

別紙付属書類 訪問型サービス（タイプ1）

重要事項説明書

社会福祉法人 岩国市社会福祉協議会
社 協 ヘル パ ー セ ン タ ー 岩 国

当事業所は岩国市介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けています。
(山口県指定 第3570801062号)

当事業所はご利用者に対して訪問型サービス（タイプ1）（以下「サービス」といいます。）を提供します。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次の通り説明します。

1. 事業者の概要

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 岩国市社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 山口県岩国市麻里布町七丁目1番2号 |
| (3) 電話番号 | (0827) 22-5877 |
| (4) 代表者名前 | 会長 隅 喜 彦 |
| (5) 設立年月日 | 平成18年3月20日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 訪問型サービス（タイプ1）事業所
令和6年4月1日指定更新
山口県 3570801062 号 |
| (2) 事業所の目的 | 介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | 社会福祉法人 岩国市社会福祉協議会
社協ヘルパーセンター岩国 |
| (4) 事業所の所在地 | 山口県岩国市南岩国町3-3-14 |
| (5) 電話番号 | (0827) 28-6108 |
| (6) 事業管理者名 | 伊藤 八千代 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 当事業所はご利用者のご家族が安心して暮らせることを第一に、地域福祉向上のために適切なサービスを提供することを運営方針としております。 |
| (8) 開設年月日 | 平成18年4月1日 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 合併前の旧岩国市（ただし島を除く）

(2) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から金曜日までとします。

（ただし、国民の祝日に規定する日及び12月29日から12月31日、
1月2日から1月3日までを除きます。）

営業時間 午前8時30分から午後5時15分までとします。

※ 上記営業日及び営業時間のほか、必要に応じて営業するものとします。

4. 職員体制等

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

（単位：名）

従事者の職種	常勤	非常勤	業務内容
管理者（兼任）	1		事業の総括
サービス提供責任者	3		適切なサービス提供のための指導・調整
サービス介護員		3以上	訪問介護サービスの提供

（令和7年4月1日現在）

5. サービス内容区分及びサービス内容

○入浴介助…入浴の介助や清拭（体を拭く）や洗髪などを行います。

○排泄介助…排泄の介助、おむつ交換を行います。

○食事介助…食事の介助を行います。

○衣類の着脱介助…衣類の着脱の介助を行います。

○通院介助…通院の介助を行います。

○その他必要な身体介助を行います。

○調理…ご利用者の食事の用意を行います。

○洗濯…ご利用者の衣類等の洗濯を行います。

○掃除…ご利用者の居室の掃除を行います。

（日常使用する居室以外の居室、庭等の敷地の掃除・草引き、大掃除等
は行えません。）

○買い物…ご利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。

（預金・貯金の引き出しや預け入れは原則として行えません。）

○その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

6. 利用料金

(1) サービス事業支給費の対象となるサービス

○介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合に応じて下記の料金表によって自己負担額をお支払いください。

サービス区分	利用頻度	支援区分	1割(自己負担額)	2割(自己負担額)	3割(自己負担額)
訪問型サービス(Ⅰ)	週1回程度の利用	事業対象者 要支援1 要支援2	1,176円/月	2,352円/月	3,528円/月
訪問型サービス(Ⅱ)	週2回程度の利用		2,349円/月	4,698円/月	7,047円/月
訪問型サービス(Ⅲ)	週2回を超える利用		3,727円/月	7,454円/月	11,181円/月
初回加算			200円/月	400円/月	600円/月
生活機能向上連携加算Ⅰ			100円/月	200円/月	300円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ			200円/月	400円/月	600円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅲ			利用料金の18.2%		

令和6年6月1日介護報酬単位より

- サービス事業支給費に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。
- 新規にサービス計画書を作成した利用者に対して、初回に実施したサービスと同月内に、サービス提供責任者が、自らサービスを行なう場合又は他のサービス介護員がサービスを行なう際に同行した場合、200円/月をいただきます。
- 自立支援型のサービス提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同によるサービス計画書を作成した場合、100円/月を、利用者の身体状況等を評価（生活機能アセスメント）した場合は200円/月をいただきます。
- 厚生労働大臣が定める地域（下記記載の地域）に所在する事業所（出張所を含む）がサービスを提供した場合、所定単位数の15%加算した料金をいただきます。

厚生労働大臣が定める地域

離島振興対策実施地域	振興山村	厚生労働大臣が定める地域
【旧岩国市】 柱島、端島、黒島	【旧岩国市】 北河内・南河内・師木野 【旧本郷村全域】 【旧周東町】川越 【旧錦町全域】 【旧美川町】桑根 【旧美和町全域】	【旧美川町】 小川・四馬神・添谷

- 利用料金合計の18.2%ほど、介護職員等処遇改善加算Ⅲが追加されます。但し、区分支給限度額の算定対象外となります。

（２）利用料金のお支払い方法

利用料金は、1か月ごとに計算し請求しますので、翌月末日までにお支払い下さい。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：山口県農協・ゆうちょ銀行・西中国信用金庫・山口銀行

イ. 振込：西中国信用金庫 岩国中央支店 普通預金 223398

口座名義：社会福祉法人岩国市社会福祉協議会 会長 隅 喜彦

ウ. 現金支払

(3) 利用料の滞納

ご利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、催告日より2週間以内に支払われない場合、またはご利用者やご家族などが当事業所のサービス事業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7. 交通費等

○通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、サービス介護員が訪問するための交通費の実費が必要です。(通常の実施地域を越えた地点から1km当たり40円をご負担いただくことになります。)

○外出時の移動の介護等に要する交通費の実費をご負担いただくことになります。

○サービス介護員が訪問するための駐車場の確保をお願いすることもあります。

8. 利用の中止・変更

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止する場合にはサービスの実施日の前日17時までに事業所に申し出てください。ただし利用料は月定額料金となっておりますので、サービスを中止された場合においても料金は変わりません。

○サービス利用日変更の申し出に対して、サービス介護員の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、サービス介護員の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

9. サービス内容に関する苦情等の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者：福田幸枝・山崎恵美子

○苦情解決責任者：伊藤八千代

○電 話：(0827) 28-6108

○受 付 時 間：毎週月曜日～金曜日（祝日及び年末年始は除く）
8時30分～17時15分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

受付機関	住所	電話番号
岩国市福祉部福祉政策課	岩国市今津町 1-14-51	(0827) 29-5072

岩国市岩国第一地域包括支援センター (川下・愛宕担当)	岩国市牛野谷町 2-12-38	(0827) 34-1577
岩国市岩国第三地域包括支援センター (灘・通津担当)	岩国市藤生町 1-17-26	(0827) 34-1313
岩国市岩国第五地域包括支援センター (錦・美川・美和・本郷担当)	岩国市錦町広瀬 1067-1	(0827) 71-0055
岩国市地域包括支援センター(第1班) (麻里布・東・装港・小瀬・柱島 担当)	岩国市室の木町 3-1-11 (岩国市保健センター内)	(0827) 24-3781
岩国市地域包括支援センター(第2班) (岩国・平田・藤河・御庄・師木野・北河内・南河内 担当)	岩国市室の木町 3-1-11 (岩国市保健センター内)	(0827) 24-3700
岩国市地域包括支援センター(第3班) (由宇 担当)	岩国市由宇町中央 1-10-11 (由宇保健センター内)	(0827) 63-3113
岩国市地域包括支援センター (第4班玖珂) (玖珂 担当)	岩国市玖珂町 4933-2 (岩国市玖珂支所内)	(0827) 82-0368
岩国市地域包括支援センター (第4班周東) (周東 担当)	岩国市周東町下久原 1208-1 (岩国市周東総合支所内)	(0827) 84-3615
山口県国民健康保険団体連合会	山口市朝田 1980-7	(083) 995-1010
岩国市社会福祉協議会第三者委員	岩国市麻里布町 7-1-2	(0827) 22-5877
山口県福祉サービス運営適正化委員会	山口市大手町 9-6	(083) 924-2837

10. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行うサービス介護員

サービス提供時に、担当のサービス介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のサービス介護員が交替してサービスを提供することがあります。

(2) サービス介護員の交替

①ご利用者からの交替の申し出

選任されたサービス介護員の交替を希望する理由がある場合には、事業所に対してサービス介護員の交替を申し出ることができます。

②事業所からのサービス介護員の交替

事業所の都合により、サービス介護員を交替することがあります。サービス介護員を交替する場合は、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

契約者は「サービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。

②サービスの実施

サービスの実施はサービス計画書に沿って行います。但し、事業所は利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使

させていただきます。その他、サービスに必要な物品や、サービス介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業所は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) サービス介護員の禁止行為

サービス介護員は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行えません。

- ①医療行為（褥瘡等の処置や消毒、摘便、医療機器に関することなど）
- ②利用者若しくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③利用者若しくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④利用者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤飲酒・喫煙及び飲食
- ⑥身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等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きます。）
- ⑦その他利用者若しくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為
- ⑧サービス介護員の車による通院、買い物等の同乗

(6) その他

- 身体に触る援助については、予め健康チェックを行い、体温が37度以上の場合には、適切な湯温や洗体方法等について、サービス介護員より、変更や中止の助言をすることがあります。サービス介護員より本人に確認をとりますが実施の決定は本人、家族となります。この場合、援助中及び、援助後の体調の変動については責任を負いかねますので、予めご了承ください。
- 担当サービス介護員の自宅の電話番号は通知いたしません。
- サービス計画の変更のご要望がある場合は担当のサービス提供責任者又は、地域包括支援センター職員、ケアマネージャーへお申し出下さい。
- 社会福祉を目的とする人材育成のため、実習生を同伴させていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

11. 秘密保持

サービス介護員は、業務上で知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。その職を退いた後も同様とします。事業所は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合には、当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

12. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化があった場合は、主治医、親族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	病院名		TEL
	担当医		
緊急連絡先			TEL
居宅介護支援事業者 担当者			TEL
地域包括支援センター 担当者			TEL
岩国市福祉部			TEL
その他			TEL

13. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合、当該利用者の家族、医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、行政等に対して連絡を行い、事故の状況及び対応した内容について記録するなど必要な措置を講じるものとします。また、事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものとします。なお、損害賠償については、あいおいニッセイ同和損害保険(株)（介護保険・社会福祉事業者総合保険）に加入をしています。

14. 虐待の防止及び身体拘束等の適正化のための措置について

事業所は、利用者の人権の保護・虐待の防止及び身体的拘束等の適正化のための措置（以下「身体拘束等適正化措置」といいます。）を推進するために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止及び身体拘束等適正化措置に関する相談窓口、責任者を選定しています。
 - 虐待防止受付担当者：福田幸枝・山崎恵美子
 - 虐待防止責任者：伊藤八千代
 - 電話 話：（０８２７）２８－６１０８
 - 受付時間：毎週月曜日～金曜日（祝日及び年末年始は除く）
８時３０分～１７時１５分
- ② 成年後見人の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 虐待の防止及び身体拘束等適正化措置に関する委員会を設置しています。
- ⑤ 従業員に対する虐待防止及び身体拘束等適正化措置の啓発・普及するための研修を実施しています。

令和 年 月 日

サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

社会福祉法人 岩国市社会福祉協議会
社協ヘルパーセンター岩国

説明者職名 サービス提供責任者

名 前

印

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、サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

⑩

家族代表 住 所

氏 名

⑩

(利用者との続柄

)

代理人等 住 所

氏 名

⑩

(利用者との関係

)

訪問型サービス（タイプ1）契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

1 使用する目的

(1) 岩国市社会福祉協議会（以下「岩国市社協」という。）訪問型サービス（タイプ1）
（以下「サービス」という。）契約書第9条第1項各号に定める事項

2 使用に当たっての条件

(1) 岩国市社協は、個人情報の提供に際し、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと

(2) 岩国市社協は、個人の情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと

3 個人情報の内容

(1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、岩国市社協がサービスを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

(2) その他の情報

4 使用する期間

(1) 訪問型サービス（タイプ1）契約書の契約期間

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 (印)

家族代表	住 所
代表一	
代表二	
代表三	
代表四	
代表五	
代表六	
代表七	
代表八	
代表九	
代表十	
代表十一	
代表十二	
代表十三	
代表十四	
代表十五	
代表十六	
代表十七	
代表十八	
代表十九	
代表二十	
代表二十一	
代表二十二	
代表二十三	
代表二十四	
代表二十五	
代表二十六	
代表二十七	
代表二十八	
代表二十九	
代表三十	
代表三十一	
代表三十二	
代表三十三	
代表三十四	
代表三十五	
代表三十六	
代表三十七	
代表三十八	
代表三十九	
代表四十	
代表四十一	
代表四十二	
代表四十三	
代表四十四	
代表四十五	
代表四十六	
代表四十七	
代表四十八	
代表四十九	
代表五十	
代表五十一	
代表五十二	
代表五十三	
代表五十四	
代表五十五	
代表五十六	
代表五十七	
代表五十八	
代表五十九	
代表六十	
代表六十一	
代表六十二	
代表六十三	
代表六十四	
代表六十五	
代表六十六	
代表六十七	
代表六十八	
代表六十九	
代表七十	
代表七十一	
代表七十二	
代表七十三	
代表七十四	
代表七十五	
代表七十六	
代表七十七	
代表七十八	
代表七十九	
代表八十	
代表八十一	
代表八十二	
代表八十三	
代表八十四	
代表八十五	
代表八十六	
代表八十七	
代表八十八	
代表八十九	
代表九十	
代表九十一	
代表九十二	
代表九十三	
代表九十四	
代表九十五	
代表九十六	
代表九十七	
代表九十八	
代表九十九	
代表一百	

氏 名 (利用者との続柄) (印)

代理人等 住 所

氏 名 (印)

(利用者との関係)