

# 重要事項説明書

## (居宅介護支援契約書)

(総則) 本重要事項説明書は、令和元年10月1日に作成したものであり、法令等の変更、運営上での変更等により、相当な範囲で変更をすることがあります。また、原則として、毎年4月1日に改訂をするものとさせていただきます。

あなた様に対する居宅介護支援提供開始にあたり、厚生省令第38号第18条に基づいて、当事業者があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

また、契約書にある身元引受人の資格・責務については、下記のとおりとなっておりますので、十分ご理解下さいますようお願い致します。

### 1 身元引受人の指定と身元引受人の責任

- ① 契約者又は契約者の親族の方は、契約書を締結される場合、事業者に対して身元引受人を1名指定して頂きます。
- ② 身元引受人とは、その居住地から事業所の所在地まで、3時間以内で移動できる人に限らせて頂きます。
- ③ 事業者は、身元引受人との関係で、相互信頼関係が破壊されたと認めるに足る事情が生じた場合には、契約者又は契約者の親族の方に対し、身元引受人の変更を要求することができるものとさせていただきます。
- ④ 身元引受人とは、契約者の事業者に対する一切の債務につき、契約者と連帯して履行の責任を負うものとします。
- ⑤ 身元引受人は、契約者が当施設の医師によって意思能力を欠くと判断された場合には、契約者の事業者に対する同意権の行使・不行使及び契約者のためにすべき事務処理手続きについて、包括的な代理権を有するものとさせていただきます。

### 2 事業者概要

事業者の名称	社会福祉法人 豊生会
事務所の所在地	奈良県宇陀市榛原長峯200番地の1
介護保険事業所番号	2972300012
代表者氏名	理事長 森下 豊
電話番号	0745-82-8111

### 3 ご利用事業所

利用事業所の名称	居宅介護支援事業所 ゆあほうむ榛原
所在地	奈良県宇陀市榛原長峯200番地の1
管理者の氏名	所長 永塚 均司
電話番号	0745-82-8111
ファクシミリ番号	0745-82-8855

通常事業の実施地域	宇陀市榛原(但し、内牧・八滝・諸木野・赤埴・高井・自明・檜牧・荷坂は除く)
-----------	---------------------------------------

#### 4 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅介護支援事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態等にあるご利用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自立した日常生活を営むことができるよう支援させていただきます。
運営の方針	ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者又はその家族の希望を踏まえつつ公正中立にサービス事業者の選択を行い、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率的に提供されるよう配慮させていただきます。

#### 5 ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		奈良県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	事業所番号	
施設	特別養護老人ホーム(従来型)	11年8月4日	2972300012	54人
	特別養護老人ホーム(ユニット型)	26年4月1日	2972300012	30人
居宅	通所介護	11年8月4日	2972300012	45人
	短期入所生活介護	11年8月4日	2972300012	16人
	訪問介護	11年11月30日	2972300012	—
	居宅介護支援事業所	11年8月4日	2972300012	—

#### 6 ご利用事業所の職員体制

職 種	常勤換算	指定基準	備 考
管 理 者	1	1	
介護支援専門員	3以上	3以上	

#### 7 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日(12月30日～1月3日までを除く)
営業時間	午前9時～午後5時45分

#### 8 サービスの概要

##### (1) 居宅介護支援の内容

- ① ご利用者の要介護認定等に係る申請等について、ご利用者の意思を確認した上で申請の代行等必要な援助を行わせて頂きます。
- ② ご利用者の心身の状況、置かれている環境、ご利用者及びその家族様の希望等を考慮して、居宅サービス計画を作成させていただきます。
- ③ 上記②の居宅サービス計画に基づく居宅サービス等の提供が確保されるように、居宅サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供をさせていただきます。

- ④ 居宅サービス計画作成後においても、ご利用者及びその家族様、居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況の把握及びこれに基づく給付管理表の提出を行うとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更その他の便宜の提供をさせていただきます。

(2) 要介護認定等にかかる申請の援助

- ① ご利用者の意思を踏まえ、ご利用者の要介護認定等の申請に必要な協力を行わせて頂きます。
- ② ご利用者の要介護（支援）認定の更新の申請が、契約時におけるご利用者の要介護（支援）認定有効期間の満了日の遅くとも30日前には行われるよう必要な協力を行わせて頂きます。
- ③ 前項各号の申請について、ご利用者が希望する場合は、当該申請を代行して行わせて頂きます。

(3) 居宅サービス計画の作成

- ① 予め当該地域における複数の居宅サービス事業者に関する情報をご利用者又はその家族様に提供の上、事業者の選択が可能です。  
ケアハウス入居者様に関しましても同様に他の事業者を選択していただけます。
- ② 予めご利用者及びその家族様と面接を行い、ご利用者に対する介護支援を行う上で解決すべき課題を把握させていただきます。
- ③ 居宅サービス計画の立案に係る居宅サービス等について、予め介護保険給付の対象かどうかを区分した上で、その種類、内容、利用料等について、ご利用者又はその家族様に対して説明し、文書によるご利用者の同意をえるものとさせていただきます。
- ④ ご利用者の最終的な同意を得た上で、居宅サービス計画を作成するものとさせていただきます。

9 利用料金 1単位：10.21円

	基本単位	特定事業所 加算Ⅲ	保険者負担
要介護1～2	1,057 単位	300 単位	1,357 単位
要介護3～5	1,373 単位	300 単位	1,673 単位

(加算項目)

初回加算	(300 単位/月)	新規に居宅介護サービス計画を作成した場合、また要介護状態区分が2段階以上変動した場合
入院時情報連携加算 (I)	(200 単位/月)	入院後3日以内に入院先医療機関に情報提供した場合
入院時情報連携加算 (II)	(100 単位/月)	入院後4日以上7日以内に入院先医療機関に情報提供した場合
退院・退所加算 (I) イ	連携1回 450単位(カンファレンス無)	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におい
退院・退所加算 (I) ロ	連携1回 600単位(カンファレンス1回)	

退院・退所加算 (Ⅱ) イ	連携2回以上 600単位(カンファレンス無)	て、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
退院・退所加算 (Ⅱ) ロ	連携2回以上 750単位(カンファレンス1回以上)	
退院・退所加算 (Ⅲ)	連携2回以上 900単位(カンファレンス1回以上)	
ターミナルケアマネジメント加算	(400単位/月)	24時間連絡がとれる体制を確保し、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 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者支援の実施 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置づけた居宅サービス事業者へ提供した場合

保険者から支給されますので、ご利用者の負担はございません。

## 10 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。通常の事業実施区域を超えた地点からの片道距離 (1k 単位) × 50 円

## 11 利用料金のお支払い方法

交通費実費分のお支払いについては、介護支援専門員が訪問の都度ご請求させていただきますので、お支払い下さい。

## 12 事故発生時の対応

家族や事業所、各種関係機関にすみやかに連絡し、適切な対応や処置をする。

## 13 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	担当者 介護支援専門員 ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 0745-82-8111 面接 ゆあほうむ榛原相談室等
行政機関その他 苦情受付機関	(1) 宇陀市役所 介護福祉課 宇陀市榛原下井足 17-3 0745-82-3675 (2) 奈良県国民健康保険団体連合会 橿原市大久保町 302-1 0744-21-6822

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護支援の提供開始に当たり、甲1、甲2 に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅介護支援事業者

所在地 奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 1

名称 居宅介護支援事業所 ゆあほうむ榛原

説明者職名\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要な事項の説明を受けました。  
私は、居宅介護支援の提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所\_\_\_\_\_

(代筆の場合は  
カッコ書)

氏名\_\_\_\_\_印

(甲2) 利用者の家族等 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_印

続柄\_\_\_\_\_