

指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「厚木市指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」の規定に基づき、指定居宅介護支援提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定居宅介護支援サービスを提供する事業者について

| | |
|---------|--------------------------------------|
| 法人名称 | 社会福祉法人聖和むつみ会 |
| 代表者職・氏名 | 理事長 後藤 典彦 |
| 本社所在地 | 神奈川県厚木市及川字柳流793番 |
| 法人連絡先 | TEL：046-243-6230 FAX：046-243-6231 |
| 法人設立年月日 | 平成25年12月12日 |

2 ご利用者様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

(1)事業所の所在地等

| | | | |
|-----------|-------------------|-----|--------------|
| 事業所名称 | ケアプラン グランモールさくら及川 | | |
| 介護保険事業所番号 | 1472902574 | | |
| 事業所所在地 | 神奈川県厚木市及川字柳流793番 | | |
| 電話番号 | 046-210-3047 | FAX | 046-243-6231 |
| 通常の事業実施地域 | 厚木市、清川村、愛川町 | | |

(2)事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | ご利用者様の意思及び人格を尊重した上で、ご利用者様の状況に応じた適切な居宅介護支援事業を提供することにより、ご利用者様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支援することを目的とします。 |
| 運営の方針 | ご利用者様の心身の状況や環境等に応じて、その選択に基づいた適切な保健医療・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します。 常にご利用者様の立場に立って、提供される指定居宅サービスが特定の事業者に不当に偏ることのないよう努めます。 市町村や地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者等との連携に努めます。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|-------------------------|
| 営業日 | 月～金曜日（ただし、12/30～1/3を除く） |
| 営業時間 | 8：45～17：45 |

(4) 事業所の職員体制

| | |
|-------|-------|
| 管理者氏名 | 中島 真紀 |
|-------|-------|

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|---------|--|--------------------------|
| 管理者 | 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常 勤 1 名 |
| 介護支援専門員 | 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成に関する業務を行います。 サービスの提供方法などについて、ご利用者様やご家族様が理解しやすいよう丁寧に説明します。 ご利用者様の有する能力やその置かれている環境などを明らかにし、ご利用者様が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握します（アセスメント）。 アセスメントにあたっては、ご利用者様の居宅を訪問し、ご利用者様およびご家族様と面接して行います。 サービス担当者会議を開催し、指定居宅サービス事業者等の担当者と情報を共有し、各担当者の専門的な見地からの意見を求めます。 少なくとも1月に1回、ご利用者様の居宅を訪問し、サービス実施状況の把握（モニタリング）を行います。 必要に応じてケアプランの変更や指定居宅サービス事業者等との調整その他の便宜の提供を行います。 | 常 勤 2 名 以上 非常勤 0 名 |
| 事務職員 | 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 | 常 勤 0 名 非常勤 1 名 |

3 ご利用者様の居宅への訪問頻度の目安

介護支援専門員は、ご利用者様の状況把握などのため、少なくとも1月に1回はご利用者様の居宅を訪問いたします。

※ 上記以外にも、ご利用者様からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合でご利用者様の承諾を得た場合には、居宅を訪問することがあります。

4 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| 居宅介護支援の内容 | 提供方法 | 介護保険適用有無 | 利用料および利用者負担額 |
|----------------------|---------------------------------------|--|---|
| ① 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成 | （別紙1）に掲げる「居宅介護支援業務の実施方法等について」を参照願います。 | 左の①～⑦の内容は、居宅介護支援の一連業務として、介護保険の対象となるものです。 | サービス利用料については、下表のとおりです。 ただし、介護保険適用となる場合には、 <u>ご利用者様が下記利用料（次ページ加算含む）をお支払いいただく必要はありません。</u> （全額介護保険により負担されます。） |
| ② 居宅サービス事業者との連絡調整 | | | |
| ③ サービス実施状況の把握、評価 | | | |
| ④ 利用者状況の把握 | | | |
| ⑤ 給付管理 | | | |
| ⑥ 要介護認定申請に対する協力、援助 | | | |
| ⑦ 相談業務 | | | |

(2) 提供するサービスの利用料について

・基本報酬

| 介護支援専門員1人 当たりのご利用者様の人数 | 要介護度 | 介護報酬総額 |
|---------------------------|----------|-----------------|
| 4 5人未満の場合 (居宅介護支援費Ⅰ) | 要介護1・2の方 | 12,000 円 |
| | 要介護3～5の方 | 15,591 円 |

☆ 地域区分別の単価(3級地 11.05円)を含んだ金額です(以下同様)。

・加算

| 加算等名称 | 介護報酬総額 | 算定回数、要件等 |
|---------------|---------|--|
| 初回加算 | 3,315 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、要介護状態区分が2区分以上変更された場合を含む) |
| 特定事業所医療介護連携加算 | 1,381 円 | ・前前年度の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の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上算定した場合・前前年度の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5回以上算定した場合・特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること |
| 入院時情報連携加算(Ⅰ) | 2,762 円 | 利用者が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当該利用者に係る必要な情報を提供していること。入院日以前の情報提供を含む。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） | | 2,210 円 | 利用者が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当該利用者に係る必要な情報を提供していること。 | |
| 退院・ 退所 加算 | カンファ レンス 参加無 | 連携 1 回 | 4,972 円 | 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービスを利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合 (入院又は入所期間中につき 1 回を限度) |
| | | 連携 2 回 | 6,630 円 | |
| | カンファ レンス 参加有 | 連携 1 回 | 6,630 円 | |
| | | 連携 2 回 | 8,287 円 | |
| | | 連携 3 回 | 9,945 円 | |
| | 通院時情報連携加算 | | 552 円 | |
| 緊急時等居宅カン ファレンス加算 | | 2,210 円 | 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ご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行った場合（1 月に 2 回を限度） | |
| ターミナルケアマネ ジメント加算 | | 4,420 円 | 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、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態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の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者へ提供した場合 | |
| 特定事業所加算（Ⅲ） | | 3,569 円 | 質の高いケアマネジメントを実施している事業所を積極的に評価する観点から、人材の確保や、サービス提供に関する定期的な会議を実施しているなど、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（1 月につき） | |
| 特定事業所 集中減算 | | -2,210 円 | 居宅サービス計画に位置付けたサービスが、特定の事業者（法人）に不当に偏っている場合 | |

| (特定事業所加算Ⅲ算定要件) | |
|----------------|---|
| ① | 利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達を目的とした会議を定期的に開催すること |
| ② | 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いること |
| ③ | 計画的に研修を実施していること |
| ④ | 運営基準減算または特定事業所集中減算の適用を受けていないこと |
| ⑤ | 介護支援専門員一人当たりの利用者の平均件数が45名未満であること |
| ⑥ | 常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置していること |
| ⑦ | 常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること |
| ⑧ | 地域包括支援センターから支援が困惑な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること |
| ⑨ | 介護支援専門員実務研修の科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力または協力体制を確保すること |
| ⑩ | 他法人が運営する居宅介護支援事業所と共同の事例検討会・研究会を実施すること |
| ⑪ | 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等へ参加すること |
| ⑫ | 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 |

5 その他の費用について

| | |
|-----|--|
| 交通費 | <p>利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の事業の実施地域を超えた地点から居宅までの距離（片道）が、1kmを超えるごとに12円 |
|-----|--|

6 利用料、その他の費用の請求及び支払方法について

| | |
|---------------------|---|
| ① ご利用料金その他の費用の請求方法等 | <p>利用料は原則ご負担はありません。その他の費用については、該当する場合には、月ごとの合計金額により、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p> |
| ② お支払い方法等 | <p>サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、さらに支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

7 居宅介護支援の提供にあたって

- (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所等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置づ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。住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (3) ご利用者様が要介護認定を受けていない場合は、ご利用者様の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くともご利用者様が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (4) 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。

8 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見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) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

| | |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者：中島 真紀 |
|-------------|-----------|

9 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>事業者は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>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。</p> |
| <p>個人情報の保護について</p> | <p>事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご利用者様の家族の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>事業者が管理する情報については、ご利用者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者様の負担となります。）</p> |

10 事故発生時の対応方法について

ご利用者様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、市町村、ご利用者様の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様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います。

| | | | |
|------------------|--------------|------------|---------------------|
| <p>家族等氏名（続柄）</p> | | <p>連絡先</p> | |
| <p>家族等氏名（続柄）</p> | | <p>連絡先</p> | |
| <p>市町村（保険者）</p> | <p>厚木市役所</p> | <p>連絡先</p> | <p>046-225-2220</p> |

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|--------------|---|
| <p>保険会社名</p> | <p>あいおいニッセイ同和損害保険</p> |
| <p>保険名</p> | <p>賠償責任保険</p> |
| <p>補償の概要</p> | <p>対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償</p> |

11 身分証携行義務

居宅介護支援員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者様又はご利用者様の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12 指定居宅介護支援サービス内容の見積もりについて

(1) 担当介護支援専門員（ケアマネージャー） (連絡先)

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

(2) 提供予定の指定居宅介護支援の内容と料金等（介護保険を適用する場合）

| 介護保険適用の有無 | サービス区分、加算等 | 介護報酬額 | ご利用者様負担額 |
|-----------|------------------------|----------|----------|
| | 居宅介護支援費 I（要介護 1、2） | 12,000 円 | 0 円 |
| | 居宅介護支援費 I（要介護 3、4、5） | 15,154 円 | 0 円 |
| | その他の費用（1月あたり） | | 円 |
| | 合計（1ヶ月あたりのご利用者様負担額の目安） | | 円 |

法定代理受領サービスである場合は、利用者負担はありません。

13 サービス提供に関する相談、苦情について

< 苦情処理の体制、手順 >

- (1) ご利用者様またはご家族様からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- (3) 苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様またはご家族様の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- (4) 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ずご利用者様またはご家族様へ報告します。
- (5) 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

■ 社会福祉法人聖和むつみ会 第三者委員

| | |
|------|---|
| 熊谷薫 | 連絡先につきましては、施設までお問い合わせください。なお、施設掲示板にも案内がございます。 |
| 八鍬利江 | |

■ 苦情申立の窓口

| | | | |
|------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------|
| 事業者 | | ケアプラン グランモールさくら及川 | |
| 所在地 | | 神奈川県厚木市及川字柳流793番 | |
| TEL | 046-210-3047 | FAX | 046-243-6231 |
| 受付時間 | 月～金曜日（ただし、12/30～1/3を除く）8：45～17：45 | | |

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------|--|
| 保険者（市町村等の介護福祉課担当部局） | | 厚木市役所 | |
| 所在地 | | 厚木市中町3-17-17 | |
| TEL | 046-225-2220 | FAX | |
| 受付時間 | 8時30分から17時15分（土日祝および12/30～1/3を除く） | | |

| | | | |
|------------------------|------------------------------|-------------|--------------|
| 神奈川県国民健康保険団体連合会 | | | |
| 所在地 | | 横浜市西区楠町27番地 | |
| TEL | 045-329-3447 | ナビダイヤル | 0570-022-110 |
| 受付時間 | 8時30分から17時15分（土日祝および年末年始を除く） | | |

14 重要事項の説明年月日

| | | | | |
|-----------------|----|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|----|---|---|---|

上記内容について、「厚木市指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」の規定に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

| | | |
|-----|-------|-------------------|
| 事業者 | 法人所在地 | 神奈川県厚木市及川字柳流793番 |
| | 法人名 | 社会福祉法人聖和むつみ会 |
| | 代表者名 | 理事長 後藤 典彦 |
| | 事業所名 | ケアプラン グランモールさくら及川 |
| | 説明者氏名 | |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

| | | |
|-------------------------|----|--|
| ご利用者様 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 代筆の場合の代筆者氏名 (および続柄等) | | |

| | | |
|-----------------|----|--|
| 代理人 (成年後見人等) | 住所 | |
| | 氏名 | |

(別紙1) 居宅介護支援業務の実施方法等について

1. 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成について

- (1) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、**懇切丁寧**に行います。また、サービスの提供方法などについて、**理解しやすいように分かりやすい説明**を心掛けます。
- (2) ご利用者様の**居宅へ訪問**し、利用者及びご家族様との面接により、その有する能力、置かれている環境、解決すべき課題を適切に把握し、ご利用者様が自立した日常生活を営むことができるように支援します。
- (3) 居宅サービスが**特定の種類の事業者（法人）に不当に偏るような誘導または指示を行いません**。
- (4) そのために、ご利用者様が希望するサービス、地域等をお聞きした上で、市町村の「**事業所一覧表**」や「**介護サービス情報公表システム**」などを最大限活用し、希望に当てはまる事業所（サービス）を複数提示します。また、パンフレット等を用いる場合でも**必ず複数の事業者のものを提示**します。
- (5) また、ご利用者様から複数のサービス事業所を求めていただくことや、サービス計画原案に位置付けたサービス事業者の選定理由を求めることができます。なお、この内容についての文書を交付するとともに口頭での説明を懇切丁寧に行います。また、ご理解いただいたことについてご利用者様から署名をいただきます。
- (6) その他、ご利用者様自らの意思による選択に資するよう、地域のサービス事業者等に関する情報を提供します。
- (7) ケアプランの原案を作成した際は、必ずその内容について**説明し、同意を得ます**。その後、作成したケアプランについてご利用者様へ**交付**します。

2. サービス実施状況の把握について

- (1) **少なくとも1月に1回、ご利用者様の居宅を訪問**し、サービス実施状況の把握（モニタリング）を行います。
- (2) 必要に応じてケアプランの変更や指定居宅サービス事業者等との調整その他の便宜の提供を行います。
- (3) ご利用者様が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や介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、介護保険施設に関する情報を提供します。

3. その他

- (1) ご利用者様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が円滑に行われるよう必要な協力を行います。また、希望される場合は、要介護または要支援認定の申請をご利用者様に代わって行います。
- (2) **当事業所以外の居宅介護支援事業者の利用を希望される際には、引き継ぎが円滑に進むよう、直近のケアプランやその実施状況に関する書類等の情報提供などに誠意をもって応じ、ご利用者様の立場に立って全力で支援します**。