

## 相談支援センターナイスケアリング 重要事項説明書

### 1 (事業の目的)

株式会社ナイスケアリングが開設する相談支援センターナイスケアリング居宅介護支援事業所（以下「事業所」という。）が行う指定居宅介護支援の事業（以下「事業」という。）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、事業所の介護支援専門員その他の従業者（以下「介護支援専門員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

#### (運営の方針)

事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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に配慮して行う。

事業の実施に当たっては、利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、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して行う。

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

### 2 事業所情報

名称 相談支援センターナイスケアリング居宅介護支援事業所

所在地 栃木県大田原市本町一丁目2714番地ビルラポール1F-B

#### 職員の職種、員数及び職務の内容

管理者 1名（常勤兼務職員、介護支援専門員と兼務）

介護支援専門員 1名（常勤兼務職員1名、管理者と兼務）

### 3 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝祭日、8月13日から8月15日及び12月31日から1月2日までを除きます。

営業時間 午前8時30分から午後5時30分

① 上記の営業日、営業時間以外については可能な限り相談に応じるものとします。

#### 4 利用料について

|                      |                                                                                 |        |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 居宅介護支援費              | 要介護 1 要介護 2                                                                     | 1042単位 |
|                      | 要介護 3 要介護 4 要介護 5                                                               | 1353単位 |
| 特定事業所加算              | 現在 非該当                                                                          |        |
| 初回加算                 | 新規に居宅サービス計画を作成した場合<br>要介護状態区分が2区分以上変更された場合                                      | 300単位  |
| 入院時情報連携加算 I          | 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、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  |
| 入院時情報連携加算 II         | 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、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                      | 100単位  |
| 退院・退所加算              | 利用者が30日以内の入院（入所）期間で病院や施設等からの退院（退所）に当たり利用者に関する必要な情報の提供を受け、支援を行う場合（入院入所期間中に3回を限度） | 300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とも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  |
| 小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算 | 利用者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際、利用者に関する必要な情報を提供した場合                                    | 300単位  |
| 看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 | 利用者が看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用を開始する際、利用者に関する必要な情報を提供する場合                               | 300単位  |

地域区分加算（7給地）上乘せが該当になり、1単位＝10.21円 となります。

上記の給付につきましては現在ご利用者負担割合が0割であるため、上記の料金の自己負担はありません。

#### 5 居宅介護支援の提供方法、内容及び法定受領分以外の利用料等

I 利用者の相談を受ける場所 事業所内、ご利用者自宅、ご利用者の入院、入所先等。

サービス担当者会議の開催場所 事業所内及び利用者の自宅及び利用者の入院先、入所先（原則はご利用者のご自宅です）

① 介護支援専門員の居宅訪問頻度 最低月 1 回

② モニタリングの結果記録 1 ヶ月に 1 回

II 通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、その実費を徴収することがあります。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収することがあります。

① 実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル未満 300 円

② 実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル以上 5 キロメートルを増すごとに 300 円

③ 乗用車以外の交通（高速道路・電車・新幹線・航空機・バス・タクシー等）を利用したときはその実費

前項の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を行います。

## 6 (通常の事業の実施地域)

通常の事業の実施地域は次の通りとします。

大田原市 及び那須塩原市 の全域

ただし上記以外の地域についても可能な限り相談に応じるものとする。

(事故発生時の対応)

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。

(その他運営についての留意事項)

## 7 秘密の保持

介護支援専門員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。ただし、社会通念上、ご利用者における緊急時及びやむを得ない場合においては、医療機関、行政機関、その他連携する事業所への必要最低限度の情報提供についてはこの限りではありません。

## 8 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合やその他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関等への連絡等必要な措置を講じます。

## 9 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 10 サービスに対する苦情相談窓口

1 当事業所の行ったサービスについてご不満な点やお困りごとなどがございましたら、お気軽にご相談下さい。誠意をもって迅速に対応いたします。

### 2 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

相談支援センターナイスケアリング TEL 0287-22-2111 FAX 0287-47-5334  
住所 大田原市本町一丁目2714番地 ビルラポール1F-B  
担当窓口 管理責任者 薄井 恵子

### 行政機関苦情受付機関

| 名称                | 所在地                                     |
|-------------------|-----------------------------------------|
| 栃木県 健康国民健康保険団体連合会 | TEL 0286-43-2220<br>住所 宇都宮市本町3-9 合同ビル6階 |
| 大田原市役所 高齢者幸福課     | TEL 0287-23-8678<br>住所 大田原市本町1-4-1      |
| 那須塩原市役所 高齢福祉課     | TEL 0287-62-7191<br>住所 那須塩原市共壘社108-2    |

平成            年            月            日

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

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 説明者 | 所属 |   |
|     | 氏名 | 印 |

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

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|      |    |   |
|------|----|---|
| (    |    |   |
| 代理人) | 住所 |   |
|      | 氏名 | 印 |