

契約書別紙 兼 重要事項説明書

◎「居宅介護支援はまゆう」の概要は次のとおりです。 (2025年4月1日)

事業所名	居宅介護支援はまゆう	法人名	社会福祉法人 更生慈仁会
所在地	新潟市西区上新栄町1丁目2番12号	電話番号	025-260-9557 025-260-9588
県指定年月日	1999年8月20日(新潟県 第1570100204号)		
営業日	月曜日～土曜日(日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く)		
営業時間	月曜日～土曜日 8時30分より17時30分まで		
通常事業の実施地域	新潟市内		
24時間連絡体制	日曜日、祝日、夜間の連絡先 はまゆう携帯 080-3149-7417		

◎事業の目的及び運営方針

(事業の目的)

社会福祉法人更生慈仁会が開設する「居宅介護支援はまゆう」が行う指定居宅介護支援事業等の適正な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業員等が要介護状態にあるご利用者に対し、適正な居宅介護支援を提供することを目的とします

(運営方針)

事業者は介護保険法等の趣旨に沿って、利用者の意思及び人格を尊重し、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、居宅介護支援を行います。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

◎ 管理責任者及び介護支援専門員

居宅介護支援はまゆうの管理責任者及び介護支援専門員は、次のとおりです。

管理責任者(常勤兼務)	木村 朋子(主任介護支援専門員と兼務)
介護支援専門員(常勤4名)	木村朋子、小関 充、瀬戸春美、小野ゆかり

ご利用者を担当する介護支援専門員は です。

ご相談等ございましたら、いつでも下記へご連絡ください。

電話番号025-260-9555(代)

※ なお、施設側の事情により担当の変更をお願いする場合もあると思われませんが、ご利用者様の同意が得られれば、引き続き契約を継続させていただきます。

◎「居宅介護支援はまゆう」がご利用者に提供するサービスの概要は次のとおりです。

1. はまゆうが、ご利用者に提供するサービスは、〈居宅介護支援〉です。

《「居宅介護支援」とは》

介護支援専門員(ケアマネージャー)が、介護保険法に定める介護サービスを提供するために、ご利用者の心身の状況と意向をお聞きし、それに基づいて、ご利用者ができるだけ自立した生活を送ることができるよう、介護サービスを提供するための計画(居宅サービス計画＝ケアプラン)を作成します。

そして、この計画に従って、適切な介護サービスが提供できるよう、サービスを提供する事業者間との連絡や調整を行い、その経過を継続的に管理します。

2. 居宅介護支援業務の概要、および取り扱い方針

(1) 居宅サービス計画作成の支援

事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させ、居宅サービス計画作成を支援します。

①毎月ご利用者の居宅等を訪問し、ご利用者及びご家族に面接を行い、ご利用者の心身の状況、住環境、家族状況等必要な情報を収集し、解決すべき課題を分析、把握します。

②ご利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するようご利用者の心身の状況等に応じ支援致します。

③居宅介護支援の提供にあたり、ご利用者の意思と人格を尊重し常にご利用者の立場に立つと共に、提供されるサービスが特定の事業者に偏ることのないよう、公正中立を原則とします。

○当該地域における指定居宅サービス事業者に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正にご利用者及びそのご家族に提供し、ご利用者にサービスの選択を求めます。

○ご利用者は、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。

○ご利用者は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求められます。

○ご利用者へ当事業所のサービス利用割合の説明を致します。当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

④課題に対しての目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成し、サービス担当者会議を原則としてご利用者の自宅で実施いたします。

⑤居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等についてご利用者及びそのご家族に説明し、ご利用者から文書による同意を受けます。

⑥訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が、基準回数を超えるケアプランについて保険者に届出を行い、点検を受け検証を行います。

⑦サービス付き高齢者向け住宅等に居住するご利用者のケアプランについて、区分支給限度額の利用割合が高い場合、保険者から点検を受け、検証を行います。

⑧その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

(2) 経過観察、再評価

事業者は、居宅サービス計画作成後、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させます。

- ①ご利用者及びそのご家族と毎月連絡を取り、訪問し経過の把握に努めます
- ②居宅サービス計画の目標に沿って、サービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者との連絡調整を行います。
- ③ご利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化等に応じて居宅サービス計画変更の支援、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。
- ④医療との連携を密にします。必要に応じサービス事業所から伝達されたご利用者の口腔や服薬状況について主治医等に必要な情報を共有いたします。

(3) 施設入所への支援

事業者はご利用者が介護保険施設等への入所を希望した場合、ご利用者に介護保険施設等の紹介その他の支援をします。

(4) 居宅サービス計画の変更

ご利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、また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、事業者とご利用者双方の合意をもって居宅サービス計画を変更します。

(5) 給付管理

事業者は、居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、新潟県国民健康保険団体連合会に提出します。

(6) 要介護認定等の申請に係る援助

- ①事業者は、ご利用者が要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」という）更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請を円滑に行えるようご利用者を援助します。
- ②事業者は、ご利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請を利用者に代わって行います。

(7) 受給資格等の確認

事業者は、サービスの利用を希望される方が提示する介護保険被保険者証により、被保険者資格・要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認いたします。

(8) サービスを提供するに当たり、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、懇切丁寧を旨としご利用者又はそのご家族に対し、処遇上必要な事項について理解しやすいように説明を行います。またその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

(9) はまゆうだけでなく、介護サービスを提供する他の事業者についての相談・苦情の窓口となり、問題の解決にあたります。

3. 利用料金及び居宅介護支援費・加算 ※1単位=10.21円 1円未満切り捨て計算
 ご利用者がサービスを利用した場合の利用料は次の通りですが、原則としてその全額が介護保険から給付されるため、利用者負担はありません。

(1) 居宅介護支援費

居宅介護支援費(I)	介護支援専門員1人あたりの 担当件数が1~44件	要介護1・2	1086単位
		要介護3・4・5	1411単位
居宅介護支援費(II)	介護支援専門員1人あたりの 担当件数が45~59件	要介護1・2	544単位
		要介護3・4・5	704単位
居宅介護支援費(III)	介護支援専門員1人あたりの 担当件数が60件以上	要介護1・2	326単位
		要介護3・4・5	422単位

(2) 居宅介護支援費[減算]

特定事業所集中減算	正当な理由なく特定の事業所に80%以上集中等 (指定訪問介護・指定通所介護・指定地域密着型通所介護・指定福祉用具貸与)	1月につき200単位減算
運営基準減算	適正な居宅介護支援が提供できていない場合 運営基準減算が2月以上継続している場合算定できない	基本単位数の50%に減算
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生またはその再発を防止する為の措置が講じられていない場合	所定単位数の1.0%を減算

※居宅介護支援事業所と同一建物に居住する要介護の利用者へのケアマネジメントは所定単位数の95%を算定します。

(3) 特定事業所加算

算定要件		加算I (505単位)	加算II (407単位)	加算III (309単位)	加算A (100単位)
①	常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
②	常勤かつ専従の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤1名以上・非常勤1名以上
③	利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達事項等を目的とした会議を定期的で開催すること	○	○	○	○
④	24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可
⑤	算定日が属する月の利用者総数のうち要介護3~要介護5である者が4割以上であること	○	/	/	/
⑥	介護支援専門員に対し計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
⑦	地域包括支援センターから支援から支援困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○

⑧	ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること	○	○	○	○
⑨	居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
⑩	介護支援専門員1人あたりの利用者の平均件数が45件未満であること	○	○	○	○
⑪	介護支援専門員実務研修における科目等に協力または協力体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可
⑫	他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等実施している事	○	○	○	○ 連携でも可
⑬	必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されているような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○

特定事業所医療介護連携加算

①	前々年度の三月から前年度の二月迄の間、退院退所加算の算定における病院及び介護保険施設との連携の回数の合計が35回以上であること
②	前々年度の三月から前年度の二月までの間においてターミナルケア加算を5回以上算定している事
③	特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定している事

（４）加算について

初回加算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	300単位
特定事業所加算Ⅱ	7.（3）特定事業所加算Ⅱの要件を満たしている事業所	421単位
入院時情報連携加算（Ⅰ）	病院又は診療所に入院した当日に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	250単位
入院時情報連携加算（Ⅱ）	病院又は診療所に入院した翌日または翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	200単位
イ）退院・退所加算（Ⅰ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること	450単位
ロ）退院・退所加算（Ⅰ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けていること	600単位
ハ）退院・退所加算（Ⅱ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回受けていること	600単位
ニ）退院・退所加算（Ⅱ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによること	750単位
ホ）退院・退所加算（Ⅲ）	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回はカンファレンスによること	900単位
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当該利用者またはその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上当該利用者またはその家族の同意を得て当該利用者の居宅を訪問し当該利用者の心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者に提供した場合算定。	400単位

緊急時等 居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合	200 単位
通院時情報連携加算	利用者が医師または歯科医師等の診察を受ける際に同席し、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、医師また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	50 単位

※居宅介護支援を提供した場合の利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、介護保険法による介護報酬の告示上の額とします。

※その他、交通費・キャンセル料等は頂きません。但し、介護保険料を滞納し保険給付の制限を受けている場合は、利用者から支払いを受ける利用料の額と、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額との間に、不合理な差額が生じないようにします。

費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して、事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名捺印を受けるものとします。

※末期癌と診断された場合であって、日常生活上の障害が一か月以内に出現すると主治医等が判断した場合、利用者またはその家族の同意を得た上で、主治医等の助言を得ながら、通常よりも頻回な居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施致します。その際に把握した利用者の心身状態を記録し、主治医やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整を行います。

※居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの、ご利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を致します。

※今後行なわれる介護報酬改定時には、厚生労働大臣が定めた告示上の基準額に従います。

尚、改訂後の報酬額は、その都度署名同意書交付にてお知らせしますが、再契約の取り直しは行なわないこととさせていただきます。

4. 守秘義務

事業者は、サービスを提供するうえで知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報については、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても第三者には漏らしません。

事業者は、職員が退職後も正当な理由なく業務上知り得たご利用者及びそのご家族の秘密及び個人情報を第三者に漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

5. 個人情報の使用にかかる同意

(1) 個人情報を使用する目的

ご利用者に対して適切な居宅サービス計画を立案するための情報収集及び情報

提供

(2) 個人情報の利用先

あらかじめ、ご利用者から文書により同意を得た場合は、下記①～⑥の相手方に限り、サービス担当者会議及び連絡調整のために情報提供ができるものとします。

この目的及び相手方以外に情報提供する必要が生じた場合は、別に同意を得るものとします。

- ① 本人が利用を希望している又は利用中のサービス事業者
 - ② 本人が入所を希望している介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）や入居施設等
 - ③ 本人が通院または入院している医療機関、および主治医
 - ④ 障害者制度における相談支援専門員
 - ⑤ 保険者
 - ⑥ 介護支援専門員実務研修見学実習、社会福祉士、介護福祉士養成課程実習生
- (3) 個人情報使用にあたっての留意事項

- ①個人情報の収集は必要最低限とし、収集にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払います。
- ②個人情報を使用した会議の内容については、経過を記録しておくこととします。

6. 記録の整備

- (1) 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供に係る諸記録を整備し、その完了の日から5年間は適正に保存し、利用者または身元引受人、成年後見人の求めに応じて閲覧してもらい、あるいはその複写を交付します。
- (2) 事業者は従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。

7. 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サービス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。

窓口設置場所	居宅介護支援はまゆう
苦情解決責任者	施設管理責任者 古俣 健
苦情受付担当者	居宅介護支援管理者 木村 朋子
連絡先(電話番号)	025-260-9555

- (2) ご利用者が利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先(電話番号)
笛木百合子(当法人第三者委員) (笛木社会福祉士事務所代表)	025-269-1159
砂井 一哉 (当法人第三者委員・評議員)	0256-88-5633
西区役所健康福祉課高齢介護係	025-264-7330
新潟市介護保険課介護給付認定審査係	025-226-1273
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

- (3) 事業者は必要に応じ関係機関（新潟市、新潟県国民健康保険団体連合会等）へ苦情の概要についての報告し、文書の提出等の求めや調査に協力するとともに、指導または助言を得た場合は、それに従い、必要な改善を行い改善します。

8. 虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 事業所は利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。
- ①当事業所における虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催するとともに従業者に対し周知徹底を図ること。なお本虐待防止検討委員会は、場合により他の委員会と一体的に実施する。
 - ②事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
 - ③事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年一回以上）実施すること
 - ④措置を適切に実施するための担当者（管理者）を置くこと
- (2) 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを地域包括支援センターに相談、通報するものとします。

9. 身体拘束等

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、身体拘束等を行ってはならないこととし、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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します。

10. 感染症の予防及びまん延の防止の為の措置

感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 感染症対策委員会の設置・開催
- ② 感染症の予防及びまん延の防止の為の指針の整備
- ③ 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練の実施

11. 業務継続に向けた取り組み

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 感染症に係る業務継続計画の策定
- ② 災害に係る業務継続計画の策定
- ③ 業務継続計画についての研修・訓練の実施

12. 緊急時の対応

事業者は現に居宅介護支援の提供を行っているときに、利用者の病状の急変が起こった場合、その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。

13. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者及びその家族、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14. サービスご利用にあたっての注意事項

(1) サービスの終了

ご利用者の希望によりこの契約を解約することはいつでもできますが、事業者の業務の関係から、できる限り早めにご連絡をください。サービスの終了をご希望される場合には、担当の介護支援専門員までご連絡願います。

(2) 介護保険が該当するサービスを利用される場合には、限度額の関係上すべてのサービスを計画書に含む必要があります。事業者の作成した計画にないサービスを利用する場合や、計画したサービスを利用しない場合は、ご利用者の負担が大きくなる場合がありますので、計画の変更時は担当の介護支援専門員までご連絡ください。

(3) ご利用者の状態や疾患に関する情報について必要に応じ医療機関と連絡を取らせていただきます。そのため以下の対応をお願いいたします。

①かかりつけ医や主治医の変更がありましたらご連絡をお願いいたします。

②入院時には医療機関へ当事業所名および担当介護支援専門員名を伝えていただきますようお願いいたします。

③入退院時には担当介護支援専門員にご連絡をお願い致します。

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明しました。

年 月 日

(事業者) 所在地 新潟市西区上新栄町1丁目2番12号

事業所名 居宅介護支援 はまゆう

理事長 長谷川 まこと 印

説明者職・氏名 介護支援専門員 印

上記の内容について説明を受け、この文書が契約書の別紙（契約書の一部）となることについて同意しました。

なお、5（2）の①～⑥の関係者間のみでの個人情報の使用に関しても同意しました。

上記契約の証として、本契約書別紙を2通作成し、利用者及びはまゆうが署名押印のうえ、それぞれ1通ずつ保有します。

(利用者) 住所 〒

氏名 印

電話番号

代筆者名

代筆理由

(身元引受人) 住所 〒

氏名 印

電話番号

(代理人) 住所 〒

氏名 印

電話番号