

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
第1号訪問事業（国基準訪問型サービス事業）
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の概要

(1) 指定訪問介護事業者の指定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
所在地	北海道函館市若松町33番6号
介護保険指定番号	0171400070
サービス提供地域	函館市の地域

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

		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・その他相談助言等 利用者の日常生活全般の援助

（3）サービスの提供時間帯

	通常時間帯	早 朝		夜 間	深 夜
	(8:00~18:00)	(6:00~7:30)	(7:30~8:00)	(18:00~21:00)	(21:00~6:00)
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

食事の介護、 排泄の介護、 衣類着脱の介護、 入浴の介護、 身体の清拭、
洗髪、 その他必要な介護

（2）生活援助

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

（3）その他のサービス

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

4．利用料金

（1）利用料

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、第1号訪問事業を提供した場合の利用料の額

は函館市が定める基準によるものとする。第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）が法定

代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額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する。

訪問型独自サービス費（11）1週に1回程度	・・・11,760円
訪問型独自サービス費（12）1週に2回程度	・・・23,490円
訪問型独自サービス費（13）1週に2回を超えた場合	・・・37,270円

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) 次のような場合には、所定金額に加算いたします。

新規に第1号訪問事業計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が初回もしくは初回の第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）を行った日の属する月に第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）を行った場合又は他の訪問介護員等が初回もしくは初回の第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）を行った日の属する月に第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）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）

2,000円/月

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理学療法士等による訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき第1号訪問事業計画を作成した場合。（初回月以降3月の間）

1,000円/月

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）サービス提供に関わる交通費

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。

それ以外の地域の方は、訪問介護員がおたずねするための交通費の実費が必要です。

その交通費は、通常の実施地域を超えた分1キロメートルにつき37円を乗じた額とします。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

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。

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、領収証を発行いたします。利用料は、担当訪問介護員にお支払いください。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

緊急やむを得ない場合で、身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

5. 当協議会の第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）サービスの特徴等

（1）運営の方針

事業所の訪問介護員等は、要支援者及び事業対象者に対し、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。

< 具体的方針 >

サービス提供の開始に当たり、利用者の心身状況等を把握する。

個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成する。

個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をする。

モニタリング結果を指定介護予防支援事業者へ報告する。

提供にあたっては、要支援者及び事業対象者に対し、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス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	無		

（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並びに第1号訪問事業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 >

- 第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）の利用の申し込みに関する調整
- 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
- 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
- 訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- 訪問介護員の業務の実施状況の把握
- 訪問介護員の能力をふまえた業務管理
- 訪問介護員に対する研修、技術指導
- 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第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）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第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）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

利用者および利用者の家族の秘密保持

サービス提供する上で知り得た、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。

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 福土ひとみ

所在地 函館市若松町33番6号

受付時間 月～金曜日 8時45分～17時30分

電話 0138-23-2274

函館市地域包括支援センター（24時間対応）

（西部地区） 函館市地域包括支援センターあさひ

函館市旭町4番12号 0138-27-8880

（中央部第一地区） 函館市地域包括支援センターこん中央

函館市松風町18番14号 0138-27-0777

（中央部第二地区） 函館市地域包括支援センターときとう

函館市時任町35番24号 0138-33-0555

（東中部第一地区）	函館市地域包括支援センターゆのかわ	
	函館市湯川町1丁目15番19号	0 1 3 8 - 3 6 - 4 3 0 0
（東中部第二地区）	函館市地域包括支援センターたかおか	
	函館市高丘町3番1号	0 1 3 8 - 5 7 - 7 7 4 0
（北東部第一地区）	函館市地域包括支援センター西堀	
	函館市富岡町3丁目12番25号	0 1 3 8 - 7 8 - 0 1 2 3
（北東部第二地区）	函館市地域包括支援センター亀田	
	函館市昭和1丁目23番8号	0 1 3 8 - 4 0 - 7 7 5 5
（北東部第三地区）	函館市地域包括支援センター神山	
	函館市神山1丁目25番9号	0 1 3 8 - 7 6 - 0 8 2 0
（北部地区）	函館市地域包括支援センターよろこび	
	函館市桔梗1丁目14番1号	0 1 3 8 - 3 4 - 6 8 6 8
（東部地区）	函館市地域包括支援センター社協	
	函館市館町3番地1	0 1 3 8 - 8 2 - 4 7 0 0

（2）公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

函館市高齢福祉課 相談支援担当

養護者による高齢者虐待

所在地 函館市東雲町4番13号

電話番号 0 1 3 8 - 2 1 - 3 0 2 5 FAX番号 0 1 3 8 - 2 6 - 5 9 3 6

対応時間 月～金曜日 8時45分～17時30分

函館市指導監査課 高齢者担当

養介護施設従事者等による高齢者虐待

所在地 函館市東雲町4番13号

電話番号 0 1 3 8 - 2 1 - 3 9 2 6、2 1 - 3 9 2 7、2 1 - 3 9 2 3

函館市介護保険課 介護予防担当

所在地 函館市東雲町4番13号

電話番号 0 1 3 8 - 2 1 - 3 0 8 2 FAX番号 0 1 3 8 - 2 6 - 5 9 3 6

対応時間 月～金曜日 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 0 1 1 - 2 3 1 - 5 1 7 5 FAX番号 0 1 1 - 2 3 3 - 2 1 7 8

対応時間 月～金曜日 9時00分～17時00分

[説明確認欄]

令和 年 月 日

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）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。

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
住 所 北海道函館市若松町33番6号
代表者名 会長 大槻寅男
説明者職名 サービス提供責任者
氏 名 _____ 印

第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）契約の締結にあたり、私は本書面により、事業所から第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）の提供に際して重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者
住 所 _____ 函館市 _____ 町 _____
氏 名 _____ 印

代筆者
氏 名 _____ (続柄) _____ 印
代筆する理由 (_____)

代理人（選任した場合）
住 所 _____
氏 名 _____ 印