

居宅介護支援重要事項説明書（契約書別紙）

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、厚生労働省令の規定に基づき、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 八海福祉会
主たる事務所の所在地	〒949-7245 南魚沼市穴地14番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 若井 博
設立年月日	平成23年 6月16日
電話番号	025-780-1155

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	雪椿の里居宅介護支援事業所	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒949-7245 南魚沼市穴地14番地1	
電話番号	025-780-1155	
指定年月日・事業所番号	平成24年12月 1日指定	1572400925
管理者の氏名	駒形 由紀子	
通常の事業の実施地域	南魚沼市	

3. 提供するサービスの内容

- (1) 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。
- (2) 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結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、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。
- (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) 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。
- (6) 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。

4. サービスの取扱い方針

- (1) 居宅介護支援の提供に当たっては、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に配慮して行います。
- (2) 居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。

- (3) 居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。また、利用者は複数の事業所の紹介やケアプランに位置付けた理由を求めることができます。
- (4) 居宅介護支援の提供に当たっては、市町村、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。
- (5) 居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- (6) 居宅介護支援の提供に当たっては、自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31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30分まで

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	1 人	人	1 人

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、所在市町村窓口にて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	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

(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（Ⅰ）	利用者が病院等に入院する際に必要な情報を入院当日に提供した場合	2,500円
入 院 時 情 報 連 携 加 算（Ⅱ）	利用者が病院等に入院する際に、必要な情報を3日以内に提供した場合	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	3,000円
小規模多機能型居宅 介護事業所連携加算	利用者が小規模多機能型居宅介護事業所を利用するに当たって必要な情報を提供し、小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合	3,000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
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%

(2) 支払い方法

上記の利用料は、1ヵ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
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）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。 第四北越銀行 六日町中央支店 普通口座 1368571
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は、直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

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. 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： 駒形 由紀子

連絡先（電話番号）： 025-780-1155

10. 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 025-780-1155 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

- (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	南魚沼市介護保険課	電話番号 025-773-6675
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

11. 虐待防止のための措置

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための体制として虐待防止検討委員会を定期的開催し、結果について職員への周知徹底を図るとともに、責任者と選任の担当者を置きます。
- (2) 虐待防止のための指針を整備し、職員研修に関する基本方針を規定の上、全職員を対象に年2回以上の研修を実施します。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) 事業者は、従業者又は養護者（現に養護している家族、親族、同居人等）により虐待を受けたと思われる利用者を発見したときは、速やかに市町村等に通報します。

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。

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 住 所 新潟県南魚沼市穴地14番地1
事業者（法人）名 社会福祉法人八海福社会
代表者職・氏名 理 事 長 若 井 博 印
説明者職・氏名 介護支援専門員 駒形 由紀子 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。

利 用 者 住 所
氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）
住 所
氏 名 印
本人との続柄

立 会 人 住 所
氏 名 印