

居宅介護・重度訪問介護・行動援護 契約書
別紙（兼重要事項説明書）①

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・重度訪問介護・行動援護 契約書

別紙（兼重要事項説明書）①

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに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、重度訪問介護、行動援護	
事業所の所在地	〒304-0821 茨城県下妻市別府545番地	
電話番号	0296-44-6993	
指定年月日・事業所番号	平成18年10月 1日 指定 平成30年10月 1日 更新	0811000017
管理者の氏名	塚田 耕一	
通常の事業の実施地域	下妻市、八千代町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づき利用者が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、適正な居宅介護サービス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を踏まえて、可能な限り居宅において、その者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた介護計画に基づき入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行う。 また、本事業実施地域の市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携等との連携をはかり、総合的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

居宅介護は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

① 身体介護	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、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
② 家事援助	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
③ 通院等介助	通院等又は官公署並びに相談支援事業所への移動(公的手続き又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る)のための屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。

5. 営業日時

営業日	日曜日から土曜日まで ただし、年末年始(1月1日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前7時30分から午後9時00分まで ただし、通常の営業時間は午前8時00分から午後6時00分まで
連絡可能時間	月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで ※上記以外の時は10回以上呼び出しされると転送電話で対応します。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 4人、 非常勤 2人
訪問介護員養成研修1級課程 介護職員基礎研修課程修了者 (介護職員実務者研修課程)	常勤 0人、 非常勤 0人
訪問介護員養成研修2級課程 (介護職員初任者研修課程)	常勤 0人、 非常勤 3人
訪問介護員養成研修3級課程	常勤 0人、 非常勤 0人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者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。

サービス提供責任者の氏名	
--------------	--

8. 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。

9. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担上限月額に応じた利用者負担の額（1割相当額の方が低い場合は1割の額までの負担）です。

ただし、障害福祉サービス受給者証の支給量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。

また、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、「サービス提供証明書」等を交付しますので、「領収書」を添えて下妻市に支給申請を行うことで利用者負担額を除く費用が支給されます。

(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10,18円となります

(2) 居宅介護サービスの利用料

【基本部分】※サービス内容が多数あるため一部のみ掲載

サービス区分	サービス内容	単位数	利用者負担(1割)
家事0.5	30分未満の家事援助	106単位 (1,079円)	107円(目安)
家事0.75	30分以上45分未満の家事援助	153単位 (1,557円)	155円(目安)
家事1.0	45分以上1時間未満の家事援助	197単位 (2,005円)	200円(目安)
家事1.25	1時間以上1時間15分未満の家事援助	239単位 (2,433円)	243円(目安)
家事1.5	1時間15分以上1時間30分未満の家事援助	275単位 (2,799円)	279円(目安)
1時間30分以上の家事援助		311単位に 15分増すごとに35単位を加算	
身体0.5	30分未満の身体介護	256単位 (2,606円)	260円(目安)
身体1.0	30分以上1時間未満の身体介護	404単位 (4,112円)	411円(目安)

身体1.5	1時間以上1時間30分未満 の身体介護	587単位 (5,975円)	597円(目安)
身体2.0	1時間30分以上2時間未満 の身体介護	669単位 (6,810円)	681円(目安)
身体2.5	2時間以上2時間30分未満 の身体介護	754単位 (7,675円)	767円(目安)
身体3.0	2時間30分以上3時間未満 の身体介護	837単位 (8,520円)	852円(目安)
3時間以上の身体介護		921単位に 30分増すごとに83単位を加算	
通院0.5	30分未満 の身体介護を伴わない通院等介助	106単位 (1,079円)	107円(目安)
通院1.0	30分以上1時間未満 の身体介護を伴わない通院等介助	197単位 (2,005円)	200円(目安)
通院1.5	1時間以上1時間30分未満 の身体介護を伴わない通院等介助	275単位 (2,799円)	279円(目安)
1時間30分以上の身体介護を伴わない通院等介助		345単位に 30分増すごとに69単位を加算	
通院0.5	30分未満 の身体介護を伴う通院等介助	256単位 (2,606円)	260円(目安)
通院1.0	30分以上1時間未満 の身体介護を伴う通院等介助	404単位 (4,112円)	411円(目安)
通院1.5	1時間以上1時間30分未満 の身体介護を伴う通院等介助	587単位 (5,975円)	597円(目安)
通院2.0	1時間30分以上2時間未満 の身体介護を伴う通院等介助	669単位 (6,810円)	681円(目安)
通院2.5	2時間以上2時間30分未満 の身体介護を伴う通院等介助	754単位 (7,675円)	767円(目安)
通院3.0	2時間30分以上3時間未満 の身体介護を伴う通院等介助	837単位 (8,520円)	852円(目安)
3時間以上の身体介護を伴う通院等介助		921単位に 30分増すごとに83単位を加算	
通院等乗降介助(1回につき)		102単位 (1,038円)	103円(目安)

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。

【割増料金】

営業時間(午前8時から午後6時)以外の利用は基本利用料が割増料金となります。

割増内容	対象時間	割増率
早朝割増	午前7時30分から午前8時00分まで	利用料金の25%
夜間割増	午後6時00分から午後9時00分まで	利用料金の25%

【加算】

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	加算の要件	単位数	利用者負担 (1割)
初回加算	新規に居宅介護計画等を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の居宅介護等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算されます。	200単位 (1月あたり)	203円
緊急時対応加算	居宅介護計画等に位置付けられていない居宅介護を利用者又はその家族等からの要請を受けてから24時間以内に行った場合に加算されます。	100単位 (1回あたり) ※月2回まで	101円
福祉専門職員等連携加算	サービス提供責任者と精神障害者等の特性に精通する国家資格を有する者が連携し、利用者の心身の状況等の評価を共同して行うことを評価し加算されます。	564単位 (1回あたり) ※90日間で3回まで	574円
喀痰吸引等支援体制加算	特定事業所加算（加算Ⅰ）の算定が困難な事業所に対して、喀痰の吸引等が必要な者に対する支援体制を評価し加算されます。	100単位 (1人1日あたり)	101円
利用者負担上限額管理加算	利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。	100単位 (1回あたり) ※1月1回まで	101円
特定事業所加算（Ⅱ）	サービス提供体制の整備、良質な人材の確保、重度障害者への対応に積極的に取り組む事業所のサービスを評価し加算されます。	所定単位数の 10.0% 所定単位数とは基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数	
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	賃金体系の整備や職員の教育、処遇改善の実施、そしてキャリアアップの仕組みを設けることなど職員の処遇改善を目的に設定された加算です。	所定単位数の 27.3%	
虐待防止措置未実施減算	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%	
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等の適正化を図るための措置が講じられていない場合	所定単位数の 1%	
業務継続計画未実施減算	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%	
情報公表未報告減算	利用者への情報公表や災害発生時の情報共有、財務状況の見える化の推進のために、WAM ネットに情報を公表していない場合	所定単位数の 5%	

(3) キャンセル料

サービス提供開始の1時間前以降に利用を中止（不在）された場合は、1回あたり600円のキャンセル料をご負担いただきます。

(4) 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、あなたが指定する口座より引落とします。
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。 常陽銀行 下妻支店(店番018) 普通口座 1305477 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。

10. 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 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

11. 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、下妻市福祉課障害福祉係等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 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、利用者に対するサービス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。

13. 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で開催し、その結果について従業者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) 従業者に対して、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。

14. 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で開催し、その結果について従業者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) 従業者に対して、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、当該事業所従業者又は養護者（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、これを下妻市福祉課障害福祉係等に通報します。

15. 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で開催し、その結果について、従業者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) 従業者に対して、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。

16. 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) 利用者が施設に入所又は入院した場合
- (2) 利用者について支給決定が受けられなかった場合
- (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、下妻市福祉課障害福祉係等へ相談を行い、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）

17. 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	下妻市福祉課障害福祉係	電話番号 0296-43-2111
	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

18. 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
-----------------	----	-------	----

19. 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) サービス提供の際、訪問介護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 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
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) サービス提供の際に使用させていただく物品の経年劣化による破損については、損害賠償の対象外となります。

(3) 訪訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(4) 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、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。

(5) 見守りカメラの設置、訪問介護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
	説明者職・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	印
	連絡先	

立会人	住所	
	氏名	