

訪問型独自サービス重要事項説明書

社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所

■ 訪問型独自サービス事業所の概要について

1 当事業所の概要について

事業所名	社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所
所在地	青森県八戸市南郷大字島守字阿庄内 15-2
電話番号	0178-82-3000
FAX番号	0178-82-3009
事業所番号	0272700279
サービス提供地域	八戸市
管理者氏名	前田 信治

2 当事業所の職員体制について

職 種	資 格	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容
管理者	介護福祉士	1名 (兼務)		業務及び従業員の管理
サービス提供責任者	介護福祉士	1名		介護計画作成・利用者への説明及びサービス提供等
訪問介護員	介護福祉士	2名のうち 2名が兼務		サービスの提供等
	ヘルパー2級 課程修了者		1名	

3 当事業所の営業日及びサービス提供時間について

営業日	1月1日から1月3日を除く毎日
営業時間	午前8時15分から午後5時
サービス提供時間	午前6時から午後10時

※サービス提供時間は、社会福祉法人八戸市社会福祉協議会会長が認めるものは、この限りではない。

■ 当事業所の訪問型独自サービスの特徴等について

1 運営方針について

- (1)訪問型独自サービスは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- (2)自らその提供する訪問型独自サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとしします。

- (3)訪問型独自サービスの提供に当たっては、訪問型独自サービス計画に基づき利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行います。
- (4)訪問型独自サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者・その家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行います。
- (5)訪問型独自サービスにおいては、訪問型独自サービス計画の作成後は、当該訪問型サービスの訪問介護計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、モニタリング結果を担当介護支援専門員に報告します。
- (6)訪問型独自サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- (7)常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族に対し、適切な相談及び助言を行います。
- (8)訪問型独自サービスの提供に当たって、利用者の心身の状況を的確に把握するため、主治医との連携を密にするよう努めます。

2 サービス利用のために

- (1)サービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。
- (2)利用予定日の前に、利用者の都合で訪問型独自サービスの利用を中止、または変更、もしくはサービスの追加を希望される方は事業所に申し出てください。
- (3)訪問介護員の変更を希望される方は事業所に申し出てください。

■ サービスの内容について

訪問型独自サービス（事業対象者または要支援1・2の方）

訪問型独自サービスは、自立支援の観点から利用者ができる限り、自ら生活できるように手助けし、利用者がその有する能力を最大限活用することができるよう援助します。

■ 利用料金について【料金表】

支給区分	利用料（1割）	自己負担
I 週1回の利用の場合 (事業対象者または要支援1・2)	1, 176円/月	1, 176円/月
II 週2回の利用の場合 (事業対象者または要支援1・2)	2, 349円/月	2, 349円/月
III 週2回を超えての 利用の場合 (事業対象者または要支援2)	3, 727円/月	3, 727円/月

※自己負担額：介護保険負担割合証に定める割合の額

1 利用料について

サービスの実施頻度は、訪問型独自サービス計画書（ケアプラン）において、以下の支給区分が位置づけられ、1週間当たりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ訪問型サービス計画において具体的な実施日、1回当たりの時間数や実施内容を定めます。利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。

訪問型独自サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

2 中山間地域等における小規模事業所加算について

中山間地域等における小規模事業者の評価として、実利用者が月5人以下の場合は所定単位数の10%が加算になります

3 初回加算について

新規に訪問型独自サービス計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問型サービスと同月内に、サービス提供責任者が自ら訪問型独自サービスを行う場合、または他の訪問介護員等が訪問型サービスを行う際に同行訪問した場合は200単位/月が加算になります。

4 生活機能向上連携加算について

(1)生活機能向上連携加算(I)

訪問リハビリテーション若しくは、通所リハビリテーションを実施している事業又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床200床未満のものに限る）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体勢を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的として訪問介護計画を作成した場合当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師・は。通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、または、ICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行う。

(2)生活機能向上連携加算(II)

現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る)の理学療法士・作業・言語聴覚士・医師が訪問した場合

5 処遇改善加算(I)について

当事業所は、介護職員処遇改善加算(I)を算定していますので、サービス利用料の1ヶ月合計自己負担額に24.5%が加算されます。

■ サービス実施時の留意事項について

1 備品等の使用について

訪問型独自サービスの実施のために必要な備品等（電気、ガス、水道等を含む）は、無償で使用させていただきます。

また、事業所及び医療機関に連絡する場合の電話等も無償で使用させていただきます。

2 訪問介護員の禁止行為について

訪問介護員は、利用者に対する訪問型独自サービスの提供に当たって、次に該当する行為は行いません。

(1)医療行為

※ただし、厚生労働省で訪問介護員が行うことができると認めた医療行為については、提供できます。

(2)利用者以外の家族の洗濯、買物や草取り、大掃除等。

(3)飲酒またはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動。

(4)その他、利用者またはその家族等に行う迷惑行為。

■ サービスの利用方法について

1 サービスの開始について

①サービス利用契約を結んだ後、サービスの提供を開始いたします。

2 サービスの終了について

①利用者の都合でサービスを終了したいときは、文書で解約できます。

②解約を希望する7日前までに解約届書をご提出ください。(共通文書5)

③事業所の都合でサービスを終了するときは、終了1ヶ月前までに通知します。

3 自動終了について

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスの終了になります。

② 利用者が介護保険施設に入所したとき

②要介護認定により自立や要介護と認定されたとき、または、事業対象者に該当しなくなったとき

③利用者が死亡したとき

■ 事業者からの契約解除について

1 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、利用料金を支払うよう催促したにもかかわらず、30日以内に支払わなかった場合本契約を終了させて頂くことがあります。

2 利用者や家族の方などが当事業所や当事業所のサービスに対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為(以下、①～③)を行ったときは、直ちにサービスを終了させて頂くことがあります。

①身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為

②個人の尊厳や人格を、言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

※上記は、当事業所職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。

■ 利用料の支払い方法について

利用料金は、1ヶ月まとめて翌月の25日(25日が休業日のときは翌日)に、ご指定の金融機関の口座から自動引き落としさせていただきます。ただし、現金支払いも可能です。

■ 支給限度額を超えた場合について

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用されるときは、サービス利用料金の超過分が利用者負担となります。

■ 償還払いについて

利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。事業対象者または要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻しされます。

■ 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の容態の急変、その他緊急事態が発生した場合は、主治医・家族に連絡する等、容態の悪化を最小限に防止するよう努めます。

■ 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族に連絡する等、必要な措置を講じます。また、利用者に対して当事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業所は全国社会福祉協議会と損害保険契約を結んでいます。

■ 守秘義務等について

- 1 事業者及びサービス従事者は、利用者、家族等に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
- 2 サービス従事者または従事者は、利用者、家族等に関する個人情報を、退職後も第三者に漏洩しません。

■ 研修について

従業者の資質向上を図るための研修の機会を年1回以上設けるものとします。

■ 記録の整備について

サービス提供に関する記録書を整備し、5年間保管します。
希望があれば、事業所で閲覧できます。

■ 身体拘束の禁止について

利用者の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束を行いません。

■ 虐待の防止について

「高齢者虐待防止のための指針」を整備し責任者を設置する等、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

■ 感染症対策について

「感染症の予防及びまん延防止のための指針」に則り、感染症を未然に防止し、発生時は感染が拡大しないよう速やかに対応する体制を構築し、利用者の健康と安全を継続的に守ります。

■ 業務継続に向けた取り組みについて

「BCP（業務継続計画）」を策定し、感染症や自然災害等の発生時においても、利用者に対するサービスを継続的に実施及び早期の業務再開を図ります。また、従業者においても、BCPの周知や必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

● サービス内容に関する苦情・相談

- ・ 事業所では、介護予防・日常生活支援総合事業に関する苦情・相談受付窓口を設置しております。
- ・ 苦情・相談がある場合には、所定の用紙（共通文書6）に記入の上、ご提出下さい。

苦情の内容として・・・

- ★ 職員の対応等について
- ★ 運営等について
- ★ その他

受付窓口 → 社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会・南郷支局
電 話 82-3000 FAX 82-3009

受付担当者 各事業所管理者
解決責任者 中居 真由美

〒039-1166 八戸市根城八丁目8-155 (八戸市総合福祉会館内)
社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
電 話 0178-47-2940
FAX 0178-47-1881

令和 年 月 日

社会福祉法人

八戸市社会福祉協議会

会長 伊藤博章 殿

住 所

氏 名

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス・通所型サービス）の
事業所に関する苦情相談受付申請書

貴事業の内容等について、苦情・相談等がありますので申請します。

記

1 苦情

.....
.....
.....
.....

2 相談

.....
.....
.....
.....

3 その他

.....
.....
.....
.....

サービス提供開始にあたって、本書面に基づいて重要事項及び共通事項の説明をしました。

- 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所
- 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所

令和 年 月 日
説明者職・氏名

私は、本書面に基づいて、事業所から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者住所 八戸市南郷大字

利用者氏名 _____

利用者は、心身の状況等により署名が出来ない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

署名代筆者住所

署名代筆者氏名 _____

個人情報利用者同意書

個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供を受けるにあたって、保健・福祉機関、介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の他、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供を受けている場合で、通院、救急で状態を医師、看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画書に掲載されている事業所。
- (2) 病院または診療所。

3 使用する期間

介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供を受けている期間。

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとして、関係者以外の者に洩れることのないよう注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記す。
- (3) その他必要な場合は、利用者・家族から了解を得るものとする。

事業所名称

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所 |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所 |

令和 年 月 日

利用者住所 八戸市南郷大字

利用者氏名 _____

家族代表住所

家族代表氏名 _____

利用者は、心身の状況により署名が出来ない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

署名代筆者住所

署名代筆者氏名 _____