

居宅介護支援 重要事項説明書

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人の名称）	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地
代表者（職名・氏名）	会長 高橋 勝之
設立年月日	昭和56年7月8日
電話番号	0256-57-5877

2. 事業所の概要

利用事業所の名称	社会福祉法人田上町社会福祉協議会	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地	
電話番号	0256-57-5830	
指定年月日・事業所番号	平成11年7月30日	1575300023
管理者の氏名	土田 圭子	
営業日	月曜日から金曜日 但し祝日及び12/29～1/3を除く	
営業時間	午前8時30分から午後5時30分 ※但し、営業時間外でも従業者が輪番制により24時間連絡体制を確保し、当事業所の携帯電話に転送され、必要に応じて利用者の相談に対応する体制を確保しています。	
通常の事業の実施地域	田上町と加茂市全域	

3. 従事者の勤務体制

職 種	員 数
主任介護支援専門員	1人以上
介護支援専門員	2人以上

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

5. 提供するサービスの内容

- (1) 利用者のお宅を訪問し、利用者の心身の状態を適切な方法により把握の上、利用者自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画(ケアプラン)」を作成します。
- (2) 利用者の居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、利用者とその家族、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。
- (3) 上記の把握に当たって、少なくとも1月に1回、利用者のお宅を訪問し、面接するとともに1月に1回、モニタリング結果を記録します。
また、利用者の同意を得ること、サービス担当者会議で合意を得ることを要件として、テレビ電話装置等を活用した会議やモニタリングを行うことができ、その場合は2月に1回お宅を訪問します。
- (4) 必要に応じて、利用者と事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- (5) 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- (6) 当事業者に対して、特定の指定居宅サービス事業者だけでなく、複数の指定居宅サービス事業者を紹介するよう求めることができます。
- (7) 当事業者に対して、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を求めることができます。
- (8) 障害者制度における相談支援員からの支援を受けてきた利用者が、居宅介護支援を受ける場合には、相談支援員との情報の共有・連携に努めます。
- (9) 利用者の要介護(要支援)認定の申請についてお手伝いします。
- (10) 利用者が介護保険施設に入所を希望される場合は、その仲介をいたします。

6. 担当の介護支援専門員

利用者へのサービス提供を担当する介護支援専門員は、次のとおりです。

氏名 _____ 連絡先(電話番号) 0256-57-5830

7. 担当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、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に十分に配慮するものとします。

8. 利用料金

① 利用者負担金

要介護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利用者負担はありません。ただし、保険料の滞納等により保険給付金が事業者に支払われない場合、要介護度に応じて下記の金額をいただき、事業者からサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

【基本利用料】

取扱要件	利用料（1月あたり）	
居宅介護支援費（i） 〈取扱件数が45件未満〉	要介護1、要介護2	10,860円
	要介護3、要介護4、要介護5	14,110円
居宅介護支援費（ii） 〈取扱件数が45件以上60件未満〉	要介護1、要介護2	5,440円
	要介護3、要介護4、要介護5	7,040円
居宅介護支援費（iii） 〈取扱件数が60件以上〉	要介護1、要介護2	3,260円
	要介護3、要介護4、要介護5	4,220円

※居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービスに至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同様に取り扱うことが適当と認められるケースについては、居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

② 加算、減算

【特定事業所加算】

加算名	1月あたりの料金	下表参照
特定事業所加算（Ⅰ）	5,190円	
特定事業所加算（Ⅱ）	4,210円	
特定事業所加算（Ⅲ）	3,230円	
特定事業所加算（A）	1,140円	

【算定要件】

特定事業所加算の算定要件等	加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）	加算（A）
(1)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(2)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えない	3名以上	3名以上	2名以上	常勤・非常勤各1名以上
(3)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を開催すること	○	○	○	○
(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いること	○	○	○	○ 連携可
(5)算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が40%以上であること	○	△	△	△

(6)当該指定居宅介護支援事業所における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	○	○	○	○ 連携可
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援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、障害者、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、研修等に参加していること	○	○	○	○
(9)居宅介護支援費に係る特定業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
(10)居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり45名未満であること	○	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること	○	○	○	○ 連携可
(12)他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携可
(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	○	○	○	○

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算名	算定要件等	1月あたりの料金
初回加算	新規に居宅サービス計画を作成する利用者や、要介護状態区分が2段階以上変更となった利用者に対し、居宅介護支援を行った場合。	3,000円
入院時情報連携加算(Ⅰ)	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。	2,500円
入院時情報連携加算(Ⅱ)	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。 ※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、その翌日を含む。	2,000円
通院時情報連携加算	・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする ・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に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画(ケアプラン)に記録した場合	500円

退院・退所加算	<p>医療機関や介護保険施設等からの退院又は退所に当たって、当該医療機関や介護保険施設等の職員から必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、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。</p> <p>※入院又は入所期間中につき1回を限度。初回加算との同時算定は不可。</p>	
	<p>【(I)イ】 医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていること。</p>	4,500円
	<p>【(I)ロ】 医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていること。</p>	6,000円
	<p>【(II)イ】 医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けていること。</p>	6,000円
	<p>【(II)ロ】 医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。</p>	7,500円
	<p>【(III)】 医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。</p>	9,000円
緊急時等居宅カンファレンス加算	<p>医療機関の求めにより、当該医療機関の医師又は看護師等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。</p>	2,000円
ターミナルケアマネジメント加算	<p>○対象利用者 在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内で死亡した場合を含む）</p> <p>○算定要件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間連絡が取れる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備 ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施 ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供 	4,000円

<p>特定事業所 医療介護連携 加算</p>	<p>○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること ○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の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上であること ○前々年度の3月から前年度までの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回以上算定していること。</p>	<p>1,250円</p>
--------------------------------	--	---------------

【減算】以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

減算名	算定要件等	1月あたりの料金
<p>運営基準減算</p>	<p>(1) 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり、利用者の居宅を訪問し、利用者・家族に面接していない場合やサービス担当者会議を行っていない場合。また、居宅サービス計画の原案について利用者又は家族に説明し、文書により同意を得た上で、利用者及び担当者へ交付していない場合。 (2) 利用者が要介護更新認定を受けた場合や要介護状態区分の変更の認定を受けた場合に、サービス担当者会議を行っていない場合。 ※「サービス担当者会議」について、やむを得ない理由がある場合は「担当者に対する意見照会」によることができる。 (3) 居宅サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)にあたり、月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者・家族に面接していない場合やモニタリングの結果を記録していない状況が1ヶ月以上継続した場合。 (4) 利用者やその家族に対して、利用者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可能であることの説明を行わなかった場合。 ・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の説明を行わなかった場合。</p>	<p>居宅介護支援費に50%を減算した料金 運営基準減算が2ヶ月以上継続している場合は居宅介護支援費を算定しない</p>
<p>特定事業所 集中減算</p>	<p>正当な理由なく、前6月間に作成した居宅サービス計画に位置付けされたサービス等の提供総数のうち、同一の事業者によって提供されたものの占める割合が80%を超えていること。 【対象サービス】 指定訪問介護、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定福祉用具貸与</p>	<p>居宅介護支援費から 2,000円を減算</p>
<p>業務継続計画 未実施減算</p>	<p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定</p>	<p>所定単位数の1.0%を減算</p>

	していない場合。また、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない場合。 ※令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。	
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための指針を整備し、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図り、虐待の防止のための研修会を定期的実施していない。また、この措置を適切に実施する担当者を置いていない場合。	所定単位数の 1.0%を減算

9. サービスの終了

利用者の都合によりサービスの利用を終了する場合は、すみやかに次の連絡先（介護支援専門員）までご連絡ください。

連絡先（電話番号） 0256-57-5830

10. 事故発生時等の対応

サービス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、利用者に係る居宅サービス事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

12. ハラスメント対策について

- (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) 利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメント等の行為を禁止します。

13. 苦情相談窓口

- ① 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供したサービスに関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

窓 口 設 置 場 所	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
苦 情 解 決 責 任 者	富樫 敏文
苦 情 受 付 担 当 者	高橋 知以
連 絡 先 （ 電 話 番 号 ）	0256-57-5830
対 応 時 間	平日 午前8時30分～午後5時30分

- ② 利用者が利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	連 絡 先 （ 電 話 番 号 ）
田上町役場 保健福祉課	0256-57-6112
加茂市介護・看護支援センター	0256-41-4032
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

14. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ① 利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ② また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

15. 感染症対策の対応について

感染症発生時においても必要なサービスが継続的に提供できる体制を確保するために業務継続計画を作成し、居宅介護支援における柔軟な対応を提供します。

16. 自然災害発生時の対応について

災害発生時においても必要なサービスが継続的に提供できる体制を確保するために業務継続計画を作成し、居宅介護支援における柔軟な対応を提供します。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田 3 0 7 1 番地

事業者名 社会福祉法人田上町社会福祉協議会

代表者職・氏名 会長 高橋 勝之 印

説明者職・氏名 介護支援専門員

事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

利用者 住所 田上町大字

氏名 _____ 印

家族（又は法定代理人）

住所 _____

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____