

指定居宅介護支援事業重要事項説明書

居宅介護支援契約の締結にあたっては、「居宅介護支援重要事項説明書」の内容について、十分確認され、かつ同意の上で行っていただきますようお願いいたします。

なお、ご利用者の心身の状況により、ご判断等に支障がある場合には、ご家族または成年後見人等の立会いのうえでご契約をお願いいたします。

1 指定居宅介護支援を提供する事業者について

事業者名称	社会医療法人 春回会
代表者氏名	理事長 井上 健一郎
本社所在地	長崎県長崎市宝町6番8号
電話番号	095-845-1014

2 利用者に対しての指定居宅介護支援を実施する事業所について

事業所名称	ケアプランセンター ひまわり
介護保険指定事業者番号	4270100854
事業所所在地	〒852-8053 長崎県長崎市葉山1丁目28-15 S&B葉山ショッピングプラザ5F
連絡先	連絡先電話 095-865-6294 ファックス番号 095-855-3860
管理者氏名	津浪 学
事業所の通常の事業の実施地域	長崎市・時津町・長与町
営業時間	月曜日～金曜日(8:45～17:30) 土曜日(8:45～13:00) ただし、国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く ※営業時間外であっても、転送電話により24時間連絡可能な体制をとっています。
事業の目的	要介護状態にある利用者に対し、適切な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

3 職員勤務体制

職 種	人 数	勤 務 形 態	業 務 内 容
管 理 者	1 名	常勤専従	事業所の管理、運営 居宅介護支援業務
主任介護支援専門員 (管 理 者 含 む)	1 名 以 上	常勤専従	新人の育成や指導、 地域における介護課題の 解決
介 護 支 援 専 門 員	3 名 以 上	常勤専従	居宅介護支援業務

4 運営の方針

- (1) 事業所は、利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した質の高い日常生活を営むことができるよう、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、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- (2) サービス提供に当たっては、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、提供される居宅サービス等が、特定の種類又は特定のサービス事業所に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。
- (3) 事業の運営に当たっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスを提供する事業所との密接な連携を図るよう努めます。

5 居宅介護支援の利用申込みから介護サービス提供までの主な流れ

- (1) 要介護認定申請の代行等
- (2) サービスのお申込み
- (3) 重要事項説明及び契約
- (4) 担当の介護支援専門員による状況、状態の把握。
- (5) 居宅サービス計画原案の作成
サービス内容等の打ち合わせ、サービス利用料金等のご相談。
- (6) サービス事業者との連絡、調整
サービス事業者がお宅へ伺うこともあります。
- (7) 居宅サービス計画決定
ご本人、ご家族に居宅サービス計画を説明、同意のうえ交付します。
決定した居宅サービス計画をサービス事業者に説明します。
- (8) サービス提供開始
提供された居宅サービス等に対してのご要望等を承ります。
必要に応じて計画の変更を行います。

6 居宅介護支援業務等について

- (1) 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族との面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
- (2) 介護支援専門員は、利用者の居宅サービス計画の原案への同意を確認した後、原案に基づく居宅サービス計画を作成し、改めて利用者の同意を確認します。
- (3) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後において、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、モニタリングの結果を記録します。
- (4) 介護支援専門員は、居宅サービス計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します。
- (5) 利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請を利用者に代わって行います。
- (6) 介護支援専門員は、利用者の介護認定や介護認定の更新及び変更があった場合、サービス担当者会議の開催や担当者への照会等により、居宅サービス計画の内容についてサービス担当者の意見をもとめ計画作成の見直しを行います。
- (7) 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する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。
- (8) 介護支援専門員は、その居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断した場合、または利用者が介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、利用者及びその家族に介護保険施設に関する情報を提供します。

7 利用料金

サービス利用料については、（別表）のとおりです。

8 その他の費用について

交 通 費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。
-------	---

9 サービス提供の記録等

- (1) 事業所は指定居宅介護支援の提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後5年間保管します。
- (2) 利用者及びその家族は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。

10 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

- (1) 利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、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について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- (2) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (3) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。また、事業所から利用者の服薬状況、口腔機能その他の心身又は生活の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若しくは歯科医師又は薬剤師に提供します。

11 介護支援専門員の交代

- (1) 利用者からの交代の申し出
選任された介護支援専門員の交代を希望する場合は、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、交代を希望する理由を明らかにして、事業所に対して交代を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の介護支援専門員の指名はできません。
- (2) 事業所からの担当センター、介護支援専門員の交代
事業所の都合により、担当センター、介護支援専門員を交代することがあります。その場合は、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

12 ハラスメント対策

- (1) 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目指します。
- (2) 利用者またはその家族等が、事業者の職員に対して行う、身体的な力を使って危害を及ぼす行為、個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりする行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

13 業務継続計画の策定

- (1) 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ため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね1年に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

15 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

虐待防止に関する責任者	管理者 津浪 学
-------------	----------

16 秘密の保持と個人情報の取扱いについて

- (1) サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- (2) 事業所は従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (3) 利用者及び家族の情報については、居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において、必要な場合に使用することとし、文書で同意を得ない限り用いません。

17 事故発生時の対応方法について

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は、速やかに主治医及び、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

18 サービス提供に関する相談、苦情窓口

当事業所の相談・苦情窓口	担当者 津浪 学 電話番号095-865-6294
--------------	------------------------------

※担当者が不在のときは、他の職員が対応し担当者に引継ぎ、担当者よりご連絡をいたします。

また、下記の窓口でも、介護サービスに係る苦情・相談を受け付けています。

長崎市介護保険課	電話番号095-829-1163
長崎市すこやか支援課	電話番号095-829-1146
時津町役場（高齢者支援課）	電話番号095-882-2211
長与町役場（介護保険課）	電話番号095-883-1111
長崎県国民健康保険団体連合会	電話番号095-826-1599

令和 年 月 日

事業所は、利用者への居宅介護支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、交付しました。

事業所名称	ケアプランセンター ひまわり
事業所所在地	〒852-8053 長崎県長崎市葉山1丁目28-15 S&B 葉山ショッピングプラザ5F
管理者氏名	津浪 学
説明者氏名	

令和 年 月 日

私は、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、その内容に同意し、交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	(利用者との続柄)

(別表)

利用料金

要介護の認定を受けている方は、介護保険制度から全額給付されますので、下記利用料(加算含む)をお支払いいただく必要はありません。

居宅介護支援費	11,088円	要介護1・2
	14,406円	要介護3・4・5

加算	加算額	内容・回数等
初回加算	3,063円	新規に居宅サービス計画を作成する場合 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する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
入院時情報連携加算Ⅰ	2,552円	入院の当日に病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅰ)
入院時情報連携加算Ⅱ	2,042円	入院の日から3日以内に病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅱ)
退院・退所加算(Ⅰ)イ	4,594円	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合。 (Ⅰ)イ 連携1回 (Ⅰ)ロ 連携1回(カンファレンス参加による) (Ⅱ)イ 連携2回以上 (Ⅱ)ロ 連携2回(内1回以上カンファレンス参加) (Ⅲ) 連携3回以上(内1回以上カンファレンス参加)
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	6,126円	
退院・退所加算(Ⅱ)イ	6,126円	
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	7,657円	
退院・退所加算(Ⅲ)	9,189円	
通院時情報連携加算	510円	1月につき
特定事業所加算(Ⅰ)	5,298円	「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に開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合(一月につき)
特定事業所加算(Ⅱ)	4,298円	
特定事業所加算(Ⅲ)	3,297円	
特定事業所加算(A)	1,163円	
特定事業所医療介護連携加算	1,276円	特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合(一月につき)
ターミナルケアマネジメント加算	4,084円	在宅死亡の末期の利用者に対し24時間連絡体制を整備し必要に応じ居宅介護支援を提供した場合
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,042円	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整した場合

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業所から居宅介護支援の提供に際して、利用料金の内容について説明を受け、同意しました。

【利用者】 氏名 _____ 印

※本人が手書きで署名する場合は押印は不要です。

【利用者代理人】 氏名 _____ 印

(利用者との続柄 _____)