

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、十日町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 やまびこ
主たる事務所の所在地	〒948-0051 新潟県十日町市寿町1丁目1番地12
代表者（職名・氏名）	理事長 根津 政雄
設立年月日	平成10年10月23日
電話番号	025-750-1515

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	居宅介護支援センターやまびこ	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒948-0051 新潟県十日町市寿町2丁目1番地1	
電話番号	025-750-1516	
指定年月日・事業所番号	平成11年10月29日指定	1571000064
管理者の氏名	大倉智明	
通常の事業の実施地域	十日町市	

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、適切に対処します。
- 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。
- 当事業者に対して、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由をもとめることができます。
- 当事業所の居宅サービス計画の訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型 通所介護の利用状況は別紙のとおりです。（別紙参照）
- 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	月曜日から土曜日まで（1月1日を除く）
営業時間	午前8時30分から午後5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
管理者	1人	人	1人
主任介護支援専門員を含む介護支援専門員	2人以上	人	2人以上

※管理者と主任介護支援専門員は兼務とします。

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】

居宅介護支援費 I	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) <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 (ii) <取扱件数が45件以上 60件未満>	要介護度1・2	5,440円		5,440円
	要介護度3・4・5	7,040円		7,040円
居宅介護支援費 (iii) <取扱件数が60件以上>	要介護度1・2	3,260円		3,260円
	要介護度3・4・5	4,220円		4,220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）	利用者が入院した日のうちに、病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合 ※入院日以前の情報提供を含む ※営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日を含む （1月につき1回を限度）	2,500円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	利用者が入院した日の翌日または翌々日に病院等の職員に対し必要な情報を提供した場合（1月につき1回を限度）	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）	
	【（Ⅰ）イ】 病院等の職員からの情報収集をカンファレンス以外の方法で1回行っている場合	4,500円
	【（Ⅰ）ロ】 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	6,000円
	【（Ⅱ）イ】 病院等の職員から情報収集をカンファレンス以外の方法で2回行っている場合	6,000円
	【（Ⅱ）ロ】 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	7,500円
	【（Ⅲ）】 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	9,000円
通院時情報連携加算	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に必要な情報を提供また医師等から受けた情報をケアプランに記録した場合	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	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利用者またはその家族の意向を把握したうえで、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス事業者に提供した場合（1月につき）	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 <u>全て</u> 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
特定事業所 加算(Ⅲ)	主任介護支援専門員1名以上を配置し、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
特定事業所 加算A	主任介護支援専門員を常勤1名以上、非常勤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	1,140円
特定事業所医療 介護連携加算	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、医療機関との連携に関する取組を積極的に行っている場合	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	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%（2月以上継続の場合100%）
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
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生またはその再発を防止するための措置（虐待の発生またはその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合	所定単位数の100分の1に相当する単位数
業務継続計画未策定減算	感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び自然災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合 ※令和7年4月1日から適用	所定単位数の100分の1に相当する単位数

（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	・口座振替 ・現金 ・お振込み
-------	---------------------------

取扱金融機関

J Aバンク新潟県信連（J Aバンク各支店） ※魚沼農業協同組合（各支店）	
銀行	第四北越銀行、大光銀行
信用金庫	新潟信用金庫、長岡信用金庫、三条信用金庫、新発田信用金庫、柏崎信用金庫 上越信用金庫、新井信用金庫、村上信用金庫、加茂信用金庫
信用組合	新潟県信用組合、興栄信用組合、新栄信用組合、さくらの街信用組合 協栄信用組合、三條信用組合、巻信用組合、新潟大栄信用組合、塩沢信用組合、糸魚川信用組合
労働金庫	新潟県労働金庫

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： _____

連絡先（電話番号）： 025-750-1516 _____

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 025-750-1516 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	十日町市市民福祉部福祉課介護保険係	電話番号 025-757-3757
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

11. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価 の実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

12. 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の開催
- (4) 虐待防止担当者の配置

13. 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービス提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

14. 感染症の発生及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策のための委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修の実施

15. 身体拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。身体拘束を行い場合には、その様態及び時間、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を記録します。

16. 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) 病院や診療所に入院する必要がある場合は「9. 担当の介護支援専門員」に記載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伝えていただきますようお願いいたします。
- (4) 下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解、ご了承ください。
 - ①暴力または乱暴な言動、無理な要求
 - ・物を投げつける
 - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
 - ・怒鳴る、奇声、大声を発する
 - ・対象範囲外のサービスの強要
 - ②セクシュアルハラスメント
 - ・介護従事者の体を触る、手を握る
 - ・腕を引っ張り抱きしめる
 - ・ヌード写真を見せる
 - ・性的な話、卑猥な言動をする など
 - ③その他
 - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
 - ・ストーカー行為 など

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 新潟県十日町市寿町1丁目1番地12

事業者（法人）名 社会福祉法人 やまびこ

代表者職・氏名 理事長 根津政雄 印

説明者職・氏名 介護支援専門員 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 十日町市

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