

居宅介護支援 契約書別紙（兼重要事項説明書）

利用者に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、佐渡市条例の規定に基づき、当事業者が利用者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 佐渡ふれあい福祉会
主たる事務所の所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 越渡 佳弘
設立年月日	平成17年6月1日
電話番号	0259-63-2300

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 高千の里	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒952-2214 新潟県佐渡市高千1048番地1	
電話番号	0259-61-6100	
指定年月日・事業所番号	平成17年9月1日指定	1572200820
管理者の氏名	石見 敦子	
通常の事業の実施地域	佐渡市	

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

- 利用者のお宅を訪問し、利用者の心身の状態を適切な方法により把握の上、利用者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。

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事が可能です。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能です。

- 利用者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、利用者とその家族、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。
- 必要に応じて、利用者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。
- 利用者の要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- 利用者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（ただし、1月1日より3日を除く。）
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
主任介護支援専門員	1人以上	—	1人以上
介護支援専門員	—	1人以上	1人以上

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、利用者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）

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） <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

居宅介護支援費（Ⅱ）一定の情報通信機器の活用または事務職員の配置

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） <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） <取扱件数が50件以上 60件未満>	要介護度1・2	5,270円		5,270円
	要介護度3・4・5	6,830円		6,830円
居宅介護支援費（ⅲ） <取扱件数が60件以上>	要介護度1・2	3,160円		3,160円
	要介護度3・4・5	4,100円		4,100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、病院等 に入院したその日のうちに情報提供 を行った場合（提供方法は問わない ）	2, 5 0 0 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、入院 した日の翌日又は翌々日に情報提供 を行った場合（提供方法は問わない）	2, 0 0 0 円	
退院・退所加算	医療機関や介護保険施設等を退院・退 所し、居宅サービス等を利用する場合 、退院・退所にあたって医療機関等の 職員と面談を行い、必要な情報を得た 上で居宅サービス計画書を作成し、利 用に関する調整を行った場合	会議なし 連携1回 4,500円 連携2回 6,000円	会議あり 連携1回 6,000円 連携2回 7,500円 連携3回 9,000円
通院時情報連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診察を 受ける際に同席し、医師又は歯科医師 等に利用者の心身の状況や生活環境 等の必要な情報提供を行い、医師等か ら利用者に関する情報提供を受けた上 で、居宅サービス計画に記録した場合。 （1人につき、1月に1回を限度）	5 0 0 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, 0 0 0 円	
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、主治の医師等の助言を得 つつ、ターミナル期に通常よりも頻回 な訪問により利用者の状態変化やサ ービス変更の必要性を把握するととも に、そこで把握した利用者の心身の 状況等の情報を記録し、主治の医師な どや、居宅サービス事業者への提供し た場合	4, 0 0 0 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, 1 9 0 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、一定の要件の一部を満たした場 合	4, 2 1 0 円	
特定事業所加算(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	3, 2 3 0 円	

	等、一定の要件の一部を満たした場合	
特定事業所加算（A）	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、一定の要件の一部を満たした場合	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）のいずれかを取得し、退院・退所加算の算定に医療機関との連携を年間35回以上行い、ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以上算定した場合	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%
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、 <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 ・利用者は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事が可能であること、当該事業所をケアプラン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% （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
事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上に居宅介護支援を行う場合	同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントを行った場合	上記基本利用料の5%
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措置が講じられていない場合	上記基本料金の1%

業務継続計画未策定 減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の場合	上記基本料金の1%
-----------------	---	-----------

(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15日(佐渡農業協同組合)、又は20日(銀行その他金融機関)に、利用者が指定する下記の口座より引き落とします。(ただし、祝休日の場合は直前の平日とします) 口座振替希望 無 ・ 有 (別紙、口座振替依頼書)
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25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 佐渡農業協同組合 金井支店 普通口座 0015773
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日(休業日等の場合は、直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

8. 質の高いケアマネジメントの推進

(1) 前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合

(2) 前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービス毎の、同一事業者によって提供されたものの割合

* 別紙 重要事項説明書の通り

9. 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。

10. 担当の介護支援専門員

利用者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)：0259-61-6100

1 1. 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 0259-61-6100
	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	佐渡市高齢福祉課介護保険係	電話番号 0259-63-3790
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

1 2. 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) 医療機関に入院する際には、当該医療機関に担当ケアマネジャーの氏名等の提供をお願いいたします。

1 3. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

1 4. 身体拘束について

事業所は、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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、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するものとします。

1 5. 第三者評価実施の有無

公益社団法人 新潟県介護福祉士会 等による第三者評価は実施しておりません。

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、契約書及び重要事項を説明しました。

事業者 住 所 新潟県佐渡市千種 58 番地 1
事業者（法人）名 社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会
代表者職・氏名 理 事 長 越 渡 佳 弘 印

説明者職・氏名 介護支援専門員 印

私は、この契約書及び重要事項の内容に同意し、居宅介護支援の利用を申し込みます。
また、第 11 条第 3 項に定める利用者の個人情報の使用について、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

私は、第 11 条第 3 項に定める利用者の個人情報の使用に定める利用者の家族の個人情報
の使用について、同意します。

家族代表 住 所
氏 名 印
本人との続柄