

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業

重要事項説明書及び契約書

(令和6年6月1日現在)

(利用者氏名 _____ 様)

第1号訪問事業重要事項説明書

この説明書は、お客様が第1号訪問事業の契約にあたって、お客様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制、その他の利用者のサービスの選択に必要な重要事項をご理解していただけるような内容となっております。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 伊方町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	愛媛県西宇和郡伊方町湊浦1995番地1
電 話 番 号	(0894) 38-2360
代 表 者	会 長 松 田 光 一
設 立 年 月 日	平成17年4月1日

2. サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事 業 所 名	伊方訪問介護事業所 伊方訪問介護事業所瀬戸出張所 伊方訪問介護事業所三崎出張所
所 在 地	愛媛県西宇和郡伊方町湊浦1995番地1 愛媛県西宇和郡伊方町三机乙1087番地1 愛媛県西宇和郡伊方町三崎1700番地16
指 定 事 業 所 番 号	3873700508
開 設 年 月 日	平成17年4月1日(指定年月日：平成27年4月1日)
連 絡 先	伊方訪問介護事業所 TEL 0894-38-2360 FAX 0894-38-2363 瀬戸出張所 TEL 0894-57-2180 FAX 0894-57-2181 三崎出張所 TEL 0894-54-2222 FAX 0894-54-2223
管 理 者 連 絡 先 (氏名 梶原 美代)	TEL 0894-38-2360 FAX 0894-38-2363
営 業 日 ・ 営 業 時 間	平日 午前8時30分～午後5時30分 年末年始 休日(12月29日～1月3日) 上記の営業日及び営業時間以外であっても、特に介護が必要と認めた場合はサービスの提供を行います。
通常の実施地域 (交通費無料エリア)	伊方町内

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	・利用者が可能な限りその居宅において、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、第1号訪問事業計画に基づく日常生活上の世話や介護その他必要な援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持、その家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
運営の方針	・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、伊方町や他の保健・医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域との連携を図り、丁寧なサービスの提供を心がけるとともに、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

(3) 当事業所の職員体制

当事業所では、利用者に対して第1号訪問事業及び指定訪問介護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。

職種	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 	1名
サービス提供責任者	<ol style="list-style-type: none"> 1 指定訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 2 訪問介護計画の作成並びに利用者等への説明を行い同意を得ます。利用者への訪問介護計画を交付します。 3 利用者の状態やサービスに関する意向を定期的に把握します。 4 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護事業者と連携を図ります。 5 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 6 訪問介護員等の業務の実施状況を把握し、訪問介護員等の業務管理を実施します。 7 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。 8 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。 	3名以上
訪問介護員	<ol style="list-style-type: none"> 1 訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護のサービスを提供します。 	3名以上

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

身体介護	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 (例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位変換、服薬介助など
生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ・家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 (例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

(2) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭の授受
- ④ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(大掃除、窓ふき、高い所の掃除、庭掃除など)
- ⑥ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額

サービスを利用した場合の利用料金等は以下のとおりであり、お客様からお支払いいただく「利用者負担金」は原則として負担割合証に応じた利用料金の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

○ サービスの利用料金

1週当たりの標準的な回数を定める場合	
1週に1回程度利用の場合	1, 176円/月
1週に2回程度利用の場合	2, 349円/月
1週に2回程度利用を超える場合	3, 727円/月

1月当たりの回数を定める場合	
標準的な内容の訪問型サービスである場合	287円/回
生活援助が中心である場合	
所要時間20分以上45分未満の場合	179円/回
所要時間45分以上の場合	220円/回
短時間の身体介護が中心である場合	163円/回

※ 月ごとの定額制となっているため、月の途中からの利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援状態等から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

※ 月途中で、要支援状態等が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用者負担金を計算します。

・要支援認定前にサービスを利用した場合

要支援認定を受けてない場合及び「第1号訪問事業計画書又は介護予防マネジメント」(以下「介護予防ケアプラン」という。)が作成されていない場合にはサービス費用をいったん支払うものとします。要支援認定後又は「介護予防ケアプラン」作成後、利用者負担金を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

・要介護認定又は要支援認定の結果、自立(非該当)となった場合には、すでに利用されたサービス費用の全額の利用料をいただきます。

(4) 加算料金等

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
初回加算	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自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	1月につき 2,000円	200円	400円	600円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行った場合	1月につき 総単位数の18.2%			

4 その他の費用について

① 交通費

- ・通常のサービス提供実施地域(※) → 無料
- ・それ以外の地域

通常の実施区域を超えて行う地点から概ね片道10km以上の場合
→ 10kmにつき300円

(※) 通常のサービス提供地域については、1ページに記載しています。

- ② 水道代・ガス代
お客様のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はお客様の実費負担となります。
- ③ 電話代
お客様のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はお客様の実費負担となります。

5 利用料、利用者負担額の請求及び支払い方法

(1) 請求方法

- ア 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- イ 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

- ア 請求月の25日 (土日祝日の場合は直後の平日) までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。

①口座自動引き落とし (引き落とし日は、請求月の25日です。)

②銀行振込 (請求月の25日までに下記口座にお振込ください。)

【金融機関名】伊予銀行 【支店名】伊方支店

【預金種別】普通預金 【口座番号】1097636

【口座名義】社会福祉法人 伊方町社会福祉協議会 会長 松田 光一

③現金払い (請求月の25日までに、担当のホームヘルパーにお支払いください。)

- イ お支払いいただきましたら、領収書を発行しますので大切に保管してください。

6 緊急時及び事故発生時の対応方法

お客様の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医 (かかりつけ医) ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

主治医 (かかりつけ医)	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	
	電 話 番 号	

7 日常的金銭管理・財産管理・権利擁護等への対応

- ・当事業所は、お客様にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理・財産管理については、取扱いしません。
- ・お客様に日常的金銭管理や財産管理の必要が生じた場合、また財産侵害や虐待等に対するお客様の権利擁護等の必要が生じた場合には、お客様のご希望も踏まえながら、適切な公的窓口等の第三者機関をご紹介します。

8 損害賠償

- (1) 当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。
- (2) 当事業所がお客様に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、契約書本文第8条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

加入保険名	社会福祉法人全国社会福祉協議会（社協の保険）
保険の内容	対人・対物事故人権侵害、保管物賠償、対人見舞費用
賠償できる事項	・当事業所の訪問介護員がお客様の家財を壊してしまったとき ・当事業所の訪問介護員がお客様にけがをさせたとき
当事業所の連絡担当者	(氏名) 梶原美代 (連絡先) 0894-38-2360 FAX 0894-38-2363

9 サービス提供記録について

- (1) 提供したサービスについては、その都度「訪問介護実行表」に記録し、その控えを利用者もしくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付します。ただし、複写物を必要とする場合は実費をいただきます。(1枚につき10円)
- (2) この記録は5年間保存することとします。

10 プライバシーについて

- (1) 当事業所は、お客様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。
契約終了後も同様です。
- (2) サービス担当者会議などでお客様やそのご家族の情報を利用するには、お客様の同意が必要となりますので、別に作成する同意書（「個人情報の使用に係る同意書」）に記名いただくこととなります。

11 サービス提供に関する相談、苦情について

- ① 担当者と連絡を取りたい場合
0894-38-2360
- ② 予約していたサービスの利用を中止したい場合
すみやかにこちらまでご連絡ください。
0894-38-2360

③ サービスの提供に関して苦情や相談がある場合

(当事業所の苦情・相談窓口)

伊方町社会福祉協議会 (伊方訪問介護事業所)	連絡先 (0894) 38-2360 FAX (0894) 38-2363 担当者：梶原美代 受付時間(平日) 午前8時30分 ～午後5時30分
---------------------------	--

(介護保険サービスの苦情や相談について)

伊方町役場 (長寿介護課 地域包括支援センター)	連絡先 (0894) 38-2652 FAX (0894) 38-0372 受付時間(平日) 午前8時30分 ～午後5時15分
愛媛県国民健康保険 団体連合会 (業務管理課)	連絡先 (089) 968-8700 FAX (089) 968-8717 受付時間(平日) 午前9時～午後5時

1.2 ケマネジャーや主治医(かかりつけ医)との連携

(1) 当事業所は、サービスの提供にあたり、ご担当のケアマネジャーや主治医(かかりつけ医)との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。また、お客様が「介護予防ケアプラン」の変更を希望される場合は、速やかにご担当のケアマネジャーへ連絡し、調整いたします。

1.3 契約の終了

(1) お客様が介護保険施設に入所(入院)した場合や要介護又は自立(非該当)と認定された場合などは、契約は自動的に終了します。

1.4 契約の解約について

(1) お客様は、当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合などには、文書で通知を行い、直ちに契約を解約することができます。また、当事業所が事業を休廃止する場合や、やむを得ない事情によりサービスの提供が困難になった場合に、契約を解約する場合があります。(理由を示した文書により、お知らせいたします。)

1.5 事業所が行っている他の業務

当事業者では、次の事業もあわせて実施しています。

訪問介護	平成17年4月1日	愛媛県指令17長第2010号
------	-----------	----------------

1.6 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
-------	--

上記内容について、「伊方町指定介護予防支援等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成27年3月20日条例第18号）第6条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

(説明年月日) 令和 年 月 日

(説明者氏名) _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第1号訪問事業の提供開始に同意しました。

(同意年月日) 令和 年 月 日

利用者(または代理人)

署名代筆者(家族等)
