

指定居宅介護支援重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(山形県指定 第0671600054号)

当事業所はご契約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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

■居宅介護支援とは

契約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。

- ご契約者の心身の状況やご契約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。
- ご契約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、ご契約者とそのご家族等、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。

◇◇ 目 次 ◇◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員体制	2
5. 居宅介護支援の方法及び内容	2
6. 利用料金	3
7. サービスの利用に関する留意事項	5
8. 事故発生時の対応方法	6
9. 守秘義務	6
10. 損害賠償について	6
11. 苦情の受付について	6
12. 虐待防止に関すること	7
13. 身体拘束について	7
14. 業務継続計画の策定	8
15. ハラスメントについて	8
16. 第三者評価の実施について	8

指定居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人天童市社会福祉協議会
(2) 法人所在地	山形県天童市老野森二丁目6番3号
(3) 電話番号	023-654-5156
(4) 代表者名	会長 名佐原 雅治
(5) 設立年月	昭和41年 8月24日

2. 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	事業所の介護支援専門員が、要介護状態または要支援状態(以下『要介護状態等』という。)にある高齢者に対し適正な居宅介護支援を提供する。
(3) 事業所の名称	天童市居宅介護支援事業所
(4) 事業所の所在地	平成11年10月1日 山形県0671600054号 山形県天童市老野森二丁目6番3号 天童市総合福祉センター1階
(5) 電話番号	TEL 023-658-7350 FAX 023-654-5166
(6) 当事業所の運営方針	<p>① 事業は、利用者が要介護状態等となった場合でも、可能な限り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配慮して行う。</p> <p>② 事業は、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行う。</p> <p>③ 事業は、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、提供する指定居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることがないよう、公正中立に行う。</p> <p>④ 事業は、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障がい者支援の相談支援事業者等、関係機関と連携に努めて行う。</p> <p>⑤ 事業は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備とともに職員に対する研修等を行う。</p>
(7) 開設年月日	平成12年4月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 天童市全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日 下記のとおり (但し、祝日及び12月29日から1月3日は除く)

受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分

サービス提供時間帯 月～金 午前8時30分～午後5時15分

※夜間連絡体制として 上記以外の時間帯は 080-1801-8908(事業所携帯電話)で受付致します。

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約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	常勤換算	職務の内容
1.管理者(主任介護支援専門員)	1	—	1	事業の管理及び指定居宅介護支援の提供
2.介護支援専門員	2	—	2	指定居宅介護支援の提供

※常勤換算:勤務時間数(週38.45時間)

5. 居宅介護支援の方法及び内容

【提供方法】

① 相談を受ける場所	天童市居宅介護支援事業所内・自宅
② 使用する課題分析票の種類	居宅サービス計画ガイドライン
③ サービス担当者会議の開催場所	利用者の自宅(場合によっては入院先や入所先もあり)
④ 介護支援専門員の居宅訪問頻度	最低月1回以上
⑤ モニタリングの結果記録	1ヶ月に1回

【内容】

① 居宅サービス計画の作成及び計画の変更
② サービス実施状況の継続的な把握及び評価
③ サービス担当者会議の開催
④ 地域における保健医療サービス及び福祉サービス情報の提供
⑤ 指定居宅サービス事業者との連絡調整
⑥ 介護保険施設等への入所、入院の紹介
⑦ 要介護認定の申請にかかる援助
⑧ サービス利用にかかる給付管理
⑨ 関係機関との連携
⑩ 地域ケア会議における関係者間の情報共有
⑪ 主治の医師等との連携
⑫ 公正中立なケアマネジメントの確保

6. 利用料金

(1) サービス利用料金 (契約書第8・9条参照)

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合(法定代理受領)は、ご契約者の自己負担はありません。但し、ご契約者(利用者)の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、介護報酬の告示上の額をお支払いいただくことになります。

ア. 基本料金

居宅介護支援費

区分	取扱件数	要介護 1・2	要介護 3・4・5
I	45 件未満について	10,860 円／月	14,110 円／月
II	45 件以上 60 件未満について	5,440 円／月	7,040 円／月
III	60 件以上について	3,260 円／月	4,220 円／月

※取扱件数とは、介護支援専門員一人についての取扱い件数です。

※IIとIIIについては、45 件以上の部分についての算定となります。

イ. 初回加算

区分	状況	要介護 1・2・3・4・5
	初回時	3,000 円／月

※ 算定要件

- ・新規に居宅サービス計画を作成した場合。
- ・要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成した場合。
- ・要介護状態が 2 段階以上変更となった場合。

ウ. 退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1回	4,500 円	6,000 円
連携 2回	6,000 円	7,500 円
連携 3回	—	9,000 円

※ 算定要件

病院に入院若しくは介護保険施設に入所していた利用者が、退院または退所し、居宅において居宅サービスを利用する場合、病院や介護保険施設等の職員と面談を行い、必要な情報を受けた上で居宅サービス計画書を算定した場合に加算されます。

エ. 入院時情報連携加算

区分	状況	要介護1・2・3・4・5
I		2,500円／月
II	入院時	2,000 円／月

※ 算定要件

- ・病院に入院するにあたり病院職員に対して必要な情報を提供した場合1月に1回を限度として加算されます。

I 利用者の入院日に、病院の職員に対し利用者に係る情報を提供した場合

II 利用者の入院した日の翌日又は翌々日に、利用者に係る情報を提供した場合

オ. 特定事業所加算

区分	状況	要介護 1・2・3・4・5
I	特定事業所	5,190 円／月
II		4,210 円／月
III		3,230 円／月
A		1,140 円／月

※ 算定要件

I ① 常勤専従の主任介護支援専門員を 2 名以上配置していること。
 ② 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置していること。
 ③ 利用者に関する情報又はサービス提供にあ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に開催すること。
 ④ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護 3～5 である者の割合が 40% 以上であること。
 ⑤ 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できる体制を確保している。
 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。
 ⑦ 地域包括支援センターから困難な事例を紹介された場合に、居宅介護サービス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、障がい者、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・研修会等に参加していること。
 ⑨ 特定事業所集中減算が適用されていないこと。
 ⑩ 介護支援専門員 1 人当たりの利用者の平均件数が 45 件以上でないこと。
 ⑪ 法定研修等における実習受け入れ事業所となるなど、人材育成への協力体制を整備している。
 ⑫ 他法人が運営する居宅介護支援事業者との共同の事例検討会・研修会等を実施している。
 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るような居宅サービス計画を作成していること。

II ③⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬及び、常勤専従の介護支援専門員 3 名以上とは別に主任介護支援専門員を 1 名以上配置している。

III ③⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬及び、常勤専従の介護支援専門員 2 名以上とは別に主任介護支援専門員を 1 名以上配置している。

A ③⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬及び、常勤専従の介護支援専門員 1 名以上、非常勤の介護支援専門員 1 名以上、とは別に主任介護支援専門員を 1 名以上配置している。

※ 当事業所は特定事業所加算 III の指定を受けています。

カ. 特定事業所医療介護連携加算

要介護1・2・3・4・5
1,250 円／月

※ 算定要件

- ・前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数(情報の提供を受けた回数)の合計が 35 回以上。
- ・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。
- ・特定事業所加算 I～III を算定していること。

キ. 通院時情報連携加算

要介護1・2・3・4・5
500 円／回

※ 算定要件

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるとき介護支援専門員が同席し、医師

又は歯科医師等に対して利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に係る必要な情報提供を行うとともに、医師又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(ケアプラン)に記録した場合に算定する。利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする。

ク. 緊急時等居宅カンファレンス加算

要介護1・2・3・4・5
2,000円／回

※算定要件

病院の求めにより、医師または看護師と共に、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、利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合、利用者1人につき1月に2回を限度として所定単位数を加算する。

ケ. ターミナルケアマネジメント加算

要介護1・2・3・4・5
4,000円／回

※算定要件

看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、「人生の最終段階における医療・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う。

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、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者または家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合に、1月につき加算する。

(2) 交通費(契約書第8・9条参照)

通常の事業実施地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費については、次の額の料金を請求させていただく場合があります。料金が発生する場合は事前に了解を得るものとします。

- ・実施地域を越えた地点から 1 kmあたり 50 円

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

(2) 介護支援専門員の交替(契約書第7条参照)

① 事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者(利用者)に対してサービス利用上の不利益が

生じないよう十分に配慮するものとします。

②ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

8. 事故発生時の対応方法(契約書第11条参照)

事業者、介護支援専門員又は従業者が、居宅介護支援を提供する上で事故が発生した場合は、速やかにご家族及び保険者(天童市)に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、事故の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。事業所に連絡するとともに、利用者の主治医又は医療関係への連絡を行い、医師の指示に従います。

9. 守秘義務(契約書第12条参照)

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、生命、身体の危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません。(また、従業員が職務上知り得た秘密及び個人情報は、従業者でなくなった後においても第三者に漏らすことはありません。)

また、感染防止の観点から、各種会議や多職種との連携の際にはテレビ電話やその他情報通信機器を活用して実施させていただく場合があります。

10. 損害賠償について(契約書第13条参照)

事業所の責任よりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意に過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じることができます。

11. 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。

○苦情受付窓口(担当者)

〔職名〕 社会福祉法人天童市社会福祉協議会

総務係 係長 渡邊 勝徳

電話 654-5156

○苦情解決責任者

〔職名〕 社会福祉法人天童市社会福祉協議会

事務局長 松浦 和人

○第三者委員

稻葉 一友 後藤 美代 奥山 善仙

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分

(祝日、12月29日～1月3日を除く)

(2) 苦情処理の方法

○苦情の受付

苦情の担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、内容、希望、等について書面に記入し、苦情申し出人に解決の方法等の確認を行います。

○苦情の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者(天童市社会福祉協議会事務局長)に報告いたします。

○苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は、十分検討のうえ、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

天童市健康福祉部保険給付課 介護給付係	所在地 山形県天童市老野森一丁目1番1号 電話番号 654-1111 ・ FAX658-8547 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 (祝日、12月29～1月3日を除く)
国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理専用	所在地 山形県寒河江市大字寒河江字久保6番地 電話番号 0237-87-8006 ・ FAX0237-83-3354 受付時間 午前9時00分～午後4時00分 (祝日、12月29日～1月3日を除く)
山形県社会福祉協議会 県運営適正化委員会事務局	所在地 山形県小白川町二丁目3の31 電話番号 626-1755 ・ FAX626-1770 受付時間 午前9時00分～午後5時00分 (祝日、12月29日～1月3日を除く)

12.虐待防止に関すること

当事業者は利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 高齢者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) 定期的に虐待防止を啓発・普及するための研修の実施。
- (4) 虐待防止に関する責任者。

虐待防止に関する責任者 介護サービス係長 高崎 健一

13.身体拘束について

当事業所は、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する。

14. 業務継続計画の策定

当事業所は、感染症や災害が発生した場合には、事業継続が出来るよう対策を講じています

(1) 感染症予防及び感染発生時の対応について

ア 感染症対策指針の整備。

イ 定期的な感染症発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修、発生時の訓練の実施。

15. ハラスメントについて(契約書第17条参照)

(1) 本会では、職場内におけるハラスメント行為についての具体的な内容及び防止に対する方針、相談窓口等を明確に記したハラスメント防止文書を掲示し、全職員に周知しています。当事業所もそれに従い、ハラスメントのない職場環境作りに努めています。

(2) 万が一、ご利用者及びご家族からのハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが困難と判断した場合には、相談担当者等の助言を得て対応について検討を行います。

16. 第三者評価の実施について

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

年 月 日

指定居宅介護支援の提供開始に際し、利用者に対し本書面に基づき、重要事項の説明を行い、交付しました。

天童市居宅介護支援事業所

説明者職名 介護支援専門員 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、指定居宅介護支援の提供開始に同意し、受領しました。

契約者(利用者) 住所 氏名 _____ 印

上記署名は、 _____ 印 続柄 () が代行しました。

代理人 住所 氏名 _____ 印

(代理人を選定した場合)

(注)「代理人」欄は契約者の判断能力に障害が見られる等の理由により、代理人を選定した場合。

※この重要事項説明書は、厚生労働省第38号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。