居宅介護支援 重要事項説明書

〈令和　年　月　日現在〉

１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号　　0277-76-1120　（午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで）
担当者名　　○○　○○
＊ご不明な点がありましたら、お気軽にお尋ねください。

２．サンホープケアプランセンターかさかけ居宅介護支援事業所の概要

（１）事業所名、所在地、指定番号およびサービス提供地域

事業者名	居宅介護支援事業所　サンホープケアプランセンターかさかけ
所在地	群馬県みどり市笠懸町阿左美 574-3
介護保険事業所番号	居宅介護支援　（群馬県　1072900358 号）
サービスを提供する地域	みどり市(笠懸、大間々)、桐生市（旧市内、新里） 太田市(藪塚、大原) ※記載以外の地域の方でもご希望の方はご相談ください。

（２）同事業所の職員体制

管理者 兼 介護支援専門員	資格　看護師	常勤	1 名
介護支援専門員	資格　社会福祉士	常勤	1 名
介護支援専門員	資格　介護福祉士	常勤	3 名

管理者名	

（３）営業時間

月～金曜日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

＊その他の土曜・日曜・祝祭日、年末年始（12 月 30 日～1 月 3 日）は、休業日とします。
＊尚、24 時間連絡体制を確保し、上記営業時間外は、転送にて電話をお受け出来ます。
緊急時等ご連絡下さい。

電話番号　0277-76-1120

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

申し込みからサービス提供までの流れ	利用者
介護サービス計画作成依頼 利用者との間でケアプラン作成を同意・契約	同意後、契約書等の署名捺印
介護サービス計画（ケアプラン）作成 １　利用者の状態を把握する ２　サービスの必要性の把握（課題分析） ３　利用サービスの調整 ４　ケア目標の設定 ５　ケアプランの作成	介護支援専門員が利用者宅を訪問 利用者によるサービス選択
サービス提供開始	サービスを利用し効果が得られているか。評価、確認する。
モニタリング(サービスの見直し)	

４．利用料金

（１）利用料

要介護認定を得られた方の居宅介護支援費用は、介護保険より居宅介護サービス計画費が全額支給されますので、利用者の自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、１ヶ月につき 10,860 円(要介護 1・2)、14,110 円(要介護 3・4・5)をお支払いいただき、**当社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　○○○　市の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

尚事業者が基準省令に定める一定の要件を満たさない場合は 5,440 円、3,260 円(要介護 1・2)、7,040 円、4,220 円(要介護 3・4・5)、もしくは一定の情報通信機器の活用又は事務職員を配置した場合、5,270 円、3,160 円(要介護 1・2)、6,830 円、4,100 円(要介護 3・4・5)になる場合があります。

また、以下に該当する一定の対象者に掛かる加算についても全額給付されますが、上記同様、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合は、以下の加算も合わせて一旦お支払いいただきます。

① 初回加算（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した場合）は、3,000 円が加算されます。

② 入院時情報連携加算はⅠ(入院した日に情報提供※営業時間終了後又は営業日以外に入院した場合は翌日も含む)として 2,500 円、Ⅱ(入院先に入院した日の翌日又は翌々日に情報提供※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も含む)として 2,000 円が加算されます。

③ 退院・退所加算として医療機関や介護保険施設を退院・退所し居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、要件を満たした場合、入院または入所期間中にカンファレンス参加なしの場合 4,500 円(1 回目)、6,000 円(2 回目)、カンファレンス参加有りの場合 6,000 円(1 回目)、7,500 円(2 回目)、9,000 円(3 回目)が加算されます。

④ 医療機関において医師の診断を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえケアマネジメントを行った場合月に 1 回、通院時情報連携加算として 500 円が加算されます。

⑤ 病院との連携や看取りへの対応の状況にて、要件を満たした場合、特定事業所医療介護連携加算として 1,250 円が加算されます。

⑥ 緊急時等居宅カンファレンス加算として、要件を満たした場合、2,000 円が加算されます。（月に 2 回を限度として）

⑦ ターミナルケアマネジメント加算として、要件を満たした場合、4,000 円が加算されます。

⑧ 特定事業所加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、5,190 円(特定事業所加算Ⅰ)、4,210 円(特定事業所加算Ⅱ)、3,230 円(特定事業所加算Ⅲ)が加算されます。また以上の加算を算定していない場合で必要要件を満たした場合、1,140 円(特定事業所加算 A)が加算されます。

（２）交通費

原則として無料とします。

（３）解約料

お客様はいつでも解約することができ、解約料はかかりません。

５．サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは，お電話等でお申し込みください。居宅介護支援事業所サンホープケアプランセンターかさかけの職員がお伺いいたします。

契約を締結した後，サービスを開始いたします。

(2)サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下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

人員不足等やむをえない事情により，サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了後１ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅支援事業者をご紹介いたします。

（ア）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いたします。

① お客様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お客様の要介護認定区分が、要支援状態及び非該当(自立及び要支援)と認定された場合

③ お客様がお亡くなりになった場合

（イ）その他

お客様やご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ございます。

６．サービス内容等に関する相談・苦情

(1) 当社お客様相談･苦情担当

当社の居宅介護支援に関するご相談･苦情およ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ご相談･苦情を承ります。

○相談・苦情責任者　（管理者、主任介護支援専門員）

○相談・苦情窓口

電話番号　　0277-76-1120（時間外は転送にて対応）

(2) その他：当事業所以外に、市町村や群馬県国民健康保険団体連合会の相談･苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

○　みどり市　　介護高齢課	TEL　0277－76－0974
○　桐生市　　長寿介護課	TEL　0277－46－1111(代表)
○　太田市　　介護サービス課	TEL　0276－47－1856
○　群馬県国民健康保険団体連合会	TEL　027－290 - 1323

７．秘密保持、個人情報保護

① 事業者および介護支援専門員は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する個人情報（秘密）は、第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様とします。

② 契約者に関わるサービス担当者会議等、正当な理由で個人情報を利用する場合、別紙で定めた「個人情報の利用目的」を事前に説明し同意を得た上で、利用できるものとします。尚、利用範囲は介護サービスが円滑に提供できる必要最小限とします。

③ 利用できる期間は、契約期間に準じます。

８．事故発生時の対応

① 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には、利用者の家族および市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
② 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
③ 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

９．虐待の防止の取り組みと身体拘束等の原則禁止について

① 事業者は､利用者の人権の擁護･虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。
1 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施
2 虐待防止のための指針の整備
3 その他虐待防止のために必要な措置
4 虐待担当責任者の設置
5 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催すると共に、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
事業者は、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。
② 事業者は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者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､身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
③ 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録する事とします。
④ 虐待担当責任者について、管理者を責任者とします。

10. 入院時医療連携について

医療と介護の連携の強化として、入院時の際は、担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するようお願いします。

11. 公平中立なケアマネジメントの確保

利用者やその家族はケアプラン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出来ます。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが出来ます。
居宅介護支援の提供の開始において、当事業所の前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合、同一事業所によって提供されたものの割合の説明は別紙のとおりとなります。

12. 障害福祉制度との連携について

障害福祉サービスを利用してきた利用者が介護保険サービスを利用する場合、当該相談支援事業所との連携に努めて行きます。

13. 事業継続計画について

事業継続計画(BCP)の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施していきます。

14. 衛生管理について

感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行います。また研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努めていきます。

15. 当社の居宅介護支援の特徴等

（１）運営の方針

① 事業所の介護支援専門員は、事業の提供にあたっては次の事項に努めるものとする。

一　要介護になった場合においても、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自立した日常生活を営むことができるよう配慮すること。

二　利用者の心身の状況、その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、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮すること。

三　利用者の意思及び人格を尊重し、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することのないよう、公正中立に行うこと。

② 事業の運営に当たっては、関係市町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保健施設との連携に努めるものとする。

③ 介護保険法第 118 条の２第１項に規定されている介護保険施設等関連情報その他必要な情報を活用し適切且つ有効に行うよう努めるものとします。

（２）サービス利用のために

① 担当の介護支援専門員の変更を希望される方はお申し付けください。

② 介護支援専門員への研修は、年２回以上実施しております。

③ 契約後、居宅サービス計画の作成段階途中でお客様のご都合により解約した場合の解約料は一切いただきません。

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応する体制を確保しております。営業時間外は、転送にて電話をお受け出来ますので、ご連絡下さい。

⑤ 利用者に関する情報及び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しております。

⑥ 事業所は、適切な指定居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動（ハラスメント）であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。また顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として、以下の取組を行います。

一　相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

二　被害者への配慮のための取組

三　被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施）

16. 当法人の概要

① 法人名　　医療法人日望会
② 代表者名　　理事長　望月　裕文
③ 所在地　　群馬県みどり市笠懸町鹿２６４６－１
④ 代表電話　　０２７７－７６－１１００

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。

【説明日　　令和　　年　　月　　日】

事業者
所在地　群馬県みどり市笠懸町阿左美 574 番地 3
名　称　居宅介護支援事業所　サンホープケアプランセンターかさかけ　　印
説明者　介護支援専門員　　○○　○○　　印

私は、重要事項説明書および関連資料（別紙）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同意し本書の交付を受けました。

利用者
住　所
氏　名

（代理人）
住　所
氏　名　　（続柄:　　）