

# 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、長岡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 | 株式会社 エヌ介護サービス                |
| 主たる事務所の所在地 | 〒950-0951 新潟県新潟市中央区鳥屋野462番地2 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役社長 西本 大祐                |
| 設立年月日      | 平成8年3月14日                    |
| 電話番号       | 025-283-3126                 |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                                      |                        |
|-------------|--------------------------------------|------------------------|
| ご利用事業所の名称   | 株式会社 エヌ介護サービス 長岡センター                 |                        |
| サービスの種類     | 居宅介護支援                               |                        |
| 事業所の所在地     | 〒940-0094 新潟県長岡市中島5丁目6番29号           |                        |
| 電話番号        | 0258-39-1223 (営業時間内)                 | 090-4525-6772 (時間外緊急時) |
| F a x 番号    | 0258-39-1224                         |                        |
| メールアドレス     | nagaoka-cm@n-kaigo.jp                |                        |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成11年7月30日指定                         | 1570200020             |
| 管理者の氏名      | 小野塚 文彦                               |                        |
| 担当介護支援専門員   |                                      |                        |
| 通常の事業の実施地域  | 長岡市（但し、旧山古志村、旧小国町、旧寺泊町、旧和島村、旧栃尾市を除く） |                        |
| 第三者評価の実施    | なし                                   |                        |

### 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、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。
- 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. 地域・医療機関等との情報連携

- 入院時に医療機関との連携をします。  
(入院時には担当のケアマネジャーの氏名と連絡先を病院に必ずお知らせください。)
- 医療系サービスをご利用の場合は主治医にケアプランを交付します。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング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伝達をします。

#### 6. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- 指定居宅介護支援契約書第4条(3)(4)に基づき選定され、当事業所の介護支援専門員がケアプランに位置付けたサービス事業所の一部は下記に記載された通りです。

| 訪問介護               | 通所介護                  | 福祉用具貸与                 | 地域密着型通所介護           |
|--------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|
| エス介護サービス<br>長岡センター | ツクイ長岡川崎               | ラミコジャパン(株)<br>シルバーサポート | デイサービスセンター<br>ゆ lax |
| 相互の家訪問介護事業<br>所堀金  | デイサービスセンターさわ<br>やか苑中沢 | あるぶす長岡店                | デイサービスセンター<br>幸町    |
| ヘルパーステーション<br>おひさま | ツクイ長岡宝                | さくらメディカル(株)<br>長岡店     | デイサービスセンター<br>川崎東   |

#### 7. 虐待の防止、身体拘束の適正化

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止・身体拘束の適正化等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待（身体拘束含む）の疑いがある場合は、早急に地域包括支援センターに報告・相談いたします。
- (2) 職員に対する虐待防止、身体拘束適正化の研修と委員会の開催を毎年実施します。ただし、委員会の開催については必要に応じて都度開催とします。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。

#### 8. 営業日時

|      |  |
|------|--|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、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40分から午後5時40分まで<br>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 |

## 9. 事業所の職員体制

| 職種             | 勤務の形態・人数 |
|----------------|----------|
| 管理者（主任介護支援専門員） | 常勤1名     |
| 介護支援専門員        | 常勤3名以上   |

## 10. 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<br>(1ヵ月あたり) |         | 利用者負担金      |               |
|---|-----------------|---------|-------------|---------------|
|   |                 |         | 法定代理<br>受領分 | 法定代理<br>受領分以外 |
| <b>居宅介護支援費Ⅱを算定していない事業所</b>  |                 |         |             |               |
| 居宅介護支援費（Ⅰ i）<br>〈ケアマネジャー1人当たりの<br>取扱件数が45未満である場合<br>又は45以上である場合におい<br>て45未満の部分〉 | 要介護度1・2         | 10,860円 | <b>無 料</b>  | 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）<br>〈ケアマネジャー1人当たりの<br>取扱件数が45以上である場合<br>において45以上60未満の部<br>分〉       | 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（Ⅰ iii）〈   | 要介護度1・2         | 3,260円  |             | 3,260円        |

|  |                 |         |             |               |
|--|-----------------|---------|-------------|---------------|
| ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、60以上の部分                            | 要介護度3・4・5       | 4,220円  |             | 4,220円        |
| 取扱要件   | 利用料<br>(1ヵ月あたり) |         | 利用者負担金      |               |
|  |                 |         | 法定代理<br>受領分 | 法定代理<br>受領分以外 |
| 一定の情報通信機器(人工知能関連技術を活用したものを含む)の活用又は事務職員の配置を行っている事業所                 |                 |         |             |               |
| 居宅介護支援費(Ⅱi)<br>〈ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が50未満である場合又は50以上である場合において50未満の部分〉 | 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(Ⅱii)<br>〈ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が50以上である場合において50以上60未満の部分〉       | 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(Ⅱiii)<br>〈ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が50以上である場合又はにおいて60以上の部分〉        | 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        |

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。

【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 | 病院・診療所の職員に対して心身の状況や生活環境等の利用者にかかる必要な情報を提供した場合(月1回を限度として)   |        |
| (Ⅰ)       | 入院した日のうち(入院日以前含む)<br>(営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日含む)  | 2,500円 |
| (Ⅱ)       | 入院した翌日又は翌々日<br>(営業時間後に入院した場合であった、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日含む)   | 2,000円 |
| 退院・退所加算   | 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人保健施設(以下「病院・施設等」という。)から退院・退所し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する際、病院・施設等の職員と面談し、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を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合。 |        |

|                 |  |        |
|-----------------|--|--------|
| (I) 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1回受けた場合  | 4,500円 |
| (I) ロ           | 必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていること   | 6,000円 |
| (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回以上受けていること  | 6,000円 |
| (II) ロ          | 必要な情報の提供2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること  | 7,500円 |
| (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こと   | 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対して、心身の状況や生活環境等の必要な情報の提供を行い、医師又は歯科医師等から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 | 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又は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、利用者又はその家族の同意を得て居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合 | 4,000円 |
| 特定事業所加算         | 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た場合   |        |
| (I)             | 一定の要件を <u>全て</u> 満たした場合  | 5,190円 |
| (II)            | 一定の要件の <u>一部</u> を満たした場合   | 4,210円 |
| (III)           | 一定の要件の <u>一部</u> を満たした場合   | 3,230円 |

|                                |   |             |
|--------------------------------|---|-------------|
| (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又は連携する等、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                  | 特定事業所加算のⅠ～Ⅲのいずれかを取得し医療連携にかかる必要な要件を満たした場合（前々年度の3月から前年度の2月までの算定において基準を満たしたとき） | 1, 250円     |
| 特別地域<br>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<br>居住する者への<br>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 | 虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合                       | 上記基本利用料の1%                 |
| 業務継続計画未策定減算    | 感染症若しくは災害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%                 |
| 同一建物減算         | 事業者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         | 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26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<br>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<br>第四北越銀行 長岡西支店 普通口座 1183592 |
| 現金払い    | サービスを利用した月の翌月末日（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  |

### 1 1. 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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|          |       |                 |
|----------|-------|-----------------|
| 損害賠償責任保険 | 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損害保険㈱ |
|----------|-------|-----------------|

### 1 2. 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 0258-39-1223<br>面接場所 当事業所の相談室<br>苦情担当者 管理者 小野塚 文彦<br>苦情解決責任者 所長 斎藤 朋子 |
|---------|--|

(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 | 長岡市介護保険課       | 電話番号 0258-39-2245 |
|        | 新潟県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 025-285-3022 |
|        |                |                   |

### 1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

- (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) 緊急でない連絡や訪問については、営業日、営業時間内をお願いします。
- (3) 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。  
(Faxやメールは、急を要しない連絡等にご利用下さい。)
- (4) 災害時に、避難所や家族、知人宅に移動した際は、可能な範囲でご連絡下さい。  
安否の確認をサービス事業所間で共有いたします。

利用者・ご家族様との信頼関係のもとに安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう以上の点について説明させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

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 新潟県新潟市中央区鳥屋野462番地2

事業者名 株式会社 エヌ介護サービス

職・氏名 長岡センター所長 齋藤 朋子 印

説明者職・氏名 介護支援専門員

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 長岡市

氏名

署名代行者（又は法定代理人）

住所

氏名

本人との続柄