

**居宅介護支援 契約書**  
**別紙（兼重要事項説明書）**

**社会福祉法人 下妻市社会福祉協議会**  
**下妻社協ケアセンター**

# 居宅介護支援契約書別紙（兼重要事項説明書）

## 居宅介護支援事業

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 下妻市社会福祉協議会          |
| 主たる事務所の所在地 | 〒304-0064 茨城県下妻市本城町2丁目22番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 会長 菊池 博                    |
| 設立年月日      | 昭和45年7月8日                  |
| 電話番号       | 0296-44-0142               |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                               |                     |  |
|-------------|-------------------------------|---------------------|--|
| ご利用事業所の名称   | 下妻社協ケアセンター                    |                     |  |
| サービスの種類     | 居宅介護支援                        |                     |  |
| 事業所の所在地     | 〒304-0821 茨城県下妻市別府 5 4 5 番地   |                     |  |
| 電話番号        | 0 2 9 6 － 4 4 － 6 9 9 3       |                     |  |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成 1 2 年    2 月 1 8 日    指定   | 0 8 7 1 0 0 0 0 3 0 |  |
|             | 令和    2 年    4 月    2 日    更新 |                     |  |
| 管理者の氏名      | 飯島    留美                      |                     |  |
| 通常の事業の実施地域  | 下妻市                           |                     |  |

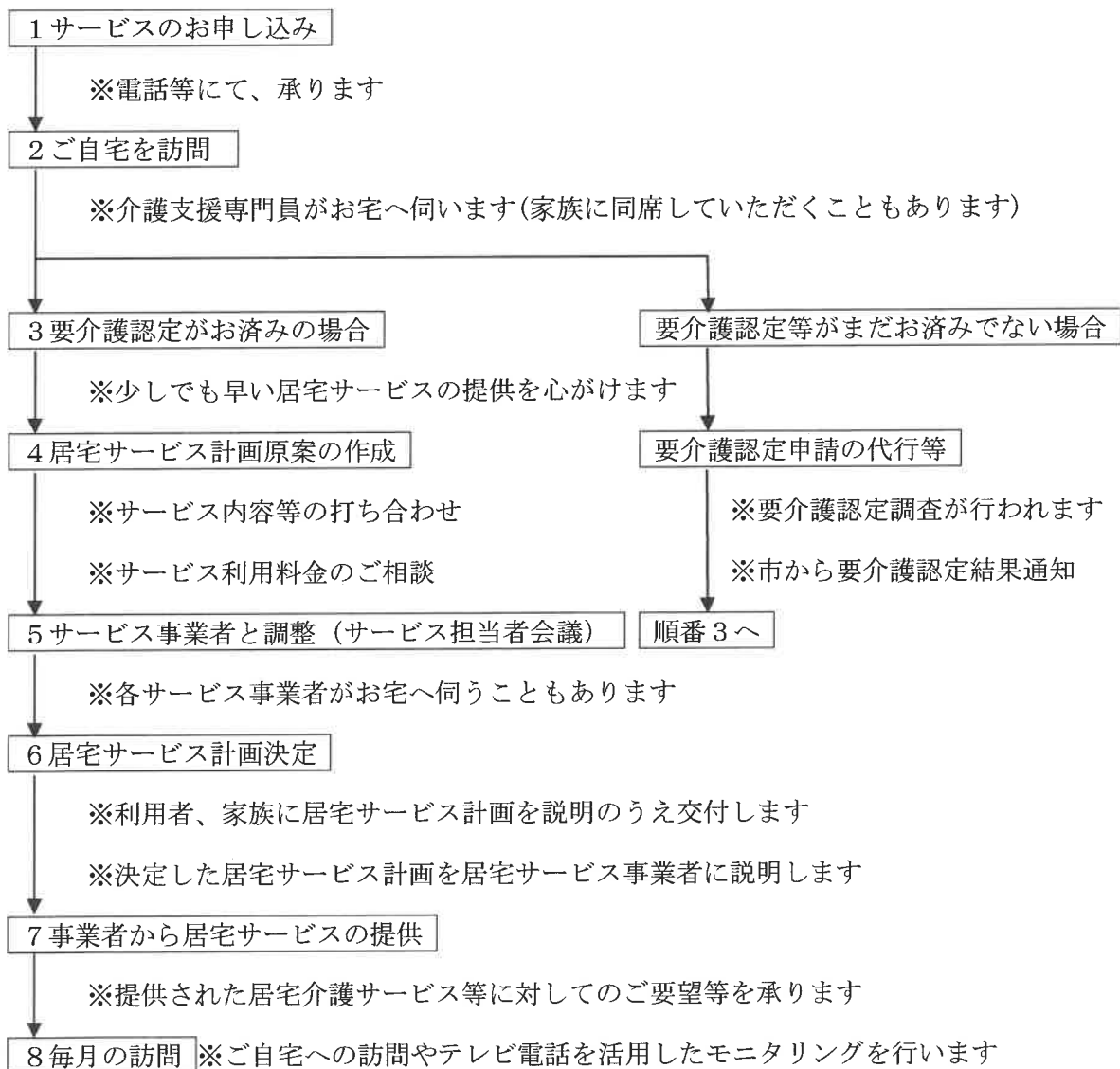
### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示に基づき、要介護状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。                   |
| 運営の方針 | 利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4. 提供するサービスの内容

- (1) 利用者のお宅を訪問し、心身の状態を適切な方法により把握の上、利用者自身や家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- (2) 利用者の居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、利用者とその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- (3) 必要に応じて、利用者と事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- (4) 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- (5) 当事業者に対して、特定の指定居宅サービス事業者だけではなく、複数の指定居宅サービス事業者を紹介するよう求めることができます。
- (6) 当事業者に対して、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由を求めることができます。
- (7) 要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- (8) 介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

#### 5. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れ



## 6. 営業日時

|        |                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------|
| 営業日    | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、祝日及び年末年始（12月29日から1月3日）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                                        |
| 連絡可能時間 | 24時間体制で対応しています。<br>※0296-44-6993へ10回以上呼び出しされると転送電話で対応します。 |

## 7. 事業所の職員体制

| 従業者の職種    | 員 数 |     |    |
|-----------|-----|-----|----|
|           | 常勤  | 非常勤 | 計  |
| 管理者       | 1人  |     | 1人 |
| 主任介護支援専門員 | 5人  | 0人  | 5人 |
| 介護支援専門員   | 0人  | 0人  | 0人 |

※管理者と主任介護支援専門員は兼務とします。

## 8. サービス提供の責任者

担当する介護支援専門員は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|            |  |
|------------|--|
| 介護支援専門員の氏名 |  |
|------------|--|

## 9. 身分証の携行

従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者または利用者の家族から提示を求められた時は身分証を提示します。

## 10. 利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、利用者の自己負担はありません。

ただし、事業者が法定代理受領を行わない場合、利用料全額を一旦お支払いいただくこととなります。この場合、「指定居宅介護（介護予防）支援提供証明書」等を交付しますので、「領収書」を添えて「介護保険居宅介護（予防）サービス費等支給申請」を行うことで支給されます。

### (1) 地域区分

下妻市は7級地該当となり、1単位当たりの単価は10,21円となります

### (2) 居宅介護支援の利用料

#### 【基本利用料】

| 取扱要件                                  | 単位数<br>(1か月あたり) |      | 利用者負担金     |         |
|---------------------------------------|-----------------|------|------------|---------|
|                                       |                 |      | 法定代理<br>受領 | 償還払い    |
| 居宅介護支援費 (i)<br>〈取扱件数が45件未満〉           | 要介護度1・2         | 1086 | 無 料        | 11,088円 |
|                                       | 要介護度3・4・5       | 1411 |            | 14,406円 |
| 居宅介護支援費 (ii)<br>〈取扱件数が45件以上<br>60件未満〉 | 要介護度1・2         | 544  |            | 5,554円  |
|                                       | 要介護度3・4・5       | 704  |            | 7,187円  |
| 居宅介護支援費 (iii)<br>〈取扱件数が60件以上〉         | 要介護度1・2         | 326  |            | 3,328円  |
|                                       | 要介護度3・4・5       | 422  |            | 4,308円  |

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類             | 加算の要件                                                                                           | 単位数              | 加算額    |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|
| 初回加算              | 新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅支援を提供した場合                                                     | 300単位<br>(1月あたり) | 3,063円 |
| 入院時情報<br>連携加算(I)  | 利用者が入院した当日のうちに、病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合                                                           | 250単位<br>(1月に1回) | 2,552円 |
| 入院時情報<br>連携加算(II) | 利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合                                                       | 200単位<br>(1月に1回) | 2,042円 |
| 通院時情報<br>連携加算     | 利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに、医師又は歯科医師等に対して必要な情報を提供するとともに、医師又は歯科医師等から必要な情報を受けて記録した場合        | 50単位<br>(1月に1回)  | 510円   |
| 退院・退所加算           | 病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって病院等の職員から必要な情報の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度) |                  |        |
|                   | 【(I) 1】<br>病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合                                                              | 450単位<br>(1回あたり) | 4,594円 |

|                         |                                                             |                  |        |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|--------|
|                         | 【(Ⅰ) 2】<br>病院等の職員からの情報収集をカンファレンスにより1回行っている場合                | 600単位<br>(1回あたり) | 6,126円 |
|                         | 【(Ⅱ) 1】<br>病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合                        | 600単位<br>(1回あたり) | 6,126円 |
|                         | 【(Ⅱ) 2】<br>病院等の職員からの情報収集を2回行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合  | 750単位<br>(1回あたり) | 7,657円 |
|                         | 【(Ⅲ)】<br>病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合  | 900単位<br>(1回あたり) | 9,189円 |
| ターミナルケア<br>マネジメント加算     | 在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケア方針に関するターミナルケアマネジメントを行った場合           | 400単位<br>(1月あたり) | 4,084円 |
| 緊急時等居宅<br>カンファレンス<br>加算 | 病院等の求めにより、医師等と共に居宅を訪問してカンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合 | 200単位<br>(1月に2回) | 2,042円 |
| 特定事業所<br>加算(Ⅱ)          | 主任介護支援専門員を1名以上配置し、質の高いケアマネジメントを実施できる体制を整える等、一定の要件の一部を満たした場合 | 421単位<br>(1月あたり) | 4,298円 |
| 特定事業所医療<br>介護連携加算       | 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定し、かつ、ターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること    | 125単位<br>(1月あたり) | 1,276円 |

【減算】以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

| 減算の種類              | 減算の要件                                                | 減算額               |         |
|--------------------|------------------------------------------------------|-------------------|---------|
| 運営基準減算             | 指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合                     | 上記基本利用料の50%       |         |
| 業務継続計画<br>未実施減算    | 感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための計画を未策定           | 所定単位数の1%          |         |
| 高齢者虐待防止措置<br>未実施減算 | 虐待の発生又はその再発生を防止するための措置が講じられていない場合                    | 所定単位数の1%          |         |
| 特定事業所集中減算          | 居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等について特定の事業者への集中率が、正当な理由なく80%を超える場合 | △200単位<br>(1月あたり) | -2,042円 |

### （３）支払い方法

上記の利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求（翌月１０日頃に郵送）しますので、原則、口座引落としにてお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、次月請求書と併せて送付します。

| 支払い方法  | 支払い要件等                                                                                                               |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座引落とし | サービスを利用した月の翌月の２０日（土日、祝日の場合は翌営業日）に、利用者が指定する口座より引落としします。                                                               |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の２０日（土日、祝日の場合は翌営業日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>常陽銀行 下妻支店(店番018) 普通口座 １３０５４７７<br>下妻社協ケアセンター 管理者 塚田耕一 |
| 現金払い   | サービスを利用した月の翌月の２０日（休業日の場合は翌営業日）までに、現金でお支払いください。                                                                       |

#### １１．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|                |                              |  |
|----------------|------------------------------|--|
| 利用者の主治医        | 医療機関の名称<br>氏名<br>所在地<br>電話番号 |  |
| 緊急連絡先<br>（家族等） | 氏名（利用者との続柄）<br>電話番号          |  |

#### １２．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、下妻市地域包括支援センター等及び下妻市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### １３．業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- （１）従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しています。
- （２）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### １４．身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- （１）身体拘束に関する担当者を選定しています。

|                |  |
|----------------|--|
| 身体拘束に関する担当者の氏名 |  |
|----------------|--|

- (2) 身体拘束禁止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 身体拘束禁止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、身体拘束についての定期的な研修を実施しています。
- (5) 緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 15. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|                |  |
|----------------|--|
| 虐待防止に関する担当者の氏名 |  |
|----------------|--|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを下妻市に通報します。

#### 16. 衛生管理について

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 衛生管理に関する担当者を選定しています。

|                |  |
|----------------|--|
| 衛生管理に関する担当者の氏名 |  |
|----------------|--|

- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について、従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業員に対して、感染症の予防及びまん延の防止のための研修を実施しています。
- (5) 感染症発生時に対しては、事業継続計画に基づいて対応します。

#### 17. サービス・契約の終了及び解除について

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が介護保険施設に入所した場合
- (2) 利用者の要介護認定区分が、自立または要支援と認定された場合
- (3) 利用者が死亡した場合
- (4) 実施地域より転出した場合、或いは実施地域外で居住する場合
- (5) その他

- ①利用者または、家族の非協力など双方の信頼関係を損壊する行為に、改善の見込みがない場合や、社会通念を超えたと思われる苦情やハラスメント行為などにより、当事業所及び従業員の通常の業務遂行に支障がでていると判断した場合には、下妻市長寿

支援課及び、下妻市地域包括支援センターへ相談を行い、契約を解除させて頂くことがあります。

②以下のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合契約を解除致します。

- ・暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける、手を払いのける等）
- ・セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等）
- ・その他（個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為）

## 18. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0296-44-6993 |
|         | 面接場所 当事業所の相談室     |

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                |                   |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 下妻市長寿支援課       | 電話番号 0296-43-2111 |
|        | 下妻市地域包括支援センター  |                   |
|        | 茨城県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 029-301-1565 |
|        | 茨城県運営適正化委員会    | 電話番号 029-305-7193 |
|        | 下妻市社会福祉協議会総務係  | 電話番号 0296-44-0142 |

## 19. 第三者評価による評価の実施

|                 |    |       |    |
|-----------------|----|-------|----|
| 第三者評価による評価の実施状況 | なし | 結果の公表 | なし |
|-----------------|----|-------|----|

## 20. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）介護支援専門員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 救急車への同乗
- ③ 入退院時の手続きや生活用品調達等の支援
- ④ 家事の代行業務
- ⑤ 直接の身体介護
- ⑥ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

（２）介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。

（４）病院や診療所に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先の病院等にお伝えください。

（５）法定研修等の実習受入れ体制を確保しています。同意をいただいたうえで研修生を同行訪問させていただく場合があります。

（６）見守りカメラの設置、介護支援専門員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に介護支援専門員本人の同意を受けてください。

尚、写真や動画撮影、録音等をSNS等に掲載することはお止めください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

|     |          |                  |
|-----|----------|------------------|
| 事業者 | 所在地      | 茨城県下妻市本城町2丁目22番地 |
|     | 事業者（法人）名 | 社会福祉法人下妻市社会福祉協議会 |
|     | 代表者職・氏名  | 会長 菊池 博 印        |
|     | 説明者・氏名   |                  |

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 利用者 | 住所  |   |
|     | 氏名  | 印 |
|     | 連絡先 |   |

|                |        |
|----------------|--------|
| 署名代行者（又は法定代理人） |        |
|                | 住所     |
|                | 本人との続柄 |
|                | 氏名     |
|                | 連絡先    |
|                | 印      |

|     |    |
|-----|----|
| 立会人 | 住所 |
|     | 氏名 |