

居宅介護支援 契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、胎内市条例の規定に基づき、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 二王子会
主たる事務所の所在地	〒959-2452 新潟県新発田市上館520番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 笹川 康夫
設立年月日	昭和 59 年 8 月 9 日
電話番号	0254-23-3166

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	居宅支援 しろとり	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒959-2656 新潟県胎内市西本町11番27号	
電話番号	0254-43-7273	
指定年月日・事業所番号	平成 17 年 1 月 1 日指定	1572500039
管理者の氏名	緒形 百恵	
通常の事業の実施地域	胎内市、新発田市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、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します。
運営の方針	事業者は、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

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご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。
- あなた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、あなたとその家族、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。

- 必要に応じて、あなた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。
- 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、適切に対応します。
- あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが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. 営業日時

営業日	日曜日、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除く毎日
営業時間	平日 午前8時30分から午後5時30分まで 土曜日 午前8時30分から午後12時30分まで ただし、利用者の希望に応じて、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	員 数		
	常勤	非常勤	計
介護支援専門員	4人	0人	4人

その他、事務職員を必要数置きます。

7. 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、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は指定居宅介護支援提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口に指定居宅介護支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

（1）居宅介護支援の利用料

【基本利用料】

取扱要件	利用料 (1ヵ月あたり)		利用者負担金	
			法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
居宅介護支援費 I (i) 〈取扱件数が45件未満〉	要介護度1・2	10,860円	無料	10,860円
	要介護度3・4・5	14,110円		14,110円
居宅介護支援費 I (ii) 〈取扱件数が45件以上 60件未満〉	要介護度1・2	5,440円	無料	5,440円
	要介護度3・4・5	7,040円		7,040円
居宅介護支援費 I (iii) 〈取扱件数が60件以上〉	要介護度1・2	3,260円	無料	3,260円
	要介護度3・4・5	4,220円		4,220円

取扱要件	利用料 (1カ月あたり)		利用者負担金	
			法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
居宅介護支援費Ⅱ (i) <取扱件数が50件未満>	要介護度1・2	10,860円	無料	10,860円
	要介護度3・4・5	14,110円		14,110円
居宅介護支援費Ⅱ (ii) <取扱件数が50件以上 60件未満>	要介護度1・2	5,270円	無料	5,270円
	要介護度3・4・5	6,830円		6,830円
居宅介護支援費Ⅱ (iii) <取扱件数が60件以上>	要介護度1・2	3,160円	無料	3,160円
	要介護度3・4・5	4,100円		4,100円

※ ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置を行っている場合

(注1) 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訂されます。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	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（1月につき）	3,000円
入院時情報連携加算	利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合（1月につき1回を限度） ① 入院時情報連携加算（I） 入院した日の内に情報を提供した場合。なお、入院の日以前に情報提供した場合及び営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合であって、当該入院した日の翌日に情報提供した場合も含む。 ② 入院時情報連携加算（II） 入院した日の翌日又は翌々日に情報を提供した場合。なお、営業時間終了後に入院した場合であって、当該入院した日から起算して3日目が営業日以外の日に当たるときは、営業日以外の日の翌日に情報提供した場合も含む。 ※加算Iと加算IIのいずれか一方のみを算定できる。	① 2,500円 ② 2,000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） ① 退院・退所加算（I）イ 必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法に	① 4,500円 ② 6,000円 ③ 6,000円 ④ 7,500円 ⑤ 9,000円

	<p>より1回受けている</p> <p>② 退院・退所加算（I）□ 必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けている</p> <p>③ 退院・退所加算（II）イ 必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けている</p> <p>④ 退院・退所加算（II）ロ 必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによる</p> <p>⑤ 退院・退所加算（III） 必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによる</p> <p>※いずれかの加算を算定できる。また、初回加算を算定する場合は算定できない。</p>	
通院時情報連携加算	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同席し、医師又は歯科医師等に対して必要な情報を提供し、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録をした場合（1月に1回を限度）	500 円
緊急時等居宅カンファレンス加算	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（1月に2回を限度）	2,000 円
ターミナルケアマネジメント加算	当該加算の体制要件を満たし、在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者の居宅を訪問し心身の状況等を記録し医師等に提供した場合	4,000 円
特定事業所加算（I）	主任介護支援専門員を2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、一定の要件を全て満たした場合	5,190 円
特定事業所加算（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 <u>一部</u> を満たした場合	4,210 円
特例事業所加算（III）	主任介護支援専門員を配置し、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 <u>一部</u> を満たした場合	3,230 円
特例事業所加算（A）	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 <u>一部</u> を満たした場合	1,140 円
特定事業所医療介護連携加算	特定事業所加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを算定し、当該加算の算定要件の回数を満たした場合	1,250 円

特別地域 居宅介護支援加算	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本利用料の15%
小規模事業所加算	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が20名以下の小規模事業所である場合	上記基本利用料の10%
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算	中山間地域（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の5%

【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	<p>指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、次の要件に該当した場合</p> <p>① 1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者およびその家族に面接していない場合又は利用者等の同意を得て2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して行っていない場合</p> <p>② サービス担当者会議の開催等を行っていない場合</p> <p>③ ケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に説明し、文書による同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者および担当者に交付していない場合</p> <p>④ モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続している場合</p> <p>⑤ 利用者やその家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることを説明しなかった場合</p>	上記基本利用料の50% (2月以上継続の場合100%)
同一建物減算	事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者又は事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く）に居住する利用者に対してサービスを行った場合	上記基本利用料の95%
高齢者虐待防止 措置未実施減算	高齢者虐待防止のための委員会を定期的に開催していない、指針の整備や研修を実施していない又は担当者を置いていない事実が生じた場合	上記基本利用料の1%
業務継続計画 未策定減算	感染症もしくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合	上記基本利用料の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	2,000 円
-----------	---	---------

(2) 支払い方法

上記の利用料は、1 カ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
<input type="checkbox"/> 現金窓口払い	サービスを利用した月の翌月末日までに、現金でお支払いください。
<input type="checkbox"/> 金融機関に対する振り込み (郵便局)	サービスを利用した月の翌月末日までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 00560-7-64382
<input type="checkbox"/> 金融機関口座からの引き落とし	サービスを利用した月の翌月に金融機関の指定日にあなたが指定する口座より引き落とします。

8. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援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、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 虐待防止のための措置

虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

10. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

氏名：_____

連絡先（電話番号）： 0254-43-7273

11. 苦情相談窓口

- (1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

事業所相談窓口	電話番号 0254-43-7273 面接場所 当事業所の相談室
窓口開設時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
苦情解決責任者	緒形 百恵 (管理者)
苦情受付責任者	片野 絵美 (相談主任)
苦情解決第三者委員	稻田 健一 TEL 0254-27-1221 阿部 正隆 TEL 0254-22-0127

※ 苦情申立は、面接・電話・書面にて随時受付します。責任者、第三者委員又は職員に申し出ください。第三者委員は、公平な立場で苦情解決にむけ助言をいたします。

(2) 上記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	胎内市介護保険係	電話番号 0254-43-6111
	新発田市高齢福祉課	電話番号 0254-22-3030
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

12. 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) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 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。
- (3) 入院時には、担当の介護支援専門員名等を入院先医療機関に提供するようにお願いいたします。
- (4) 医療系サービスの利用を希望している場合等は、主治の医師等に居宅サービス計画を交付することになります。
- (5) 訪問介護事業所等から伝達された口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に把握した状態等について、主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝えさせていただきます。
- (6) 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りいたします。職員へのハラスメント等により、契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力ををお願いいたします。

13. サービスの利用割合

当事業所の居宅サービス計画（ケアプラン）の訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

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	新潟県新発田市上館 520 番地 1	
事業者名	社会福祉法人 二王子会	
代表者職・氏名	理事長	笹川 康夫
説明者職・氏名	印	

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。

ご 利 用 者

住　　所	印
氏　　名	

ご家族又は署名代行者

住　　所	印
氏　　名	