

居宅介護支援重要事項説明書

〈 令和6年4月01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 0 2 8 5 - 4 5 - 1 7 8 9

＊ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の番号およびサービス提供地域

事業所名	在宅介護支援センター 晃南（こうなん）
所在地	栃木県小山市乙女 795
介護保険指定番号	居宅介護支援 （栃木県 0970800157 号）
サービスを提供する地域	（通常の実施区域） 小山市 野木町

＊ 上記地域以外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 1 名

常勤専従の介護支援専門員 3 名以上

常勤専従の主任介護支援専門員 1 名以上

(3) 営業時間

月曜～土曜 および 祝日 (午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分)	窓口受付
日曜 および 上記以外の時間帯 窓口休業日・12 月 30 日から 1 月 3 日（年末年始）	携帯（転送）電話受付

24 時間連絡・相談の体制をとっています。

3. 事業の目的・及び運営方針

医療法人光風会が開設する在宅介護支援センター晃南（以下「事業者」という。）が行う居宅介護支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、事業者の介護支援専門員が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な居宅介護支援を提供することを目的とする。

事業者の介護支援専門員は、要介護者等の希望を受け、要介護者等の心身の状況に応じた介護サービス等の利用計画を作成する。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 職員の職種、員数及び職務内容

事業者に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 1 管理者 1名
管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定居宅介護支援事業の提供にあたり、事業者の介護支援専門員に対する助言・指導を行なうものとする。
- 2 介護支援専門員 3名以上
介護支援専門員は、居宅介護サービス計画の作成、介護保険サービスや他の医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整にあたる。
- 3 主任介護支援専門員 1名以上
主任介護支援専門員は、介護保険サービスや他の医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、事業者の介護支援専門員に対する助言・指導を行うとともに、居宅介護サービス計画の作成にあたる。

5. 秘密保持・個人情報の保護

従業者には、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させ、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。

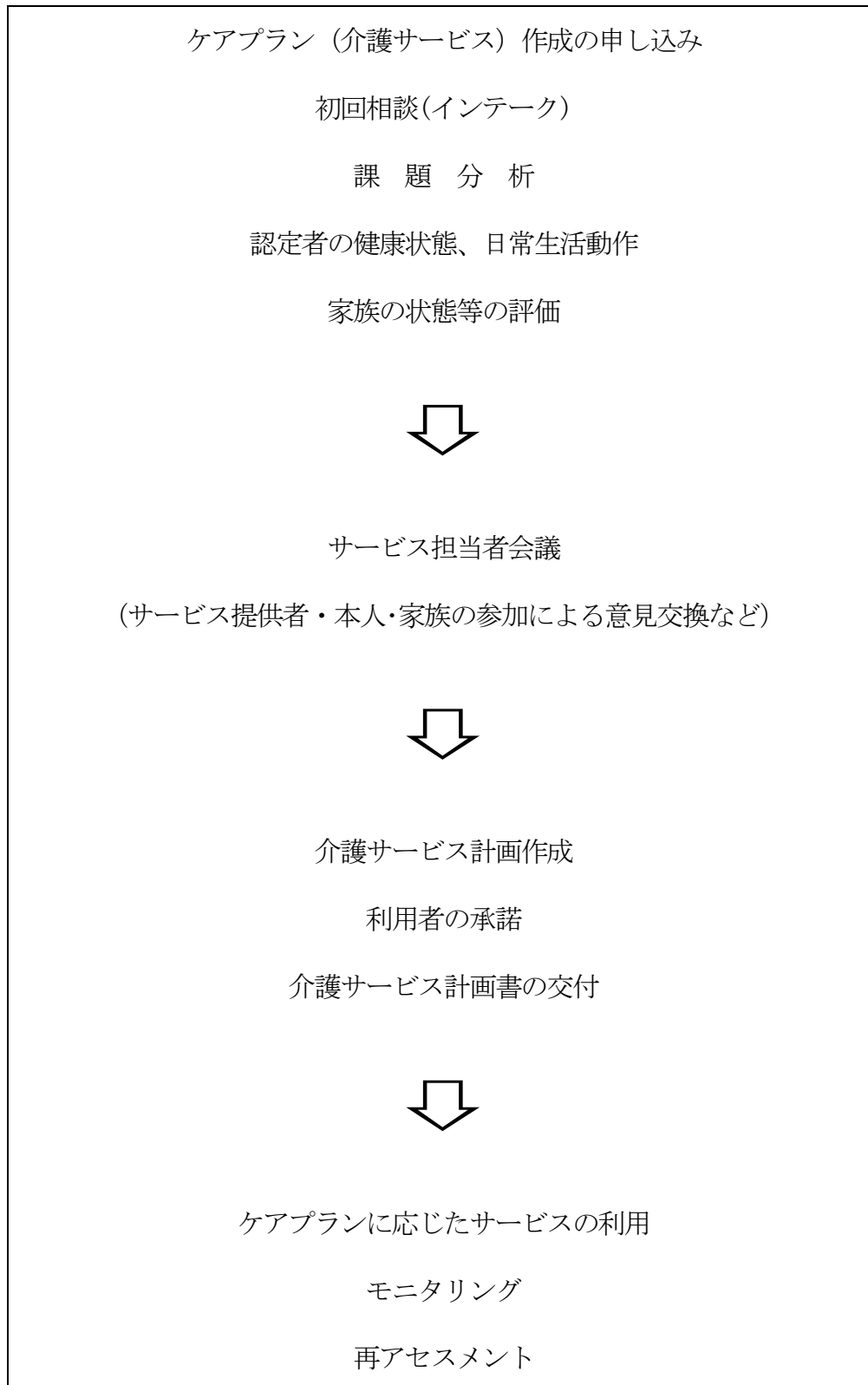
事業者は、利用者及び家族の個人情報について『個人情報の保護に関する法律』及び厚生労働省が策定した『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドダンス』を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。

事業者が得た利用者及び家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者及び家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとする。

6. 苦情の体制

事業者は、苦情対応を随時受け付ける。事業所、指定居宅介護支援の提供に係る利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講ずるものとする。

7. 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



※介護支援専門員が利用者の状況把握のため、少なくとも1ヶ月に1回の訪問を実施します。
人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、利用者の同意があり、その他要件を満たした上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とします。その場合でも少なくとも2ヶ月に1回は訪問を実施します。

※ケアプラン作成時の配慮

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用するサービスの選択にあたっては、当該地域における複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、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可能であることを説明します。サービス事業者の選定・推薦に際して介護支援専門員は利用者のニーズを踏まえつつ公正中立に行います。

※入院時における医療と介護の連携促進

居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者に対して、入院時に担当介護支援専門員の事業所氏名を入院先医療機関に伝えていただくよう依頼します。

※退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

退院・退所後の在宅生活へ速やかに移行するために、担当介護支援専門員は医療機関や介護保健施設等との話し合いに参加し十分な連携を図ります。

※平時からの医療機関との連携促進

利用者が医療系サービス（訪問看護、通所リハビリテーション等）の利用を希望する場合には利用者の同意を得た上で主治医等の意見を求めます。また、この意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付します。

訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、担当介護支援専門員が訪問等の際に把握した利用者の状態等について、主治医等に必要な情報伝達を行います。

※ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治医等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化します。

※訪問回数の多いケアプランについて

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、担当介護支援専門員が、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合と区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランを市町村に届け出ます。市町村から地域ケア会議の開催等の要請があった場合には担当介護支援専門員を参加させます。また、当該市町村の職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等を開催し、届け出たケアプランの検証を行い必要に応じ、担当介護支援専門員は、サービス内容の変更をいたします。

※障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における担当介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者は特定相談支援事業者との連携に努めます。

※衛生管理等・業務継続計画の策定等

感染症の発生及びまん延等を防止する為、委員会の設置開催、指針の整備・計画の策定、必要な研修及び訓練を実施します。また、自然災害が発生した場合においても指定居宅介護支援の提供を継続的に実施し、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、計画の策定、必要な研修及び訓練を実施します。

※ハラスメント対策の強化

指定居宅介護支援の提供を確保する観点から、必要な体制の整備、担当者の配置などの適切なハラスメント防止の対策を行います。

※会議や多職種連携における ICT の活用

運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、テレビ電話等の活用するよう努めるものとします。なお、利用者又は家族が参加する場合には、テレビ電話等の活用についての同意を得ます。

※電磁的記録・対応について

指定居宅介護支援の提供に関して、書面で行うことが規定または想定されるものについては、作成または保存について電磁的記録により行うことができるものとします。また、交付、説明、同意、承諾等のうち書面で行うことが規定又は想定されるものについては、利用者及び家族の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法で行うことができるものとします。

※運営規定等の掲示に係る見直し

運営等の重要事項等について、閲覧可能な形で備え置くことで、掲示に代えることができるものとします。また、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、ウェブサイト（法人のホームページ又は情報公表システム上）に掲載・公表します。

※高齢者虐待防止の推進

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、次の措置を講ずるものとする。

- 1 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し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- 2 虐待の防止のための指針を整備する。
- 3 虐待を防止するための研修を定期的に実施する。
- 4 上記1～3までを適切に実施するための担当者を配置する。

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による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

通報するものとする。

※質の高いケアマネジメントの推進

指定居宅介護支援の提供にあたり、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならないことを踏まえ、利用者またはその家族に対し、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下、訪問介護等という）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、訪問介護等の回数のうちに同一の事業者によって提供されたものが占める割合について説明するよう努めます。当事業所のケアプランの訪問介護等の利用状況は別紙のとおりです。

※身体拘束等の適正化の推進

利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的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載します。

※一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

利用者負担を軽減し、制度の持続可能性と確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、福祉用具貸与または特定福祉用具販売のいずれかを選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行います。

8. 利用料金

(1) 利用料

要介護または要支援認定を受けられた方は、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。

ただし、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払わない場合は、所定の居宅介護支援介護報酬額をいただき、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保険者である市町村の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

(2) 交通費

通常の実施区域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員が自宅訪問するための交通費の実費が必要です。自動車を使用した場合は、通常の実施区域を越えてから片道 10 キロメートル以内は、100 円。10 キロメートル以上は 1 キロ増すごとに 10 円を加算します。

(3) その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 5 日までに、前月分の請求をいたしますので、10 日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

9. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話か来所してお申し込み下さい。当所職員がお話をお伺いいたします。契約を締結した後、サービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

①利用者・家族の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当事業所の都合でサービスを終了する場合。

人員不足等やむを得ない事情により、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。終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合。
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

利用者や家族などが、当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの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。

10. サービス内容に関する苦情

①相談・苦情担当

事業者の居宅介護に関するご相談・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。

担 当	相談・苦情係	電 話	0285-45-1789
	在宅介護支援センター晃南	管理者	野口 恵

②小山市役所 高齢生きがい課

住所 栃木県小山市中央町1-1-1

電話 0285-22-9541 FAX 0285-22-9543

野木町役場 高齢対策係

住所 栃木県下都賀郡野木町丸林5-7-1

電話 0280-57-4173 FAX 0280-57-4193

※住居地の保険者に連絡して下さい。

③栃木県国民健康保険団体連合会

住所 栃木県宇都宮市本町3番9号 栃木本町合同ビル6階

電話 028-643-2220 FAX 028-643-5411

④栃木県運営適正化委員会

住所 栃木県宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内

電話 028-622-2941 FAX028-622-2316

11. 事故発生時の対応

事業者が、利用者に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事業者が利用者に対して行った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には、損害賠償を速やかに行います。

居宅介護支援の提供にあたり、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。

事業所住所 栃木県小山市乙女795

事業所名称 在宅介護支援センター晃南

管 理 者 野口 恵 印

介護支援専門員 _____ 印

居宅介護支援サービスを利用するにあたり担当者による居宅介護支援契約及び居宅介護支援重要事項説明を受け、内容に関して十分に理解した上で同意します。

本書は2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつを保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

〈事業者名〉 在宅介護支援センター晃南 居宅指定番号 (0970800157)

〈住 所〉 栃木県小山市乙女 795

電話 0285 (45) 1789

〈管理者〉 野口 恵 印

利用者

〈住 所〉〒

電話 ()

〈氏 名〉 印

(家族・代理人)

〈住 所〉 〒

電話 ()

〈氏 名〉 印