 生活援助			えん 円	えん 円	208えん 円	291えん 円	83えん 円追加

※ 上記は介護保険法による一割負担金額です。

(2) 通常時間帯以外の場合

サービス時間帯	わりぞうりつ 割増率
そう 早朝(6:00～8:00)	25%
や 夜間(18:00～22:00)	25%
しん 深夜(22:00～6:00)	50%

※ 2名の訪問介護員が必要と判断された場合、利用者の同意を得て、2名によるサービスを実施し、料金は通常の2倍の金額となります。

※ 上記利用料金の(1)通常時間帯の表、身体介護及び生活援助に係わるサービス提供時間で90分を超えると30分増すごとに追加されます。

(3) 交通費について

宮崎市・国富町・綾町にお住まいの方は無料です。

(4) キャンセル料金

	きん 金額
サービス利用日の前営業日の午後5時までの場合	むりょう 無料
サービス利用日の前営業日の午後5時以降の場合	きほんりょう 基本料の一割

※ 利用者の急変等やむを得ない場合、キャンセル料はいただきません。

8. 事故発生時の対応について

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

損害保険会社名：損保ジャパン日本興亜(株) 宮崎支店
 宮崎市橘通東5-3-10
 (0985) 27-7137

9. 苦情の受付について

サービスに対する苦情相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付

名称 社会福祉法人まほろば福祉会 訪問介護事業所 ももたろう

担当者 支援課長 山下 信子

住所 宮崎市大字跡江690番地1 電話 0985-48-3820

<苦情解決責任者〔職名〕 所長 横山 誠一郎

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

名前	住所・電話番号
永山倫太郎	宮崎市桜ヶ丘町23番1号 0985-47-6644
種子田俊子	宮崎市大工町3丁目132番地2 0985-47-9045

(3) 行政機関その他苦情受付機関

宮崎市 介護保険課	所在地 宮崎市橘通西1丁目1番1号 電話番号 TEL0985-21-1777 ・ FAX0985-31-6337 受付時間 月曜～金曜(祝日及び12/29～1/3除く)8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 宮崎市下原町231番地1 電話番号 TEL0985-21-1777 ・ FAX0985-31-6337 受付時間 8時30分～17時15分
宮崎県社会福祉協議会 (宮崎県福祉サービス運営適正化委員会)	所在地 宮崎市原町2-22 電話番号 TEL0985-60-0822 ・ FAX0985-60-0823 受付時間 9時00分～17時00分

10. 高齢者虐待相談窓口

高齢者虐待防止法に基づき虐待の早期発見対応につとめ、地域・家族と連携し相談を行っています。

- (1) 宮崎市 名称 介護保険課
電話 0985-21-1777
- (2) 事務局 電話 0985-52-5139

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有	無
実施した直近の年月日	令和 年 月 日	
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示状況		

令和 年 月 日

訪問介護サービス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 ももたろう
 管理者職名 所長 横山 誠一郎
 説明者職名 サービス提供責任者 甲斐 誠司 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護サービスの提供及び利用の開始に同意しました。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者住所

氏名 印

連帯保証人住所

氏名 印