

社会福祉法人函館市社会福祉協議会指定訪問介護事業所みなみかやべ

訪問介護事業 重要事項説明書

1. 当法人の概要

事業 者 名	社会福祉法人 函館市社会福祉協議会	
法 人 種 別	社会福祉法人（昭和42年1月24日 認可）	
設 立 年 月 日	昭和26年6月28日	
代 表 者	会長 大槻 寅男	
本 所 所 在 地	北海道函館市若松町33番6号	
本 所 電 話 番 号	0138-23-2226	
支 所 ・ 事 業 所 等	支 所	6カ所
	訪問介護事業所	2カ所
	通所介護事業所	1カ所
	居宅介護支援事業所	3カ所
	特定施設入居者生活介護事業所	1カ所
	地域包括支援センター	1カ所
	障害福祉サービス事業所	1カ所

2. 社会福祉法人 函館市社会福祉協議会指定訪問介護事業所みなみかやべの概要

（1）指定訪問介護事業者の事業所番号およびサービス提供地域

事業 所 名	社会福祉法人函館市社会福祉協議会指定訪問介護事業所みなみかやべ
所 在 地	北海道函館市川汲町1520番地
介護保険事業所番号	0171401359
サービス提供地域	函館市の地域

（2）同事業所の職員体制

職 種		業 務 内 容
管理者	1名	事業所の運営管理等（サービス提供責任者と兼務）
サービス提供責任者	1名以上	利用申し込みに係る調整・技術指導・サービス提供に係る計画の作成等
訪問介護員等	3名以上	身体介護・生活援助・その他相談援助等 利用者の日常生活全般の援助

（３）サービスの提供時間帯

区 分	通常時間帯 (8:00～18:00)	早 朝 (6:00～8:00)	夜 間 (18:00～22:00)	深 夜 (22:00～6:00)
日～土曜日	○	×	×	×

注）但し、年末年始（12月29日～1月3日）については休業日といたします。

３．サービス内容

（１）身体介護

- ①食事の介助、②排泄の介助、③衣類着脱の介助、④入浴の介助、⑤身体の清拭、洗髪
⑥通院等の介助その他必要な身体の介助、⑦その他必要な介助

（２）生活援助

- ①調理、②衣類の洗濯、補修、③住居等の清掃、整理整頓、④生活必需品の買物
⑤関係機関等の連絡、⑥その他必要な家事

（３）その他のサービス

- ①生活、身上、介護に関する相談、助言、②住宅改良に関する相談、助言
③その他必要な相談、助言

４．利用料金

（１）利用料

介護保険からの給付対象となる訪問介護サービスを利用する場合は、介護報酬告示上の額（基本料金表）に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表：基本料金（通常時間帯）】

身体介護中心 20分未満	20分～ 30分未満	30分～ 1時間未満	1時間～ 1時間30分未満	1時間30分以上 (30分増す毎に)
1, 630円	2, 440円	3, 870円	5, 670円	820円加算

生活援助中心	20分～ 45分未満	45分以上
	1, 790円	2, 200円

身体介護に引き続き行う生活援助	20分～ 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上
	6 5 0 円加算	1, 3 0 0 円加算	1, 9 5 0 円加算

※社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の適用を受け、市町村が発行する「社会福祉法人等による利用者負担減免確認証」をお持ちの方は、上記の利用料負担が軽減されますのでご提示下さい。「社会福祉法人等による利用者負担減免確認証」に記載の減額率により軽減されます。

注1) 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

注2) やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問しサービスを提供した場合は、2人分の料金となります。

注3) 次のような場合には、所定金額に加算いたします。

①身体介護において利用者又は家族等の要請で、サービス提供責任者がケアマネと連携し、ケアマネが必要と認めた場合に、居宅サービス計画で予定されていない訪問介護を緊急に行った場合。（要請後24時間以内・1回の要請につき1回まで・連携による判断・記録管理）
緊急時訪問介護加算 1, 0 0 0 円／1回

②新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が初回若しくは初回の訪問介護を行った日の属する月に訪問介護を行った場合又は他の訪問介護員等が初回若しくは初回の訪問介護を行った日の属する月に訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合。（利用者が過去2ヶ月間、当事業所からサービス提供を受けていないこと・記録管理）
訪問介護初回加算 2, 0 0 0 円／月

③サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成して、訪問介護サービス提供を行った場合。（初回月以降3月の間）
生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1, 0 0 0 円／月

④サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等による訪問リハビリテーションに同行し、医師・理学療法士等と共同して利用者の身体状況等の評価を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、医師・理学療法士等と連携して訪問介護サービス提供を行った場合。（初回月以降3月の間）
生活機能向上連携加算（Ⅱ） 2, 0 0 0 円／月

⑤認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の50／100以上おり、認知症介護実践リーダー研修終了者を所定の数配置した上で、従業員に対して認知症ケアに関する指導等に係る会議を定期的を開催する。
認知症専門ケア加算Ⅰ 30円／日

上記に加え、認知症介護指導者養成研修終了者を配置の上、事業所全体の認知症ケアの指導を行い、介護、看護職員ごとの認知症ケア研修計画作成と実施を行います。

認知症専門ケア加算Ⅱ 40円／日

⑥看取り期において、頻回な訪問介護の提供が必要であって、2時間未満の間隔で訪問介護を提供した場合、所要時間を合算せず前述の料金表に基づき算定し請求します。

⑦口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科・医療機関及び介護支援専門員に対して、当該評価の結果を情報提供した場合。（1月に1回）

口腔連携強化加算 50円／1日

⑧別途、合計額に15%相当の特別地域加算が加わります。

⑨別途、合計額に18.2%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

（2）サービス提供に係わる交通費用

前記2の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料。

サービス提供に係わる交通費（通院介助・薬取り・買い物等）については、別途ご利用の方々の実費負担になりますので、その都度頂きます。

（3）その他

①お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する光熱水費については、お客様のご負担になります。

②料金のお支払い方法

毎月、14日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。利用料は、担当訪問介護員にお支払いください。

③感染症対策委員会を設置し、委員会や研修の実施等により感染症予防対策に努めます。

④高齢者虐待防止対策検討委員会を設置し、定期的な委員会や研修の実施等により高齢者虐待防止推進に努めます。

⑤事業者の認知症対応力向上と、利用者が適切な介護サービスが選択できるよう「介護サービス情報の公表」制度により、研修の受講状況や事業者の取組状況を公表いたします。

⑥事業者における適切なハラスメント対策およびカスタマー（顧客）ハラスメント対策について適切に整備いたします。

⑦科学的介護情報システムを利用し、各利用者のデータをサービス支援に活用いたします。

⑧仕事と育児・介護と両立できる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進に努めます。

⑨感染防止や他職種連携のため、医療・介護の関係者等との会議等について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等を参考に、テレビ

電話等の活用を実施いたします。

利用者等が参加し実施するものも、上記に加えて利用者の同意を得た上で、テレビ電話等を活用し実施する場合があります。

- ⑩重要事項等について、事業所内の掲示や閲覧可能なファイル等により情報を周知いたします。

5. 当協議会の訪問介護サービスの特徴等

（１）運営の方針

事業所の訪問介護員は、利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介助その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。

事業の実施に当たっては、関係市町、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（２）サービス利用のために

事 項	有無	備 考	
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください	
従業員への研修の実施	有	毎日のミーティングの実施、月１回以上の職場内研修の実施等	
利用者の意見等を把握する 取り組みの状況	有	実施日	年１回
		結果の開示	有
第三者による評価の実施状況	1		

（３）サービス提供責任者

サービス提供責任者は、利用者からのサービス利用申し込みに関する調整や訪問介護計画の作成などをはじめ次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があったりサービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。

＜サービス提供責任者の業務＞

- ①訪問介護サービスの利用の申し込みに関する調整
- ②利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③サービス担当者会議への出席など居宅介護支援事業者等との連携
- ④訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤訪問介護員の業務の実施状況の把握

- ⑥訪問介護員の能力をふまえた業務管理
- ⑦訪問介護員に対する研修、技術指導
- ⑧その他サービスの内容の管理についての必要な業務

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご家族	氏 名	(本人との関係)
	連 絡 先	

7. 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う訪問介護サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・関係行政機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った訪問介護サービスの提供により、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。

8. 秘密の保持

①利用者および利用者の家族の秘密保持

サービス提供をする上で知り得た、利用者および利用者家族に関する個人情報等について、契約中および契約終了後においても、守秘義務を遵守します。

②サービス提供に係る会議等においては、あらかじめ利用者および利用者家族の個人情報から文書で同意を得た上で使用します。

9. サービス内容に関する苦情

(1) 当協議会の相談窓口

相談、苦情に対する窓口として、苦情解決体制を組織しています。また、苦情に迅速かつ適切に対応するため、第三者委員を設置しています。

○ 当事業所に関する相談、要望、苦情等は下記の専用窓口で受け付けます。

◎ 相談・苦情受付担当者 管理者 山口 さと子

所在地 函館市川汲町1520番地（函館市役所南茅部支所内）

受付時間 月～金曜日（祝日を除きます） 8時45分～17時30分

電 話 0138-25-5888

（２）次の公的機関においても、苦情申出等ができます。

◎ 函館市 高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口

所在地 函館市東雲町４番１３号

電話番号 ０１３８－２１－３０２５／FAX番号 ０１３８－２６－５９３６

対応時間 月～金曜日（祝日を除きます） ９時００分～１７時００分

◎ 函館市 介護保険課 介護サービス担当

所在地 函館市東雲町４番１３号

電話番号 ０１３８－２１－３０２３／FAX番号 ０１３８－２６－５９３６

対応時間 月～金曜日（祝日を除きます） ８時４５分～１７時３０分

◎ 北海道国民健康保険団体連合会

所在地 札幌市中央区南２条西１４丁目 国保会館

電話番号 ０１１－２３１－５１７５／FAX番号 ０１１－２３３－２１７８

対応時間 月～金曜日（祝日を除きます） ９時００分～１７時００分

○ 函館市地域包括支援センター

（西部圏域）

◎ 函館市地域包括支援センターあさひ

住所 函館市旭町４番１２号（函館総合在宅ケアセンターあさひ内）

電話番号 ０１３８－２７－８８８０／FAX ２７－ ８９００

（中央部第１圏域）

◎ 名称 函館市地域包括支援センターこん中央

住所 函館市松風町１８番１４号

電話番号 ０１３８－２７－０７７７／FAX ２７－ ０７１０

（中央部第２圏域）

◎ 名称 函館市地域包括支援センターときとう

住所 函館市時任町３５番２４号（こんクリニック時任内）

電話番号 ０１３８－３３－０５５５／FAX ３３－ ０６６６

（東央部第1圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センターゆのかわ
住所 函館市湯川町1丁目15番19号
電話番号 0138-36-4300/FAX 57-0080

（東央部第2圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センターたかおか
住所 函館市高丘町3番1号（地域密着型介護老人福祉施設サテライト百楽園内）
電話番号 0138-57-7740/FAX 57-7746

（北東部第1圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センター西堀
住所 函館市富岡町3丁目12番25号
電話番号 0138-78-0123/FAX 78-0097

（北東部第2圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センター亀田
住所 函館市昭和1丁目23番8号
電話番号 0138-40-7755/FAX 40-7766

（北東部第3圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センター神山
住所 函館市神山1丁目25番9号
電話番号 0138-76-0820/FAX 76-0821

（北部圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センターよろこび
住所 函館市桔梗1丁目14番1号（ユニット型介護医療院喜郷内）
電話番号 0138-34-6868/FAX 34-6878

（東部圏域）

- ◎ 名称 函館市地域包括支援センター社協
住所 函館市館町3番地1（函館市戸井支所内）
電話番号 0138-82-4700/FAX 82-4450

（東部圏域ランチ）

◎ 名称 函館市地域包括支援センターランチかやべ

住所 函館市川汲町1520番地（函館市南茅部支所内）

電話番号 0138-25-6034／FAX 25-5891

10. 高齢者の虐待に係る連絡先

【養護者による高齢者虐待】

連絡先 函館市 保健福祉部 高齢福祉課 相談支援担当

所在地 函館市東雲町4番13号

電話番号 0138-21-3025

【養介護施設従事者等による高齢者虐待】

連絡先 函館市 保健福祉部 指導監査課 高齢者担当

所在地 函館市東雲町4番13号

電話番号 0138-21-3926・3927・3923

【説明確認欄】

訪問介護サービス契約の締結にあたり、本書面により、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

〈事業者名〉 社会福祉法人函館市社会福祉協議会
指定訪問介護事業所みなみかやべ

〈住 所〉 北海道函館市川汲町1520番地

〈代表者名〉 会長 大 槻 寅 男

〈説 明 者〉 サービス提供責任者

訪問介護サービス契約の締結にあたり、私は、本書面により、事業所から、訪問介護サービスの提供に際して、重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

〈利用者氏名〉 _____

〈代筆者氏名〉 _____（続柄）

代筆する理由：（視覚障害・手の震えや拘縮・その他）

〈代理人〉（選任した場合）

住所 _____

氏名 _____