

重要事項説明書

(居宅介護支援事業所)

社会福祉法人 市比野福社会
居宅介護支援事業所 薩摩川内

令和 7年 7月改正

居宅介護支援事業所 薩摩川内 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(事業所番号 第4673600013号)

当事業所はご利用者に対して指定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、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

☆居宅介護支援とは

利用者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ご利用者の心身の状況やご利用者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- ご利用者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご利用者及びそのご家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、事業所とご利用者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

◆◆目次◆◆

1. 事業所の概要
2. 事業実施地域及び営業時間
3. 職員の体制
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. 事故発生時の対応等について
6. 秘密保持及び個人情報の取扱いについて
7. 虐待の防止について
8. ハラスメントについて
9. 業務継続計画の策定（感染症や非常災害における）
10. 衛生管理（感染症の予防及びまん延防止の為の措置）
11. 身体拘束の適正化
12. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）

1. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
- (2) 事業の目的 介護支援専門員が利用者やその家族等に対し、適正な介護支援事業を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 居宅介護支援事業所 薩摩川内
平成11年9月29日指定 平成24年3月1日 変更
鹿児島県4673600013号
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県薩摩川内市田崎町630番地3
- (5) 電話番号 0996-21-1516
- (6) 管理者 氏名 高橋 和代
- (7) 当事業所の運営方針
- * 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て自立した日常生活を営むことができるように配慮する。
 - * 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が、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事がないよう公正中立に行う。
- (8) 開設年月日 平成11年10月1日

2. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 薩摩川内市（甑島を除く）とする。
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜、12月31日～1月3日除く）
営業時間	8：30～17：30

3. 職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>*職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	業務内容	計
1. 管理者(兼務) 主任介護支援専門員	1名	0名	管理業務 居宅介護支援業務	1名
2. 主任介護支援専門員	1名	0名	居宅介護支援業務	1名
3. 介護支援専門員	1名	0名	居宅介護支援業務	1名

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、居宅介護支援として次のサービスを提供します。

当事業所は、「特定事業所加算 Ⅲ」を算定しています。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご利用者の利用料負担はありません。

(1) サービスの内容と利用料金（契約書第3～6条、第9条参照）*

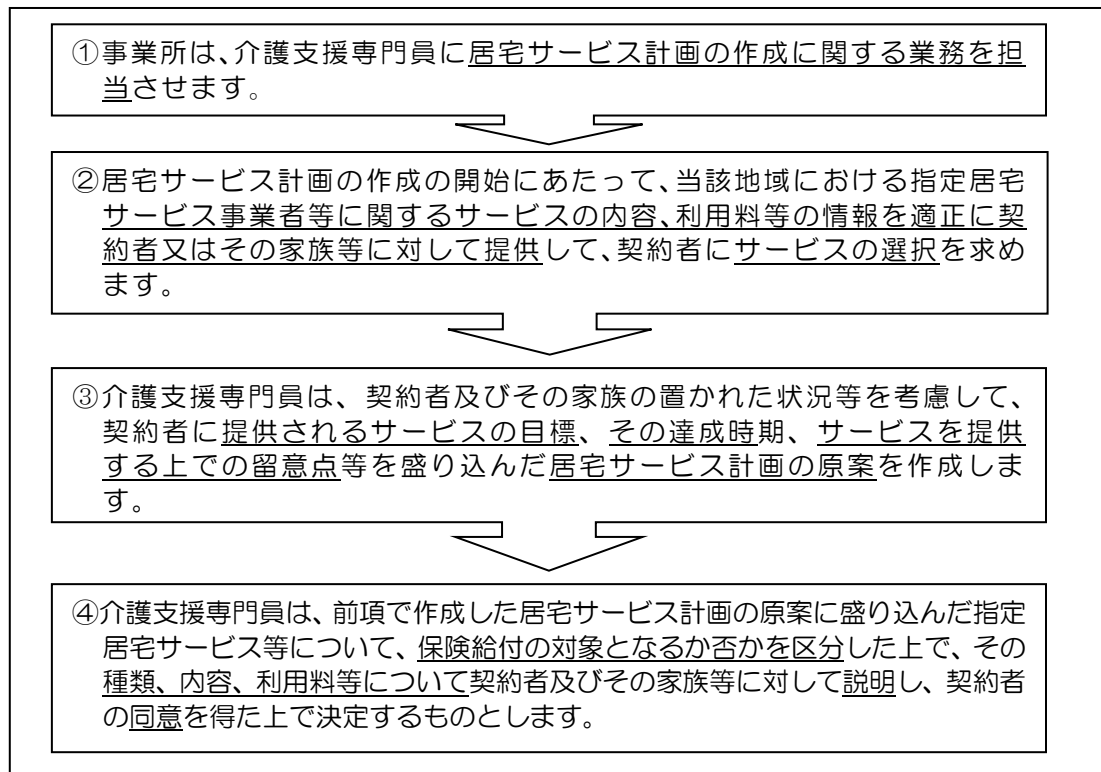
<サービスの内容>

① 居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

医療系サービスや福祉用具を位置付ける場合、その妥当性を検討し、利用が必要な理由を居宅サービス計画書に記載すると共に、必要に応じてサービス担当者会議を開催します。

<居宅サービス計画の作成の流れ>



◆公正中立に関するもの

- (1) サービス事業者の選定にあたって、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。
- (2) 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介護支援専門員に求めることができます。

◆医療機関との連携に関するもの

- (3) 利用者が医療機関等に入院した際、その入院先（医療機関）に担当介護支援専門員の氏名・連絡先を伝えるよう求めます。
- (4) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業所等から利用者に係る情報の提供を受けた時、その他必要と認める時は、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活に状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師もしくは歯科医師又は薬剤師に提供致します。
- (5) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。また、この場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付致します。

◆相談支援事業所との連携に関するもの

- (6) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する為の法律に規定する特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。

② 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・ご契約者及びその家族等、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します。
- ・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等との連絡調整を行います。
- ・ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。
- ・サービスの実施状況の把握（モニタリング）・評価

介護支援専門員は、居宅介護サービスの実施状況の把握に努める。

- (1) 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- (2) 少なくとも1月に1回モニタリングの結果を記録する。

③居宅サービス計画の変更

ご契約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、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

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利用者が介護保険施設への入院又は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います。

⑤医療機関との連携

ご契約者が医療機関に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該医療機関に伝えて下さい。（介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて、介護支援専門員の名刺/連絡先を保管下さい）

【居宅介護支援費】

① 要介護1又は要介護2の認定を受けている場合 10,860円

② 要介護3から要介護5の認定を受けている場合 14,110円

【特定事業所加算】

算 定 要 件	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(A)
	519単位	421単位	323単位	114単位
1) 専ら指定居宅介護支援の提供にあたる常勤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) 専ら指定居宅介護支援の提供にあたる常勤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等を目的とした会議を定期的を開催すること	○	○	○	○
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の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×
6) 当該指定居宅介護支援事業所における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が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
8) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者、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) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり45名未満(居宅介護支援費Ⅱお算定している場合は50名未満)であること	○	○	○	○
11) 介護支援専門員実務研修における科目(ケアマネジメントの基礎技術に関する実習)等に協力又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所と共同で事例検討会、研修等を実施していること	○	○	○	○ 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を含む）が包括的に提供され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・・前々年度の3月から前年度の2月までの間において、ターミナルケアマネジメント加算を15回以上、算定した場合。

【加算関係】

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
入院時情報連携加算（Ⅰ）	病院又は診療所に入院した日のうちに、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日の翌日又は翌々日に、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
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をカンファレンス以外の方法により、 <u>1回</u> 受けていること	450 単位
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をカンファレンスにより、 <u>1回</u> 受けていること	600 単位
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をカンファレンス以外の方法により、 <u>2回</u> 受けていること	600 単位
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情報提供を2回受けており、うち1回はカンファレンスによること	750 単位
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3回以上受けており、うち1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又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上居宅を訪問し、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へ提供した場合	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おこなった場合	200 単位
通院時情報連携加算	利用者が医療機関において、医師又は歯科医師等に対する診察を受ける際に、介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等から当該利用者に情報連携を行い、居宅サービス計画に記録した場合は 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算	50 単位

【居宅介護支援費の減算】

特定事業所集中減算	正当な理由なく特定に事業所に80%以上集中している場合（前6カ月に作成したケアプランに位置付けられた訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与が対象）	200単位減算
運営基準減算	適切な居宅介護支援が提供できていない場合	基本単位数の50%に減算
同一建物ケアマネジメント減算	居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の建物、同一の敷地内の建物、隣接する敷地内の建物に住む利用者 ・ 居宅介護支援事業所の利用者が1月あたり20人以上住む建物（上記を除く）に住む利用者	所定単位数の95%を算定
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	所定単位数100分1に相当する単位数を減算
業務継続計画未実施減算	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を継続的に提供できる体制を構築するため、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合	所定単位数100分1に相当する単位数を減算

（2）交通費（契約書第9条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費を頂きます。

（3）解約料

利用者は、いつでも解約をすることができ、一切料金はかかりません。

5. 事故発生時の対応等について

介護支援専門員は、事故等が発生した場合には迅速に対応し、緊急を要する場合は、身体状況等を把握し救急車の要請や主治医及び家族等へ連絡いたします。また、緊急は要しないが何らかの援助が必要な場合は、各関係機関等へ連絡します。

6. 秘密保持及び個人情報の取扱いについて

介護支援専門員は、又は従業員は、居宅介護支援を提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。

利用者の居宅サービス計画を作成するために、サービス担当者会議等で個人情報をを用いるなど正当な理由がある場合は、利用者及びその家族の個人情報をを用いることができるものとします。

7. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うと共に、高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を記載します。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施
- (4) 担当者の配置 管理者 高橋和代

8. ハラスメントについて

事業所は、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めざします。利用者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

9. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施する為及び非常時の体制での早期の業務再開を図る為の計画を作成し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

10. 衛生管理（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防止の為の指針の整備、関係機関と連携を図り、衛生管理における必要な措置を講ずるよう努めます。

11. 身体拘束の適正化

事業所は、当該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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。やむを得ず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するものとし、身体拘束の適正化のための指針を整備する。

12. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）

（1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 管理者 居宅介護支援事業所 薩摩川内 高橋 和代
- 担当者 居宅介護支援事業所 薩摩川内
介護支援専門員 高橋 和代 上山 美保 上梶 茂

電話番号 0996-21-1516

- 受付時間

毎週月曜日～土曜日（日曜・祝日・12月31日～1月3日除く）

8：30～17：30

（2）第三者委員

上川路 長生	公認会計士	099-252-7070
津曲 義人	市比野福祉会監事	090-4176-4066

（3）行政機関その他苦情受付機関

薩摩川内市高齢・介護福祉課	所在地 鹿児島県薩摩川内市神田町3番22号 電話番号 0996-23-5111
鹿児島県国民健康保険団体連会	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町6番6号 電話番号 099-213-5122
鹿児島県社会福祉協議会 （福祉サービス運営適性化委員会）	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町1番7号 電話番号 099-286-2200
鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課 介護保険室	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10番1号 電話番号 099-286-2678

令和 年 月 日

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

事業所 住 所 鹿児島県薩摩川内市田崎町630番地3
事業所名 居宅介護支援事業所 薩摩川内
代表者氏名 管理者 高橋 和代 印

説明者 所 属 居宅介護支援事業所 薩摩川内

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受け、指定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 薩摩川内市 _____

氏 名 _____ 印

代筆の場合 代筆者氏名（続柄） → _____ ()

家族代表 住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人情報の保護に関する同意書

居宅介護支援事業所 薩摩川内でケアプラン作成を依頼されておられますご利用者様の個人情報につきましては、特に申し出のない限り正当な理由（ケアプラン作成、サービス担当者会議、他施設への入所相談、資質の向上の為の症例研究等）におきまして、利用（予定）の有る施設、医療機関、介護保険のサービス提供を行う事業所、ボランティア活動を行う機関、民生委員、居住区の行政機関等へ当事業所が、①必要な情報を提供すること。②必要な情報の提供を受けることに本書面を持って同意されたものいたします。尚、個別の事案として該当する項目がございましたら、本書面にてお知らせください。

- 親族の中でも利用者本人が必要と認める親族以外に情報を開示しないで欲しい。（チェックを行い、理由等については、下記にご記入下さい）

[]

令和 年 月 日

利用者様氏名 _____ 印

家族代表氏名 _____ 印