

居宅介護支援サービス重要事項説明書

1 サービスの目的及び運営の方針

(1) サービスの目的

居宅介護支援サービスは、介護保険を利用する、要介護などの状態のご利用者に対し、「居宅サービス計画」の作成などを行い、適切な介護保険サービスが受けられるように支援する事を目的とします。

(2) 運営の方針

介護支援専門員は要介護などの心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者が可能な限り居宅において、利用者の有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように配慮し、利用者の選択に基づき、適切な保健・医療・福祉サービスが多様な事業所から総合的かつ効果的に提供されるよう援助を行います。また、事業に当たっては、関係市町村、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設などとの綿密な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めます。

2 サービスの担当者

利用者を担当する者は、厚生労働省令で定められた試験に合格し、研修を修了した介護支援専門員です。

担 当 者	電 話 番 号	F A X 番 号
齋藤 大知	023-685-1218	023-685-1227

3 従業員の職種、員数及び職務内容

区 分	常勤(人)	非常勤(人)	計(人)	主な職務内容
管理者(主任介護支援専門員)	(兼務) 1	—	(兼務) 1	事業所の従業員の管理及び業務の管理
介護支援専門員	1	—	1	ケアマネジメント業務・給付管理業務 困難ケース等の相談受け入れ

4 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日 (土日・祝・1/1～1/3を休日とする)
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時30分

5 勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管理者	月～金 午前8時30分～午後5時30分
介護支援専門員	月～金 午前8時30分～午後5時30分

6 課題分析の方式

居宅サービス計画ガイドライン

7 相談場所

当事業所内相談室、又は利用者宅及び随時必要に応じた場所

8 指定居宅介護支援の提供方法および内容

- ① 利用者からの利用申込みを受けます。

- ② 利用者の自宅を訪問し、心身の状態や置かれている環境を調査し、課題分析を実施します。
- ③ 利用者及び家族に対し、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あること、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あることを説明します。
- ④ 利用者及び家族よりサービスの選択をしていただきます。
- ⑤ 上記②④を基に、利用者の同意を得て主治医やサービス事業所から専門的意見を聴取し（サービス担当者会議の開催）居宅サービス計画原案を作成します。ご利用者が医療系のサービスを希望している場合は、主治医等の意見書を求め、主治医へ居宅サービス計画を交付します。
- ⑥ 居宅サービス計画の説明及び同意を得、配布します。
- ⑦ 毎月1ヶ月単位の介護サービスの利用計画である「サービス利用票」と利用料の内訳を記載した「サービス利用票別表」を作成し、同意を得、交付します。
- ⑧ 「居宅サービス計画」「サービス利用票」に基づき、介護サービスが計画的に提供されます。
- ⑨ 介護サービス提供後も、継続的に訪問し、利用者の心身の状態を把握し、また介護サービスの実施状況を把握する為サービス事業所と連絡を密に取り、必要に応じて「居宅サービス計画」「サービス利用票」の変更を行います。
- ⑩ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔等に関する問題や服薬状況、介護支援専門員が訪問等で把握した利用者の状況等について、主治医や歯科医師、薬剤師等に必要な情報伝達を行います。

9 事故発生時の対応及び損害賠償

- (1) 当事業所は利用者に対する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県、市区町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は利用者に対する居宅介護支援の提供に伴って、自己の責めに帰すべき理由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

10 介護サービスを受けるにあたっての重要事項

- (1) 利用者にお渡しした「サービス利用票」と異なる事業所からサービスを受けた場合やサービス内容を変更した場合には、必ず担当の介護支援専門員にご連絡ください。
- (2) 被保険者資格を喪失した場合や要介護状態区分の変更があった場合など、現在お持ちの被保険者証の記載内容に変更があった時は、必ず担当の介護支援専門員にご連絡ください。
- (3) 入院される場合は、入院時に担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関にご連絡ください。

11 居宅サービス計画の作成以外に提供できるサービスの内容

当事業所では「居宅サービス計画」の作成以外に、利用者のご依頼に基づき、次のサービスを提供することができますので、お気軽にご相談ください。

- (1) 利用者のご依頼に基づき、市町村の窓口にて要介護認定の申請（新規・変更・更新）を代行します。ただし、代行にあたっては、手続き上、ご利用者の被保険者証をお預かりする事になります。
- (2) 利用者のご依頼に基づき、市町村の窓口へ「居宅サービス計画作成依頼届出書」を利用者の代わりにお届けします。ただし、代行にあたっては、手続き上、ご利用者の被保険者証をお預かりする事になります。
- (3) その他、介護保険制度に関するご相談に応じます。

12 利用料金

(1) 利用料

利用料金は下記のとおりです。（地域加算を含みます。）。ただし、要支援又は要介護認定を受けた方は、介護保険制度から全額給付されるので、自己負担はありません。尚、保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合は下記の利用料金をいただき、当事業所から、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、山形市の窓口にて提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

	利用料金（地域加算含）
介護予防支援費	5.430 円／月
要介護 1. 2	12.490 円／月
要介護 3. 4. 5	16.230 円／月

① 初回加算 3,000円

- ・新規に居宅介護サービスを作成する利用者に対し指定居宅介護支援を行なった場合
- ・要介護状態区分が2段階以上変更となった利用者に対し指定居宅介護支援を行なった場合

② 入院時情報連携加算

入院時情報連携加算(I) 2,500円/月(利用者1人につき月1回を限度)

- ・利用者が病院又は診療所に入院するにあたり、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当該利用者に係る必要な情報を提供した場合(営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む)

入院時情報連携加算(II) 2,000円/月(利用者1人につき月1回を限度)

- ・利用者が病院又は診療所に入院するにあたり、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当該利用者に係る必要な情報を提供した場合(営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む)

③ 通院時情報連携加算 50円/月

利用者が医療機関で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、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けたうえで、居宅サービス計画(ケアプラン)に記録した場合

④ 退院・退所加算

・カンファレンス参加	なし	連携1回	4500円/月
・カンファレンス参加	なし	連携2回	6000円/月
・カンファレンス参加	あり	連携1回	6000円/月
・カンファレンス参加	あり	連携2回	7500円/月
・カンファレンス参加	あり	連携3回	9000円/月

- ・利用者の退院または退所に当たって、病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設の職員と面談を行ない、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合

(入院または入所中に連携3回を限度、うち1回以上は入院中の担当医等とのカンファレンス等に参加し、居宅サービス計画を作成し調整を行った場合)

- ・退院、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するものとする。

※ 初回加算を算定する場合は算定できない

⑤ 緊急時等居宅カンファレンス加算 2,000円(月に2回を限度)

- ・病院または診療所の求めにより、当該病院また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ない、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービスまたは地域密着型サービスの利用に関する調整を行なった場合

⑥ ターミナルケアマネジメント加算 4000円/月

- ・終末期の医療やケア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、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状況変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業所へ提供した場合
- ・ターミナルケアマネジメント加算を受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保し、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している
- ・「人生の最終的段階における医療、ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行います。

⑦ 看取り期におけるサービス利用に至らなかった場合の評価

- ・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等に、ケアマネジメント業務を行ったものの、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取り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

算定を行います。

⑧ 特定事業所集中減算 －2,000 円/月

対象となる訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護に正当な理由なく、同一の事業所によってサービスが提供されるものが 8 割を超える場合

⑨ オンラインツール等を活用した会議の開催

- ・ 利用者又は家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行うことができるものとする。その際、個人情報の適切な取扱いに留意する。

（ 2） 交通費

通常のサービス実施地域内外を問わず、居宅介護支援サービスのご利用による交通費の自己負担はありません。

13 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- （1）虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待に関する責任者	菱沼松子
虐待に関する担当者	齋藤大知

- （2）後見人制度の利用を支援します。

- （3）苦情解決体制を整備しています。

- （4）従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施し、研修等を通じて、従業員の
人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

14 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- （1）感染症の予防及びまん延防止のために必要な委員会の開催、指針の整備等、研修の実施、訓練（シ
ュミレーション）の実施等

15 守秘義務及び情報の提供について

- （1）守秘義務について

当事業所の及び介護支援専門員その他の従業者は、在職中及び退職後においても、正当な理由なく、その業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を第三者に漏らしません。これは契約終了後も同様とします。

- （2）サービス事業者間の情報提供等について

居宅介護支援事業者が知り得たご利用者及びご家族の情報に関して、今後利用するサービス事業者に提供する事並びに要介護認定等に関する情報を市町村の介護保険課より受け取る事があります。

16 サービスの内容に関する相談・苦情窓口

- （1）当事業所の指定居宅介護支援に関する相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについての相談、苦情については次の所で承ります。

苦情受付担当者	阿部 弘樹
苦情解決責任者	菱沼 松子

申し込み方法・受付時間

1	施設内における面接による場合	午前 9 時～午後 17 時
2	電話により受付（電話番号 023-685-1225）	午前 9 時～午後 17 時
3	書面、FAX による場合（受付 FAX 番号 023-685-1227）	24 時間
4	E-mail による場合（アドレス yuri2139@ic-net.or.jp）	24 時間
5	第三者による受付（荒木 昭雄様 023-653-8063） （渡邊 美津子様 023-654-3623）	午前 9 時～午後 17 時
苦情解決責任者は、苦情受付担当者の報告に基づき、苦情処理委員会を召集し苦情解決の最善策の立案・検討をするとともに、再発防止及び施設内水平展開を実施します。		

（２）当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口や国民健康保険団体連合会に苦情を伝える事ができます。

国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護サービス推進室（苦情処理専用）

（電話 0237-87-8006 ）

山形市役所

（電話 023-641-1212 ）

山形県福祉サービス運営適正化委員会

（電話 023-626-1755 ）

17 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 山形	
代表者役職・氏名	理事長 宮 舘 哲 男	
事業所所在地	〒990-2231 山形市大字大森 2 1 3 9 番地 1	電話番号 023-685-1218
	介護保険指定番号 0670100361	サービス地域 山形市

18 重要事項の説明及び同意、交付

20 年 月 日

当居宅介護支援の提供開始に当たり、ご利用者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。			
事業所	所在地	〒990-2231 山形市大字大森 2 1 3 9 番地 1	
	名 称	サンシャイン大森居宅介護支援センター	
	説明者	所属・氏名	居宅介護支援センター 齋藤 大知 印

私は、本書面により、事業者から指定居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、同意して、交付を受けました。		
利用者	住 所	〒
	氏 名	印
代理人	住 所	〒
	氏 名	印