指定居宅介護支援

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、出雲崎町指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める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　中越老人福祉協会
主たる事務所の所在地	〒949-4353　新潟県三島郡出雲崎町大字川西660番地1
代表者（職名・氏名）	理事長　棚橋　二三男
電話番号・ＦＡＸ番号	ＴＥＬ　0258-78-3311　／　ＦＡＸ　0258-78-3124

２．事業所の概要

事業所の名称	特別養護老人ホーム　やすらぎの里	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒949-4353　新潟県三島郡出雲崎町大字川西660番地1	
電話番号・ＦＡＸ番号	ＴＥＬ　0258-78-3715　／　ＦＡＸ　0258-78-3124	
指定年月日・事業所番号	平成11年７月30日指定	１５７５５０００５１
管理者の氏名	本多　瑞穂	
通常の事業の実施地域	出雲崎町・長岡市（和島支所管内）・柏崎市（西山町事務所管内）	

３．営業日時

営業日	年中無休
営業時間	８：１５　～　１７：１５ ※２４時間常時連絡体制を整えています。 但し、上記の時間以外は「やすらぎの里」へ電話が転送になり、「やすらぎの里」の職員が連絡を受け、必要な対応を行います。

４．事業所の職員体制

配　置	員　数	職　種
管理者	１人以上	主任介護支援専門員
主任介護支援専門員	１人以上	主任介護支援専門員
介護支援専門員	２人以上	介護支援専門員

５．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、適切なサービス提供に努めます。

６．提供するサービスの内容

○　あなたの心身の状態を適切な方法により把握し分析の上、あなたとご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画書（ケアプラン）」を作成いたします。
○　あなたの居宅サービス計画書原案に位置づけた指定居宅サービス事業所等の担当者による会議を開き、または担当者に照会を行い、原案について専門的な見地からの意見をいただき、見直しをいたします。
○　あなたの意思に基づいた契約であることを確保するため、あなたやご家族に対して、居宅サービス計画書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や位置付けた理由を求めることが可能であることを説明いたします。
○　居宅サービス計画書の内容をあなたとご家族に説明し書面により同意を頂き、あなたと指定居宅サービス事業所等の担当者へ交付いたします。
○　あなたのお宅を少なくとも月1回以上訪問し、居宅サービス計画書に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとご家族、指定居宅サービス事業所等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画書の実施状況を把握いたします。必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画書を変更いたします。
○　指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業所等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処いたします。
○　あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いいたします。
○　あなたが介護保険施設等に入所を希望される場合、その仲介をいたします。
○　入院時に、担当介護支援専門員の氏名等を伝えてください。入院先医療機関に情報提供いたします。

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、居宅介護支援の料金を全額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。

【基本利用料】居宅介護支援費（Ⅰ）

取扱い件数区分	料金(単位数)	
	要介護１・２	要介護３～５
居宅介護支援（ⅰ） ※介護支援専門員１人あたりの利用者４５件未満	１０，８６０円／月 (1,086 単位)	１４，１１０円／月 (1,411 単位)
居宅介護支援（ⅱ） ※介護支援専門員１人あたりの利用者６０件未満	５，４４０円／月 (544 単位)	７，０４０円／月 (704 単位)
居宅介護支援（ⅲ） ※介護支援専門員１人あたりの利用者６０件以上	３，２６０円／月 (326 単位)	４，２２０円／月 (422 単位)

（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、基本利用料に以下の料金が算定されます。

加算の種類	算定要件	料金(単位数)
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	３，０００円／月 (300単位)
入院時情報連携加算（Ⅰ）	入院した日のうちに、必要な情報を提供した場合 （１月につき１回を限度）	２，５００円／月 (250単位)
入院時情報連携加算（Ⅱ）	入院した日の翌日又は翌々日に、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／月 (200単位)

退院・退所加算 （Ⅰ）イ	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書を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合（情報収集１回）	４，５００円／回 (450単位)
退院・退所加算 （Ⅰ）ロ	病院でカンファレンスに参加した場合	６，０００円／回 (600単位)
退院・退所加算 （Ⅱ）イ	カンファレンス以外で、必要な情報の提供を２回以上受けた場合	６，０００円／回 (600単位)
退院・退所加算 （Ⅱ）ロ	必要な情報の提供を２回受けた内の１回以上はカンファレンスに参した場合	７，５００円／回 (750単位)
退院・退所加算 （Ⅲ）	必要な情報の提供を３回受けた内の１回以上はカンファレンスに参加した場合	９，０００円／回 (900単位)
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／回 (200単位)
通院時情報連携加算	利用者が診察を受ける際に同席し、情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画書に記録した場合 （１月につき１回を限度）	５００円／月 (50単位)
特定事業所 加算（Ⅰ）	常勤の主任介護支援専門員を２名以上、介護支援専門員を３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／月 (519単位)
特定事業所 加算（Ⅱ）	常勤の主任介護支援専門員を１名以上、介護支援専門員を３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、一定の要件の一部を満たした場合	４，２１０円／月 (421単位)
特定事業所 加算（Ⅲ）	常勤の主任介護支援専門員を１名以上、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、一定の要件の一部を満たした場合	３，２３０円／月 (323単位)

特定事業所 加算（Ａ）	常勤の主任介護支援専門員を１名以上、介護支援専門員を常勤１名、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、一定の要件の一部を満たした場合	１，１４０円／月 （114単位）
特定事業所医療介護 連携加算	特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ａ）のいずれかを算定し、一定の要件を満たした場合	１，２５０円／月 （125単位）
ターミナル ケアマネジメント加算	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、在宅で死亡した利用者に対して、所定の要件を満たした場合	４，０００円／月 （400単位）
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％
中山間地域等における小規模事業所加算	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、通常の事業の実施地域外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％
介護職員等処遇改善加算	介護職員等の処遇改善に関する計画を作成し、ケアプランデータ連携システムの活用、職員の資質向上、職場環境の改善等、厚生労働大臣が定める基準に適合する場合	上記基本利用料＋各種加算減算の２．１％

【減算】以下の要件に該当する場合、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	利用者やご家族に対して、利用者は居宅サービス計画書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、当該事業所を居宅サービス計画書に位置付けた理由を求めることが可能であることの説明を行わなかった場合	上記基本利用料の ５０％
		運営基準減算が２ヶ月以上継続している場合、算定しない

特定事業所 集中減算	正当な理由なく、前６月間に作成した居宅サービス計画書に位置付けされた訪問介護サービス等の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が８０％を超えている場合 【対象サービス】 訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与	２，０００円 (200 単位)
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、業務継続計画を策定していない場合 当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなかった場合 ※令和 7 年 3 月 31 日までの間、減算適用しない	上記基本利用料の １．０％
高齢者虐待防止 措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合 ・対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ること ・指針を整備すること ・研修を定期的に実施すること ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと	上記基本利用料の １．０％

８．同一事業所の利用割合について

当事業所で作成された、居宅サービス計画書に位置付けたサービス(訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与)のうち、定められた期間のサービス割合について十分説明を行い、理解を得るよう努めます。

９．緊急体制について

訪問時、あなたの体調等が急に変化した際は、速やかに主治医及びご家族に連絡し必要な対応をとります。

１０．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、速やかにあなたのご家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．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）担当介護支援専門員の交替

① 担当する介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該の介護支援専門員が業務上、不適当と認められる事情その他の交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して担当の介護支援専門員の交替を申し出ることができます。

② 事業所の都合により、担当の介護支援専門員を交替することがあります。担当の介護支援専門員を交替する場合はあなた及びご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう充分配慮します。

（２）担当の介護支援専門員にまつわる個人情報を伝えることはできません。また、あなたが直接、介護支援専門員の自宅に連絡を行うこと、訪問することもできません。用がある時は、やすらぎの里居宅介護支援事業所まで連絡ください。

（３）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。

（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時は、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へご連絡ください。

１２．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）：　０２５８－７８－３７１５

１３．苦情相談窓口

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書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。
受付担当者が窓口となり電話、書面などにより随時受付をいたします。

苦情相談窓口	社会福祉法人　中越老人福祉協会 特別養護老人ホーム　やすらぎの里
苦情解決責任者	やすらぎの里　園長　　多田　利行
苦情受付担当者	管理者　　本多　瑞穂
住所・電話番号	〒949-4353 新潟県三島郡出雲崎町大字川西 660 番地 1 ＴＥＬ　0258-78-3715　／　ＦＡＸ　0258-78-3124

また、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	出雲崎町 （保健福祉課介護高齢係）	電話番号　０２５８－７８－３１１１
	長岡市（介護保険課）	電話番号　０２５８－７４－３１１１
	柏崎市（介護高齢課）	電話番号　０２５７－２３－５１１１
	新潟県福祉サービス運営適正化委員会	電話番号　０２５－２８１－５６０９
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号　０２５－２８５－３０２２

事業者は、あなたへのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事　業　者　　住　所　新潟県三島郡出雲崎町大字川西 660 番地 1
事業者　社会福祉法人　中越老人福祉協会
特別養護老人ホーム　やすらぎの里
理事長　　棚橋　二三男　　印

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。

利　用　者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名代理人（又は法定代理人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人との続柄　　）