指定訪問型サービスA重要事項説明書

訪問型サービスA重要事項説明書

1　事業者の法人概要について

法人格・名称	一般財団法人　宝塚市保健福祉サービス公社
所在地	宝塚市小浜4丁目5番6号
連絡先	電話　0797－86－9194 FAX　0797－86－8496 メール　kousha@takarazuka-fukushi.or.jp
代表者	理事長　　妙中　信之
設立年月日	1995年（平成7）3月設立
事業内容	居宅介護支援事業、介護老人保健施設、訪問看護、介護予防訪問看護、 通所介護、介護予防通所リハビリ、 訪問介護、介護予防訪問型サービス、 訪問型サービスA、介護予防支援事業（地域包括支援センター） 指定特定相談事業所、指定障害児相談支援事業所 通所リハビリ、ファミリーサポート事業、 高齢者世話付き住宅生活援助員の派遣事業、 要介護認定調査事業、訪問リハビリ、介護予防訪問リハビリ、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2　事業所の概要について

事業者名	ステップこはまヘルパーステーション
所在地	宝塚市小浜4丁目5番6号
連絡先	電話0797－86－8866　　ファックス　0797－86－8960
管理者	蔦田　かおり（介護福祉士）
相談苦情窓口担当責任者	管理者
営業日・時間	月曜～日曜　　8時～20時　（ただし電話受付は9時から17時30分）
事業所指定番号	2871100216
介護保険事業所指定年月日	2000年（平成12）4月1
サービスを提供する地域	宝塚市
事業の目的・方針	・長年、住み慣れた自宅が安らぎの場でありますよう、心のこもった介護を提供し、その方らしい生活が支えられるように心がけています。 ・訪問看護やデイサービスなど、各サービスや関係機関と連携し、自宅でも安心して生活していただける質の高い介護を行っていきます。

3 職員体制について

職名	資格	常勤	非常勤
管理者・ サービス提供責任者	介護福祉士	1人	ー
サービス提供責任者	介護福祉士	3人以上	ー
	初任者研修修了者 （ヘルパー2級）	ー	ー
介護職員	介護福祉士	1人以上	10人以上
	初任者研修修了者 （ヘルパー2級）	ー	若干名
	生活支援ヘルパー	ー	若干名

※ 業務の状況により、職員数は変動します。

（1）利用者に介護サービスを提供する当事業所の従業者は、身分証明書を携行し
初回訪問時及び利用者や家族から求められた際は、いつでも提示をします。

（2）サービスを提供する担当者の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。
利用者のご希望を尊重して調整を行います。
ただし、利用者から特定の担当者の指名はできないことと、当事業所の人員配置などにより、
ご希望に添えない場合もありますことを、あらかじめご了承下さい。

4 サービス内容について

訪問型 サービス	家事援助とは、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助です。 主なサービスは次のとおりです。（毎回、記録も含みます。） ①調理 ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買い物 ⑤薬の受け取り ⑥衣服の入れ替え ⑦その他（ ）

5 サービス利用料金について

※利用料には 介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）(28.7%)を適用しています。

（1） 訪問型サービスA利用料金表 （利用者負担額は1ヶ月定額の目安です。）

区分	サービス提供回数	20分以上45分未満				45分以上			
		負担割合	1割	2割	3割	負担割合	1割	2割	3割
要支援1 要支援2 事業対象者	週1回程度	利用料金	10,254円			利用料金	13,668円		
		利用者負担額	1,026円	2,051円	3,077円	利用者負担額	1,367円	2,734円	4,101円
要支援1 要支援2 事業対象者	週2回程度	利用料金	20,475円			利用料金	27,293円		
		利用者負担額	2,048円	4,095円	6,143円	利用者負担額	2,730円	5,459円	8,188円
要支援2	週3回以上必要な場合	利用料金	32,487円			利用料金	43,304円		
		利用者負担額	3,249円	6,498円	9,747円	利用者負担額	4,331円	8,661円	12,992円

（2） 加算料金（利用者負担額は利用した場合の目安です）

	負担割合	1割	2割	3割	備考
初回加算	利用料金	2,839円			新規の利用者にサービス提供責任者が訪問介護を実施又は同行訪問した場合 ※1回のみ ※2ヶ月利用なく再開の場合は初回と見なされます
	利用者負担額	284円	568円	852円	

	サービス提供回数	利用料金		備考
緩和型推進評価加算	週1回程度	利用料金	2,210円	※生活支援ヘルパーが1名以上在籍、または訪問型サービスAの利用割合が30%以上を占める場合
		利用者負担額	0円	
	週2回程度	利用料金	4,420円	
		利用者負担額	0円	
	週2回以上必要な場合	利用料金	6,630円	
		利用者負担額	0円	

6 その他

注1） ・（償還払い）償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

・利用者の認定が「自立」の場合はプランの全額が自己負担となります。

注2） 今後この料金体系は変更する場合もあります。その際は利用者に文書をお渡しして、説明いたします。

7 料金の支払い時期と支払い方法について

利用料、その他の費用は、利用の月ごとにその合計額を請求いたします。お支払いは、原則として利用者の指定された銀行預金口座またはゆうちょ銀行通常貯金口座から引き落としの方法でお支払いただきます。

銀行預金口座の場合は翌月27日に、ゆうちょ銀行通常貯金口座の場合は翌月20日に引き落としをさせていただきます。

ただし、上記の方法によるお支払が困難な場合に限り、現金によりお支払いただくこともできます。

お支払いを確認の上、領収書を発行しますので、必ず保管してください。

8 事業者の責務について

（1）居宅サービスの提供内容の記録について

利用者に提供したサービスの記録は、利用終了後5年間保管します。記録については、利用者と家族に限り、情報公開申出書により、閲覧していただくことができます。

写しの交付が必要な場合は、実費をお支払いいただきます。

（2）秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で利用者または家族の情報を使用する必要があります。この場合には、あらかじめ利用者または家族に説明し同意書に署名をいただいた上で使用します。

(3) 虐待防止について

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、ヘルパー等に周知徹底を図ります。

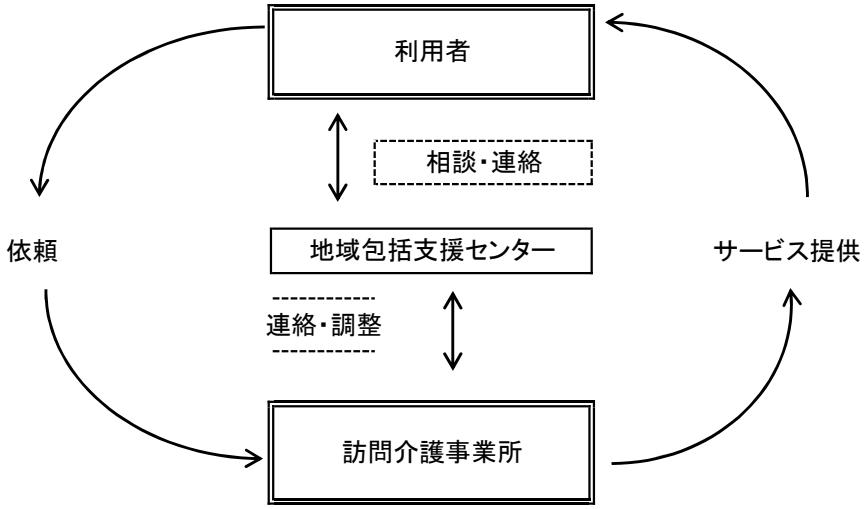
②虐待の防止のための指針を整備します。

③ヘルパー等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。

9 サービス提供の手順について

(1) 介護予防訪問型サービスは下図のように、利用者、家族と話し合い、地域包括支援センターの保健師やプラン作成委託を受けたケアマネジャー、関係機関と連絡を取りながらサービスを提供します。



(2)賠償責任について

事業者の責任において、利用者の身体・財産などを傷つけた場合は 事業者は、利用者にその損害を賠償いたします。

事業者は、兵庫県社会福祉協議会の「ひょうご福祉サービス総合補償制度」に加入しています。

(3)留意事項

サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

① サービス提供契約以外のサービスの実施

② 宗教活動、営利活動、政治活動

③ 利用者または家族からのサービスに係る料金を除く金銭の授受及び提供するサービスと無関係の物品の授受

④ 利用者の居宅内での飲食

10 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の状態が急変した場合、利用者が予め指定する連絡先に連絡するとともに、必要な対応を行います。

11 相談・苦情窓口

事業者の相談窓口以外でも、ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受け付けています。

宝塚市健康福祉部介護保険課	宝塚市東洋町１－１ 電話番号　0797－77－2136 FAX　0797－71－1355
兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	神戸市中央区三宮町１－９－１－1801 電話番号　078－332－5617

12 ハラスメント対策について

(1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業者が働きやすい環境づくりを目指します。

(2) 利用者およびその家族が事業所の従業者に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為によるカスタマーハラスメントや、セクシャルハラスメントなどの行為については、事実確認の上改善を求め、それでも解消されない場合は契約を解除する場合があります。

(3)すべての利用者およびその家族が安心して過ごせる環境づくり、また従業者が働きやすい環境づくりのため、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

13 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた際は、別途文書により変更内容を明記した上、契約を更新します。

事業者は、以上のとおり重要事項の説明を行いました。

年　　月　　日

事業者　　所在地　　宝塚市小浜4丁目5番6号

名　称　　一般財団法人宝塚市保健福祉サービス公社
代表者　　理事長　　妙中　信之　　印

説明した年月日および時刻	年　　月　　日　　時　　分
説明した場所	
説明した担当者	

事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の一部（別紙）となることについても同意します。

利用者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者 住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（利用者との関係　　）