

有限会社ナイスケア 居宅介護支援重要事項説明書

〈令和3年4月1日改定〉

1. 当社の概要

- (1) 名 称 有限会社ナイスケア
- (2) 本 社 所 在 地 東京都新宿区高田馬場4丁目26番15号 サルイアアパートメント101
- (3) 電 話 番 号 03(5338)4655
- (4) 代 表 者 代表取締役 塩川 隆史
- (5) 事 業 内 容 居宅介護支援、訪問介護、認知症対応型通所介護、その他

2. サービスを提供する事業所の概要

- (1) 事 業 所 名 有限会社ナイスケア
- (2) 所 在 地 東京都新宿区高田馬場4丁目26番15号 サルイアアパートメント101
- (3) 電 話 番 号 03(5338)4655
- (4) 指 定 事 業 所 番 号 1370401604
- (5) そ の 他 の サ ー ビ ス 訪問介護
- (6) サ ー ビ ス 提 供 地 域 新宿区、豊島区（左記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください）
- (7) 損 害 賠 償 保 険 加 入 先 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
- (8) 営 業 時 間 月曜日～土曜日 8:30～17:30
＜休業日＞日曜日、1月1日～1月3日
- (9) 職 員 体 制 管理者（主任介護支援専門員、介護支援専門員兼務） 常勤 1名
介護支援専門員 常勤 4名以上

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

- (1) 申込方法 まずは、お電話等でお申し込みください。職員がお伺いします。
- (2) 居宅サービス計画作成 利用者宅を訪問し利用者および家族と相談の上、居宅サービス計画を作成します。
- (3) サービス事業者等との連絡調整 指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。
- (4) 経過観察 居宅サービス計画作成後においても、利用者およびその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- (5) 再評価 おおむね月に1回程度居宅を訪問し、利用者の状況を把握した上で、居宅サービス計画の変更およびサービス提供事業者等との連絡調整等を行います。
- (6) 要介護認定の援助 要介護認定の申請に必要な援助を行います。
- (7) 介護保険施設への入所 利用者が介護保険施設への入所を希望した場合は、介護保険施設への紹介およびその他の便宜を提供します。
- (8) 相談 介護保険に関すること等、何でもご相談ください。

4. サービスの終了

- (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合 文書でお申し出くださればいつでも解約できます。
- (2) 当社の都合でサービスを終了する場合 人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合 は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。
- (3) 自動終了 以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します。
 - ①利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ②介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援もしくは非該当（自立）と認定された場合（この場合、条件を変更して再度契約することができます）
 - ③利用者がお亡くなりになった場合

(4) その他

- ①当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ②利用者が、サービス利用料金の支払を2カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当社や当社の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

5. 利用料金

- (1) 居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1カ月につき【別紙】のとおりです。ただし、法定代理受領により当社の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はありません。単位数および1単位単価は厚生労働省が定めたものです。
- (2) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日保険者の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。
- (3) 料金の支払い方法は次の通りです。
 - ①締日 毎月末日
 - ②支払期限 翌月末日
 - ③請求書発行日 翌月15日
 - ④支払方法 口座引落（翌月25日または27日引落）、現金集金、銀行振込
 - ⑤領収書 お支払いいただきますと、領収証を発行します。

6. 当社の居宅介護支援の特徴等

- (1) 運営の方針
 - ①介護支援専門員は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、利用者の立場にたって援助を行います。
 - ②事業の実施にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう中立公正な立場でサービスを調整します。
 - ③事業の実施にあたっては、関係区市町村、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ます。
 - ④地域包括支援センターから支援困難ケースが紹介された場合は、積極的に受け入れるとともに、地域包括支援センターとの連携を図り、指定居宅介護支援を提供します。（「支援困難なケース」とは、地域包括支援センターが支援困難ケースとして判断したものを指します）
- (2) 居宅介護支援の実施概要等
 - ①介護支援専門員は、利用者の居宅を訪問し、利用者およびその家族に面接して、支援する上で解決しなければならない課題の把握および分析を行い、その課題に基づき居宅サービス計画を作成します。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等の情報を提供し、サービスの選択を求め、居宅サービス計画およびサービス事業者に関し利用者の同意を得た上で、サービス事業者等との連絡調整をします。
 - ②利用者が介護保険施設への入所を希望した場合は、介護保険施設への紹介その他の便宜を提供します。
 - ③利用者の課題分析について使用する課題分析票は、新宿区版アセスメント等を用います。
 - ④介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後においても、利用者およびその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、訪問することにより利用者の課題把握を行い、居宅サービス計画の変更およびサービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。
 - ⑤介護支援専門員は、必要に応じサービス担当者会議を当該事業所等で開催し、担当者から意見を求めます。
 - ⑥介護支援専門員は、指定居宅介護支援の提供にあたり、利用者の居宅等において利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行うとともに相談に応じます。
 - ⑦利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族は居宅サービス計画に位置付け

る居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることが可能です。

⑧職員又は職員であった者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。退職後も同様です。

(3) サービス利用のために

①介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

②調査（課題把握）の方法は新宿区版アセスメント方式等で行っています。

③介護支援専門員への研修は、採用時研修を採用後1カ月以内に、継続研修を年2回以上実施しています。

④利用者はいつでも契約を解約することができ、解約料は無料です。

⑤入院時は入院先医療機関に担当介護支援専門員の氏名と連絡先などを伝えて下さい。

⑥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) 留意事項

①職員に対する贈り物やもてなしは、遠慮させていただきます。

②職員の「住所・電話番号」などは、お教えできません。急用の際は、ナイスケアまでご連絡ください。

7. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当社相談苦情窓口 03(5338)4655 受付時間月～土曜日8:30～17:30
担当 管理者 塩川 隆史

(2) 外部苦情申立機関 新宿区 03(3209)1111 (代表)
東京都国民健康保険団体連合会 03(6238)0011 (代表)

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

＜事業者＞

所在地 東京都新宿区高田馬場4丁目26番15号 サルイアパートメント101
名称 有限会社ナイスケア（指定事業所番号 1370401604）

＜説明者＞

氏 名 _____ 印 _____

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

＜利用者＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

<代理人>

住所

氏 名 _____ 印 _____