

ご契約者：_____様

令和 年 月 日

重 要 事 項 説 明 書

当事業所はご契約者に対して居宅介護支援サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいこと
を次の通り説明します。

◇◆目 次◆◇

- | | |
|--------------------------|------|
| 1. 経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・ | 2 |
| 2. 事業所概要・・・・・・・・・・・・・・・・ | 2 |
| 3. 事業の目的と運営方針・・・・・・・・ | 2～3 |
| 4. 職員の職種、員数・・・・・・・・・・ | 3 |
| 5. 営業日及び営業時間・・・・・・・・ | 3 |
| 6. 居宅介護支援サービス内容・・・・・ | 3～4 |
| 7. 通常の事業の実施地域・・・・・・・・ | 5 |
| 8. サービスの利用料金・・・・・・・・ | 5～8 |
| 9. 事故発生時・緊急時の対応・・・・・ | 8 |
| 10. 契約の終了・・・・・・・・・・・・・ | 8～9 |
| 11. 苦情等申立先・・・・・・・・・・・・・ | 9～10 |
| 12. 契約の有効期間・・・・・・・・・・・・・ | 11 |

居宅介護支援のサービス提供の開始にあたり、厚生省令第 38 号第 4 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1.経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 ノマド福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 小樽市赤岩 2 丁目 66 番 7 |
| (3) 電話番号 | TEL : 0134-31-2222 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 田 尻 稲 雄 |
| (5) 設立年月日 | 平成 8 年 3 月 27 日 |

2.事業所概要

- | | |
|-------------|---|
| (1) 事業所の名称 | 居宅介護支援事業所 らいらっく |
| (2) 事業所の所在地 | 札幌市南区藤野 4 条 4 丁目 20 番 30 号 |
| (3) 管理者の氏名 | 齊 藤 幸 一 |
| (4) 電話番号 | TEL : 011-200-9533 FAX : 011-591-9100
電話による連絡は 24 時間可能 |
| (5) 事業所番号 | 0170512347 |

3.事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者に対して、適正な指定居宅介護支援サービスを提供します。

(2) 運営方針

- ① 事業所の介護支援専門員は、要介護状態になったご契約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て自立した日常生活を営むことができるように配慮し、ご契約者の心身の状況やその置かれている環境に応じ、かつご契約者の選択に基づき、適切な保健・医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう支援を行います。
- ② ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを実施するにあたっては、関係市町村、指定居宅サービス事業者、他の指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設等との連携を図るとともに、ご契約者の意志及び人権を尊重し、常にその立場に立って、指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立な業務に努めます。
- ③ ご契約者の人権の擁護・虐待等の防止のため、担当者を決定し研修の参加、実施、苦情処理体制を整備し、指針を整備する委員会を設置します。またサービス提供中、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、市町村へ報告する対応を図ります。
- ④ 事業者は非常災害や感染症が発生した場合を想定し、業務継続に向けた計画等を策定し、計画に沿った研修や状況に合わせた訓練を実施し必要な介護サービスを継続的に提供できるよう努めます。
- ⑤ 利用者からの頂きものに関する取り扱いについて
利用者又はご家族からの飲食、物品、金銭等の授受は当法人の就業規則の職員禁止行為にあたり、ご遠慮させていただきます。
- ⑥ ハラスメント対策について

事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

利用者及びご家族が事業所の職員に対して次のようなハラスメント等行為を行ったことが確認された場合は、改善を求め、それでも解消されない場合は「指定居宅介護支援（ケアマネジメント）利用契約書」第16条2項（事業所からの契約解除）の規定に基づき、この契約を解除する場合があります。

（１）身体的暴力

叩く、蹴る、手を払いのける、物を投げつける 等

（２）精神的暴力

罵倒や威嚇、脅迫、無視、理不尽な要求を繰り返す、威圧的な態度をとる、命令の乱用、長時間の叱責 等

（３）セクシュアルハラスメント

必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする 等

（４）その他（前各号に準ずる行為）

職員への誹謗中傷、人格を否定する発言、合理的な理由のない長時間の拘束や謝罪の要求、社会理念上相当程度を超えるサービス提供の要求 等

4.職員の職種、員数

従 業 員 の 職 種	区分	業 務 内 容	人数
管理者 (主任介護支援専門員兼務)	常勤	事業所の職員管理、利用申し込みに係る調整、その他の業務の管理。	1 名

主任介護支援専門員	常勤	指定居宅介護支援サービスの提供と介護支援専門員への指導・助言。	3 名以上
介護支援専門員	常勤	指定居宅介護支援サービスの提供	0 名以上

5.営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日から金曜日（祝日及び 12 月 30 日から 1 月 3 日は除く）
- (2) 営業時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
電話による連絡は 24 時間可能

6.居宅介護支援サービス内容

(1) 居宅サービス計画の作成

介護支援専門員は、居宅サービス計画作成の開始にあたって、ご契約者の心身の状況や生活環境、意向等を確認し、ご契約者が自立した日常生活を営めるように支援する上で解決すべき課題を把握します。そこで、当該地域における複数の居宅サービス事業者等に関するサービスの内容や利用料金等の情報を、ご契約者及びご家族に適正に提供し利用サービスの選択を求めます。また、必要時に居宅サービス事業者の選定理由を求めることが可能です。その上で、ご契約者に提供されるサービスの目標やその達成時期、サービスを提供する上で留意すべき事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成します。

当該計画原案に対して専門的な見地から意見を求めるため、当該計画原案に位置付けた居宅サービス等の担当者を招集して行なうサービ

ス担当者会議を開催します。

当該計画原案に記載した居宅サービス等については、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類や内容、利用料金等について、ご契約者及び家族に対して十分な説明を行ない、書面にて同意を得て交付するものとします。

公正中立性の確保を図る観点から当事業所で過去 6 か月間に作成した居宅サービス計画書における各サービス（訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与）の利用割合や各サービス（訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与）の利用割合や各サービス（訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与）毎の同一事業者によって提供された者の利用状況について説明いたします。

「科学的介護情報システム「(LIFE)」からのフィードバックを活用し PDCA サイクルの推進・ケアの質の向上をはかります。

（2）連絡調整及び情報提供

居宅サービス計画の目標に沿ってご利用者に対するサービスが提供されるように、居宅サービス事業者等との連絡調整や居宅サービス計画の実施状況の把握を行ないます。

（3）要介護認定の申請代行

ご契約者及びご家族の意向を踏まえ、要介護認定の申請や更新申請等に必要な援助を行ないます。

（4）介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合、又はご利用者が介護保険施設への入所を希望する場合に

は、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行ないます。

(5) モニタリング及び再評価

月に 1 回以上のご利用者の居宅訪問に加え、電話等の方法により、利用者の心身の状況や生活環境等の評価を行なうと共に、居宅サービス計画の実施状況を把握します。又、利用者が居宅サービスの変更を希望した場合、又は事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更いたします。

(6) 相談援助サービス

電話や訪問等の方法により、利用申込者やご契約者及びご家族等からの相談に適切に対応します。

(7) 給付管理業務

介護保険サービスを利用した際の介護給付費の管理を行います。毎月どのようなサービスを利用したか確認し必要な書類作業を行います。

(8) その他

上記以外にも、ご契約者の自立した日常生活の支援を効果的に行なうために必要と認められる便宜の提供を行ないます。

7.通常的事業の実施地域

(1) 札幌市南区・豊平区・中央区全域

8.サービスの利用料金

(1) 居宅介護支援サービスの提供に係る費用

居宅介護支援サービスに関する利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する（法定代理受領）場合は、ご利用者の自己負担はありません。

但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額を一旦お支払いいただくこととなります。居宅介護支援利用料は、1カ月当たり以下の料金となります。

居宅介護支援費（Ⅰ）	単位数	利用料 単位数×地域区分 10.21
要介護 1・要介護 2	1,086 単位	11,088 円
要介護 3・要介護 4・要介護 5	1,411 単位	14,406 円

※ 上記は介護支援専門員1名あたりの利用者が45名未満の場合。

1名あたり45人以上となる場合、60人以上の部分が50%。

1名あたり60人以上となる場合、60人以上の部分が70%、それぞれ減額。

(2) 初回加算

初回加算	300 単位	3,063 円
------	--------	---------

新規に居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の2段階以上の認定変更を受けた場合、また、過去二月（月の初日から末日）居宅サービスを受けていなく新たに居宅サービスを受けた場合に算定します。

(3) 入院時情報連携加算

入院時情報連携加算 (Ⅰ)	200 単位	2,042 円
------------------	--------	---------

病院または診療所に入院後 3 日以内に必要な情報を提供した場合に算定します。

入院時情報連携加算 (Ⅱ)	100 単位	1,021 円
------------------	--------	---------

病院または診療所に入院後 4 日以上 7 日以内に必要な情報を提供した場合に算定します。

(4) 退院・退所加算

退院・退所加算 (1 回)	450・600 単位	4,594・6,126 円
“ (2 回)	600・750 単位	6,126・7,657 円
“ (3 回)	900 単位	9,189 円

病院または老人保健施設等に入所していた利用者が、退院または退所にあたって、病院等の職員と面談を行った回数、利用者に関する必要な情報の提供の提供を受けた上で居宅サービスを作成・調整を行った場合に算定。

(5) 緊急時等居宅カンファレンス加算

緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位	2,042 円
-----------------	--------	---------

病院等の求めにより、当該病院等と共にご契約者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定。

(6) ターミナルケアマネジメント加算

ターミナルケアマネジ メント加算	400 単位	4,084 円
---------------------	--------	---------

末期の悪性腫瘍の患者であり、在宅で死亡した場合、ターミナルケアマネジメントを受けることについて、ご契約者またはそのご家族から同意を得ている場合、24 時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備している場合に算定。

(7) 通院時情報連携加算

通院時情報連携加算	50 単位	511 円
-----------	-------	-------

ご契約者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行った場合に算定。

(8) 処遇改善加算

所定単位数の 2.1%（1000 分の 21）を加算。

(9) 特定事業所加算

特定事業所加算（Ⅰ）	519 単位	5,298 円
特定事業所加算（Ⅱ）	421 単位	4,298 円

特定事業所加算（Ⅲ）	323 単位	3,298 円
------------	--------	---------

ご契約者に関する情報の伝達等を目的とした会議の定期的な開催、24 時間連絡体制の確保、介護支援専門員実習の協力体制の確保、主任介護支援専門員の配置等を含む人員基準、研修・事例検討会への参加、必要に応じ多様な主体等が提供する生活支援サービス（インフォーマルサービスを含む）を計画に位置付けるなど、厚生労働大臣が定める要件を満たした場合に算定します。

9.事故発生時・緊急時の対応

- （１）サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、主治医・緊急連絡先に連絡します。
- （２）サービス提供にあたって損害を与えた場合は、その損害を賠償します。
但し、事業所の故意または過失によらない場合はこの限りではありません。

10.契約の終了

- （１） 契約期間中、仮に以下のような事由に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。ご契約者が死亡した場合。
- （２） ご契約者から解約の意思表示なされ、予告期間が満了した場合。
- （３） 事業所から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合。
- （４） 介護保険施設へ入所、入院した場合。
- （５） 要介護状態が自立、要支援と認定された場合。
- （６） 長期入院等の理由で連続して 1 年以上指定居宅介護支援サービスの利用実績がなかった場合。
- （７） 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- （８） 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。

① 解約・契約解除の申し出

以下の場合、契約の有効期間中であっても利用契約を解約することが出来ます。

1. 事業所が作成した居宅サービス計画に同意が出来ない場合。
2. 事業所もしくは介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める指定居宅介護支援サービスを実施しない場合。
3. 事業者、もしくは当事業所の職員が守秘義務に違反した場合。
4. 事業者、もしくは当事業所の職員が故意または過失によりご契約者の身体、財産、信用物を傷つけ、著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

② 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には本契約を解除させていただく場合があります。

1. ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行いその結果本契約を継続しがたい重大の事情を生じさせた場合。
2. ご契約者が、故意または重大な過失により事業者または当事業所の職員、もしくは他利用者の生命、身体、財産、信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うこと等によって本契約を継続し重大な事情を生じさせた場合。
3. ご契約者が、性的な言動や優越的な関係から生じた言動から業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより当事業所の職員との信頼関係が著しく害され適正な支援を提供できない場合。

11.苦情等申立先

(1) 事業所の受付窓口

受付担当者 : 齊 藤 幸 一

受付時間 : 月曜日～金曜日 8:30～17:30

連絡先 : TEL 011-200-9533 FAX 011-591-9100

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課

住所: 札幌市中央区北1条西2丁目札幌市役所本庁舎3階

TEL: 011-211-2972

○国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課苦情処理係

住所: 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

TEL: 011-231-5175

○北海道福祉サービス運営適正化委員会

住所: 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7

TEL: 011-204-6310

12. 契約の有効期間

(1) この契約の有効期間は利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

但し、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合、変更後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

(2) 契約期間満了日の1か月以前に利用者から更新拒絶の申し出がない場合、この契約は自動更新され以降も更新されます。

(3) ご契約者から更新拒絶の意志が表示された場合、事業所は他の事業者を紹介するなど必要な措置を取ります。

13. 第三者評価実施の有無 あり ・ なし

評価機関の名称	
実施年月日	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

居宅介護支援事業所 らいらっく

説明者職名 介護支援専門員 □氏 名 ⑩

私は本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービス提供開始に同意しました。

契約者 氏名

署名代行者 氏名 ⑩

続柄（ ）