

重要事項説明書

居宅介護支援契約書

あまがき居宅介護支援事業所

重要事項説明書（居宅介護支援）

1. 事業者の概要

（令和6年 11月 28日現在）

事業者（法人）名	特定非営利活動法人 サポート ゆう			
代 表 者	役職名	理事	氏名	福 村 直 美
所 在 地	〒740-1406 山口県岩国市由宇町682-1			
電 話 番 号	TEL	0827-63-3285	FAX	0827-63-3286

特定事業者番号 事業所の名称	あまがき居宅介護支援事業所
所 在 地	住所 〒740-1406 山口県岩国市由宇町682-1
電 話 番 号	TEL 0827-63-3285 FAX 0827-63-3286
事 業 所 の 管 理 者	福村 直美
事 業 の 目 的	要介護状態にある利用者が尊厳を保持でき、選択により適切なサービスが利用できるよう、居宅サービス計画書等の作成を援助するとともに、当該計画に基づき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、サービス事業所等との連絡調整、その他必要な便宜を図ることを目的とする。
運 営 の 方 針	<ol style="list-style-type: none"> 介護支援専門員は、利用者が要介護状態になった場合においても、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日常生活を営むことができるよう援助を行うものとする。 介護支援専門員は、利用者の心身状況、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して行うものとする。 事業所の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に特定の種類又は特定の事業者の不当に偏ることのないよう公正中立に援助を行うものとする。 事業所の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業所、介護保険施設等との連携を努める。

2. 事業者の営業日及び営業時間

営 業 日	営 業 時 間
月曜日から金曜日まで 但し、年末年始 (12月30日～1月3日) を除く	午前8時30分から午後5時30分

3. 事業者の職員体制

職種	常勤	業務内容
管理者	1名	1. 業務実施状況の把握及び統括 2. 介護支援専門員の兼務
介護支援専門員 (管理者兼務)	1名	1. 居宅サービス計画の作成及び関係機関との連絡調整 2. 給付管理及び請求業務

4. 事業の実施地域

実施地域	岩国市全域（但し、本郷、錦、美川、美和、及び、離島を除く） 柳井市全域（阿月を除く）
------	---

5. サービスの内容

- (1) 担当介護支援専門員が、利用者の要望を聞き、心身の状況に合わせて、サービスの種類と回数その組み合わせを考え、居宅サービス計画書等を作成します。
- (2) 関係する事業者と利用者及び家族とサービス担当者会議を開きます。
- (3) モニタリングを行い、変化に応じて居宅サービス計画書の変更を行います。

6. 居宅介護支援の流れ

居宅介護支援提供の統一した流れは以下のとおりです。

居宅介護受付	病院などの医療機関、利用者又はその家族から来所又は電話による居宅介護サービスの利用の受付来所又は電話等による聞き取りから介護保険利用の相談を受け付けます
訪問日程調整	自宅に訪問し介護保険の説明等を行うための日程調整をします
介護保険制度の説明	介護保険制度の利用の説明、各事業内容の説明と実施できない内容の理解、介護度による介護の制限、他の制度の併用の時の優先、要支援・要介護の目的の違い
介護支援専門員の決定	介護支援専門員の利用の有無、担当介護支援専門員の決定、介護支援専門員の業務の説明
契約等	契約、重要事項、個人情報の説明と契約
事情聴取 (アセスメント)	介護保険を利用するに至った経緯の聴取、介護保険制度の利用によって改善したい課題の聴取（主訴の聴取）、介護保険証内容、家族構成、経済状況、他の制度の利用の有無と内容、緊急連絡、既往歴、生活歴、通院する医療機関、現在の服薬内容、住宅環境の調査、フェイスシート作成
心身機能評価	日常生活動作の評価、日常生活周辺動作の評価、認知機能その他の評価
居宅サービス計画作成・確定	心身機能評価の要約、課題抽出、第一票、第二票、第三票の作成介護保険利用点数等の把握、作成した居宅サービス計画の承諾
情報の入手	施設からの退所、病院からの退院に向けて居宅介護の情報の入手
事業者調整	計画に適正な事業者の選定、事業者の利用実施について契約確認等調整
サービス担当者会議	新規又は、居宅サービス計画書の変更等が生じた場合、関係する事業者と利用者並びにその家族で会議を実施
サービスの提供	各事業者の援助開始
モニタリング	毎月1回以上利用者の居宅訪問し、利用者に面接を行い、心身の状態の観察・把握、支援事業者の計画遂行状況、対応する援助内容の適正化の把握をし記録する
再計画の作成	モニタリングまたは、前回の計画により期限が終了する場合の再度計画の作成、介護予防の場合は計画は3ヶ月未満ごとに見直しし計画を作成する

給付管理	毎月月末に利用した援助内容に対し適正な点数を確認、翌月 10 日までに国民健康保険団体連合会に提出、要支援者の利用の場合は翌月 7 日までに地域包括支援センターに提出
更新手続き等	心身の著しい機能変化により介護度を変更する場合の申請、認定更新の為の申請 福祉用具、住宅改造による介護保険制度の補助の申請
施設の照会	特別養護老人施設・老人保健施設等の施設の照会

7. 訪問頻度の目安：毎月1回以上訪問します。

8. 身分証明書の携行

介護支援専門員及びサービス提供担当者は身分証明書を携行し、初回訪問時及び利用者又は、その家族から求められた時は提示を行います。

9. 緊急対応・連絡

(1) 訪問したときに、利用者が緊急を要するような状態、怪我をしており医療機関に搬送しなければならないときは家族への連絡前に救急対応することがあります。

(2) 上記の場合、緊急対応のあと、家族又は緊急連絡先に連絡します。

10. 利用料金・その他の費用額

(1) 指定居宅介護支援を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとして、当該指定居宅介護支援法定代理受領サービスであるときには、利用者からの利用料の支払は受けないものとします。但し、保険料滞納等により法定代理受領サービスが受けれない場合は、下記金額の支払いを受け、サービス提供証明書を発行するものとします。

(2) 交通費：サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費の実費が必要です。
尚、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

※事業所の実施を越えた地点から、片道 1 km ごとに 50 円

項目		
居宅介護支援費（1）	要介護 1・2	10, 860 円支払いを受けるものとします。
	要介護 3・4・5	14, 110 円支払いを受けるものとします。

その他、利用者が下記加算 1、2、3、4、5、6、7 に該当する場合には、居宅介護支援費にそれぞれ加えた額、また必要な指定居宅介護支援の提供を受けていない場合（運営基準減算項目の不履行）については、居宅介護支援費を減算して支払いを受けるものとします。尚、加算額、減算率については厚生労働大臣が定める基準によるものとします。

1 初回加算	3, 000 円	1. 新規に指定居宅介護支援を受けた場合 2. 要介護認定区分が 2 段階以上変更となった場合
2 入院時情報連携加算 (I)	2, 500 円	1. 入院にあたって病院又診療所の職員に対して心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況等必要な情報を提供した場合 (入院してから 3 日以内)
3 入院時情報連携加算 (II)	2, 000 円	1. 入院にあたって病院又診療所の職員に対して心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況等必要な情報を提供した場合 (入院してから 4 日以上 7 日以内)

4 退院・退所加算	イ 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
	i 退院・退所時における居宅サービス計画書の初回作成の手間を明確に評価する。
	ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
	iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。また、退院・退所時に介護支援専門員が医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について退院退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。
	カンファレンス参加無 カンファレンス参加有
連携1回	450単位 (I) イ 600単位 (I) ロ
連携2回	600単位 (II) イ 750単位 (II) ロ
連携3回	× 900単位 (III)
5 緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要なサービス利用に関する調整を行った場合（1月に2回を限度）
6 通院時情報連携加算	500円（1月に1回） 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身状況や生活環境等の必要な情報提供を行うこと。医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録する。利用者の同意を得る。
7 ターミナルケアマネジメント加算	4,000円 在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上でその死亡日及び死亡日前14日以内2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス事業者が提供した場合
8 営業基準減算	下記運営基準減算項目の不履行がある場合は、居宅介護支援費に100分の50を乗じて減算します。また、2ヶ月以上継続している場合は100分の0を乗じるため、請求しないものとする。 ○複数の指定居宅サービス事業者等を紹介することができるることについて説明を行っていない場合 ○居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、介護支援専門員が利用者の居宅を訪問し利用者及びその家族に面接して課題分析（アセスメント）実施していない場合 ○居宅サービス計画を新規に作成したとき、要介護更新認定及び要介護状態区分の変更認定を受けたとき等にサービス担当者会議の開催をしていない場合（やむを得ない理由によりサービス担当者が出席できないとき、サービス担当者等に照会により専門的な見地での意見を求めていない場合） ○居宅サービス計画の原案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合 ○モニタリング結果を記録していない状態が1ヶ月以上継続している場合 ○特段の事情なく1ヶ月に1度利用者の居宅を訪問して利用者に面接していない場合 ○居宅サービス計画変更についての準用

11. サービス利用法

(1) 居宅介護支援の解約

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

要介護者から要支援に介護度が変わった場合。なお、その後要介護に変更したときは、新たに契約することになります。

② 当事業者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

その場合は、終了 30 日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いたします。

③ 自動終了: 以下の場合は、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）と認定された場合

・利用者がお亡くなりになった場合

1 2. 秘密保持について（個人情報の保護）

当該事業者は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの大変な責務と考え、事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイダンスを遵守します。

①当該事業者の従業員は介護保険法等の規定に基づき、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

②当該事業者の従業員であったものは、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

③当該事業者では利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限りあらかじめ利用者もしくはご家族からの文書による同意を得た上で必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

当該事業者が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイダンスの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

1 3. サービス内容等に関する苦情・対応

（1）事業所は、提供した指定居宅介護支援に対する利用者及びその家族からの苦情があった場合は、迅速かつ適切に対応するため、苦情相談窓口、事実関係の調査、改善措置、利用者、その家族に対する説明、市（保険者）及び国民健康保険団体連合会（以下「市等」という。）記録の整備、その他必要な措置を講じるものとします。

当事業所外での苦情相談窓口があることについても事前に利用者、家族へ説明、提示するものとします。

苦情の内容を記録、苦情内容、対応に関する記録等については、5年間保存するものとします。

1 4. 事故発生時の対応

事業所は、提供した指定居宅介護支援により事故が発生した場合には、迅速かつ適切に対応するため苦情相談窓口、事実関係の調査、改善措置、利用者、その家族に対する説明、市（保険者）及び国民健康保険団体連合会（以下「市等」という。）、主治医への連絡、記録の整備その他必要な措置を講じるものとします。

また、山口県庁健康福祉部長寿社会課介護保険班、岩国市役所健康福祉部介護保険課、柳井市地域包括支援センター（健康福祉部高齢支援課）等へも迅速に報告し、事故の内容を記録、苦情内容、対応に関する記録等については、5年間保存するものとします。

1 5. 損害賠償

事業者は、利用者によ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（利用者自らの責めに帰すべき事由は除く。）には、損害賠償を迅速に行うものとする。

尚、損害賠償については、東京海上日動火災保険株式会社 居宅介護支援特約保険にて対応するものとします。

第13項・14項にいう苦情相談窓口（介護保険等の総合相談窓口を含む。）の連絡先

サービスの内容等に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

【事業者の窓口】	所在地 山口県岩国市由宇町682番地1 TEL 0827-63-3285 FAX 0827-63-3286 受付時間 8時30分から午後5時30分 月曜日から金曜日とする。
機関名 岩国市市役所 福祉部福祉政策課	所在地 山口県岩国市今津町一丁目14-51 TEL 0827-29-5072 受付時間 8:30~17:15 土・日・祝日 年末年始除く
機関名 岩国市地域包括支援センター 地域支援班（由宇）	所在地 山口県岩国市由宇町中央1丁目10-11 TEL 0827-63-3113 受付時間 平日 8:30~17:15 土・日・祝日 年末年始除く
機関名 岩国健康福祉センター	所在地 山口県岩国市三笠一丁目1-1 TEL 0827-29-1512 受付時間 平日 8:30~17:15 土・日・祝日 年末年始除く
機関名 柳井市市役所 (高齢者支援課)	所在地 山口県柳井市南町一丁目10-2 TEL 0820-22-2111 受付時間 平日 8:30~17:15 土・日・祝日 年末年始除く
機関名 地域包括支援センター 柳井市	所在地 山口県柳井市南町一丁目10-2 TEL 0820-22-2111(内線)156 受付時間 平日 8:30~17:15 土・日・祝日 年末年始除く
機関名 国民健康保険団体連合会	所在地 山口県山口市朝田1980番地7 TEL 083-995-1010 受付時間 平日 9:00~17:00 土・日・祝日 年末年始除く

16. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は福村直美ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

16. 虐待の防止のための措置

利用者の人権擁護、虐待防止の等のため、次の措置を講じます

(1)虐待防止に関する責任者の選定及び設置

虐待防止に関する責任者 管理者 福村 直美

(2)成年後見人利用支援

(3)虐待を防止するための研修の実施

(4)虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置

(5)虐待の防止のための指針の整備

居宅介護支援の提供にあたり、利用者に対して重要事項説明書（第12項の個人情報使用項目含む）について、説明致しました。

※居宅サービス計画の作成にあたって利用者から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紹介を求めることができます。

※居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

【事業者】	所 在 地	山口県岩国市由宇町682番地1
	事 業 者 名	特定非営利活動法人 サポートゆう あまがき居宅介護支援事業所
説明者(担当者)	管理者	福 村 直 美 印

私は、重要事項説明書（第12項の個人情報使用項目を含む。）について説明を受け、同意します。
尚、証する為、本書2通を作成し、利用者、事業所が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者)	住 所	
	氏 名	印

(代理人)	住 所	
	氏 名	印

個人情報利用同意書

1. 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行った時に、医師、看護師等に説明する場合。

2. 個人情報を提供する事務所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

私（及び私の家族）の個人情報の利用について、同意いたします。

令和 年 月 日

事業者の名称 あまがき居宅介護支援事業所 様

利用者（または代理人）住所

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

利用者家族代表

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

（利用者との関係 _____ ）

代理人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

（利用者との関係 _____ ）