

# 障害福祉サービス

## 契約書別紙（兼重要事項説明書）

当事業所は利用者に対して、指定居宅介護、重度訪問介護及び同行援護サービスを提供します。

当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

### 1 サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 山口県盲人福祉協会
代表者氏名	理事長 安田 和正
所在地	山口県下関市関西町1番10号
電話番号	083-231-7114
FAX番号	083-231-8097

### 2 サービス提供を担当する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	ヘルパーセンター山風
下関市指定事業所番号	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 3513100036
事業所所在地	山口県下関市大字永田郷440-3
連絡先	電話：083-286-7115 FAX：083-286-6791
通常の事業の実施地域	下関市（離島を除く）

#### (2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	社会福祉法人 山口県盲人福祉協会が設置するヘルパーセンター山風（以下「事業所」という。）において実施する指定障害福祉サービス事業の居宅介護（以下「指定居宅介護」という。）、重度訪問介護（以下「指定重度訪問介護」という。）及び同行援護（以下「指定同行援護」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定居宅介護、指定重度訪問介護及び指定同行援護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の「人間らしい尊厳ある存在の回復」を目指して適正な指定居宅介護等を提供することを目的とする。
-------	---

運営方針	事業所のサービス提供員は、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行う。指定居宅介護等の実施に当たっては、関係市町、指定障害福祉サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスの事業者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
------	---

### (3) 営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯

営業日 及び 営業時間	○平日 午前8時30分～午後5時 ○営業しない日 土曜日・日曜日・12月29日～1月3日 ○電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする
-------------------	--

### (4) 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行う。	常勤職員 1名
サービス提供責任者	居宅介護計画、重度訪問介護計画及び同行援護計画（以下「居宅介護計画等」という。）の作成の業務のほか、事業所に対する居宅介護等の利用の申込に係る調整、サービス提供員に対する技術指導、サービスの内容の管理等を行う。	常勤職員 3名
サービス提供員	居宅介護計画等に基づきサービスの提供を行う。	常勤及び非常勤職員 15名以上 (同行援護 30名以上)

## 3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
居宅介護計画等の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた居宅介護計画等を作成し、必要に応じて見直しを行います。

身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	入浴介助・清拭	衣服着脱、入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他	褥瘡（床ずれ）防止等のために体位変換や洗顔、歯磨き等の日常生活を営むために必要な身体介護を行います。
家事援助	調理	利用者の食事の用意を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	その他	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 預貯金の引き出し、預け入れは行いません。
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。	
重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常時介護を必要とする方に、居宅において入浴・排せつ・食事等の介護サービスや調理・洗濯・掃除等の家事援助、その他の生活全般にわたる見守り等の支援を行います。	
同行援護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む）を行います。</li> <li>・移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護を行います。</li> <li>・排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助を行います。</li> </ul>	
その他生活等に関する相談や助言をいたします。		

## （２）サービスの料金と利用者負担額について

介護給付費によるサービスを提供した際は、事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の１割を上限）を事業者にお支払いいただきます。また、提供時間が支給量を超える場合は、1,500円/1時間の実費を請求させていただきます。予めご了承ください。

サービスの種類時間等		利用料	自己負担額上限
身体介護	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円

	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
	2時間30分以上3時間未満	8,370円	837円
	3時間以上	9,210円	921円
	3時間以上30分増すごとに加算	830円	83円
(身体介護を伴う場合) 通院等介助	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
	2時間30分以上3時間未満	8,370円	837円
	3時間以上	9,210円	921円
	3時間以上30分増すごとに加算	830円	83円
家事援助	30分未満	1,060円	106円
	30分以上45分未満	1,530円	153円
	45分以上1時間未満	1,970円	197円
	1時間以上1時間15分未満	2,390円	239円
	1時間15分以上1時間30分未満	2,750円	275円
	1時間30分以上	3,110円	311円
	1時間30分以上15分増すごとに加算	350円	35円
(身体介護を伴わない場合) 通院等介助	30分未満	1,060円	106円
	30分以上1時間未満	1,970円	197円
	1時間以上1時間30分未満	2,750円	275円
	1時間30分以上	3,450円	345円
	1時間30分以上30分増すごとに加算	690円	69円
重度訪問介護Ⅱ	1時間未満	1,860円	186円
	1時間以上1時間30分未満	2,770円	277円
	1時間30分以上2時間未満	3,690円	369円
	2時間以上2時間30分未満	4,610円	461円
	2時間30分以上3時間未満	5,530円	553円
	3時間以上3時間30分未満	6,440円	644円
	3時間30分以上4時間未満	7,360円	736円
	4時間以上8時間未満	30分増すごとに850円加算	30分増すごとに85円加算

	8 時間以上 12 時間未満	30 分増すごとに 850 円加算	30 分増すごとに 85 円加算
	12 時間以上 16 時間未満	30 分増すごとに 810 円加算	30 分増すごとに 81 円加算
	16 時間以上 20 時間未満	30 分増すごとに 860 円加算	30 分増すごとに 86 円加算
	20 時間以上 24 時間未満	30 分増すごとに 800 円加算	30 分増すごとに 80 円加算
同行援護	30 分未満	1,910 円	191 円
	30 分以上 1 時間未満	3,020 円	302 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	4,360 円	436 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	5,010 円	501 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	5,660 円	566 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	6,320 円	632 円
	3 時間以上	6,970 円	697 円
	3 時間以上 30 分増すごとに加算	660 円	66 円

◆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、またはサービス提供員に同行した場合に加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
初回加算	2,000 円	200 円	1 月あたり

◆サービス提供の時間帯により料金が加算されます。

提供時間帯名	早 朝	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前 6 時～午前 8 時	午後 6 時～午後 10 時	午後 10 時～午前 6 時
加算割引	25%増し	25%増し	50%増し

◆同行援護サービスをご利用の場合、障害支援区分により料金が加算されます。

障害支援区分 3	20%増し
障害支援区分 4 以上	40%増し

### (3) その他

キャンセル	キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。 連絡先： 083-286-7115	
<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用</li> <li>家事援助に係る買い物等で利用者宅から目的地までの公共交通機関を利用した場合の交通費</li> </ul>	利用者の別途負担となります。	

#### 4 利用料の請求および支払い方法について

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日までに請求しますので、翌月 25 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(ア)現金支払い(集金に伺います)

(イ)事業所指定口座への振り込み

お支払いを確認しましたら、領収書を発行します。

#### 5 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

##### (1) 利用者のかかりつけ医療機関

医療機関名		診療科	
所在地			
主治医		電話番号	

##### (2) 緊急連絡先(ご家族)

連絡先	氏名:	(続柄)
	所在地:	(携帯)

#### 6 事故発生時の対応方法について

サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、担当の相談支援事業所及び下関市等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 7 損害賠償責任保険

保険会社	あいおいニッセイ同和損保
保険内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険

#### 8 サービス内容に関する苦情相談窓口

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

受付窓口	苦情解決責任者 安田 和正 理事長
	窓口担当者 植田 清美 サービス提供責任者(083-286-7115)
	第三者委員 中田 テツ子 市社協評議委員 (083-258-4443)
	ご利用時間 平日 午前8時30分から午後5時 (12/29~1/3を除く)
場 所	春光苑 面会室

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

下関市役所 障害者支援課	所在地	下関市南部町1番1号
	窓口受付時間	平日 午前9時から午後4時30分
	電話対応時間	平日 午前8時から午後5時15分
	電話番号	083-231-1920 (直通) (土、日、祝日年末年始を除く)

(3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施なし

## 9 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、サービス提供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。
- (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相談支援事業所又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 10 契約支給量

サービス名	契約支給量
居宅介護（居宅家事援助）	
重度訪問介護	
同行援護（基本）	時間/月

令和 年 月 日

指定障害福祉サービスの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

事業所名称 ヘルパーセンター山風

代表者氏名 社会福祉法人 山口県盲人福祉協会  
理事長 安田 和 正 印

説明者名 サービス提供責任者 植田 清美 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービスの提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。また、私及び家族の個人情報について、下記の目的のため必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

《使用する目的》

- ① 利用者の有する問題点や、解決すべき課題が生じた場合、他の事業者等と共有し、問題の解決・軽減を図るため。
- ② 必要なサービスが確保されるための各機関との連絡調整のため。

利用者住所

利用者氏名 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者住所

代筆者氏名 印

続 柄