# 重 要 事 項 説 明 書 （居宅介護支援用）

あなたは（又はあなたの家族）が利用しようと考えている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頂きたい内容を、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下さい。

この「重要事項説明書」は、「羽曳野市介護保険事業の人員および運営に関する基準等を定める条例」に定める「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（平成11年厚生省令第38号）」第4条の規定に基づき、指定居宅介護支援の提供に係る契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

## 1　指定居宅介護支援を提供する事業者について

| | |
|---|---|
| 事業者名称 | 医療法人はぁとふる |
| 代表者氏名 | 理事長　勝田　紘史 |
| 本社所在地<br>（連絡先及） | 〒581-0818 大阪府八尾市美園町２丁目１８番１<br>電話：072-999-0725　FAX：072-923-0180 |
| 法人設立年月日 | 昭和２６年７月１６日 |

## 2　利用者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 | 介護サービスセンター　ゆうゆう亭 |
| 介護保険指定<br>事業者番号 | 羽曳野市指定（２７７３８０００３８） |
| 事業所所在地<br>及び連絡先 | 〒583-0875　大阪府羽曳野市樫山100番地の1<br>電話：072-953-5514　FAX：072-953-1332 |
| 相談担当者名 | 小森　飛鶴 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 羽曳野市・藤井寺市・松原市一部 |

(2)事業の目的及び運営の方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービスまたは施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整そ |

| | |
|---|---|
| | の他の便宜の提供を行うことを目的とします。 |
| 運営の方針 | 1. 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に配慮します。<br>2. 利用者の心身の状況、置かれている環境に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な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に配慮して行います。<br>3. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類また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、公正中立に行います。<br>4. 事業にあたっては、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、介護老人保健施設など地域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 | 月曜日～土曜日<br>（なお、祝祭日は休日とする。但し、１２月３０日～１月３日までは休日とする。） |
| 営業時間 | 午前９時から午後５時 |
| 緊急時 | ０８０－５７１２－７５８１にて２４時間対応しております。 |

(4)事業所の職員体制

| | |
|---|---|
| 管理者 | 小森　飛鶴 |

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|---|---|---|
| 管理者 | 1　従業者の管理及び利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等を一元的に行います。<br>2　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。 | １名 |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援業務を行います。 | ４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。 | １名 |

(5)居宅介護支援の内容、利用料及びその他の費用について

| 居宅介護支援の内容 | 提供方法 | 介護保険適用有無 | 利用料（月額） | 利用者負担額（介護保険適用の場合） |
|---|---|---|---|---|
| ① 居宅サービス計画の作成<br>② 居宅サービス事業者との連絡調整<br>③ サービス実施状況把握、評価<br>④ 利用者状況の把握<br>⑤ 給付管理<br>⑥ 要介護認定申請に対する協力、援助<br>⑦ 相談業務 | （別紙１）「居宅介護支援業務の実施方法等について」を参照下さい。 | 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。 | 下表のとおり | 介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。（全額介護保険により負担されます。） |

| 要介護度区分 ／ 取扱い件数区分 | 要介護１・２ | 要介護３～５ |
|---|---|---|
| 介護支援専門員１人当り利用者の数が 45 人未満の場合 | 居宅介護支援費Ⅰ ⅰ<br>11,316 円 | 居宅介護支援費Ⅰ ⅰ<br>14,702 円 |
| 〃 45 人以上である場合において、45 人以上 60 人未満の部分 | 居宅介護支援費Ⅰ ⅱ<br>5,668 円 | 居宅介護支援費Ⅰ ⅱ<br>7,335 円 |
| 〃 45 人以上である場合において、60 人以上の部分 | 居宅介護支援費Ⅰ ⅲ<br>3,396 円 | 居宅介護支援費Ⅰ ⅲ<br>4,397 円 |

※ 事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の 50／100 となります。また、特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より 2,084 円を減額することとなります。

※ 45 人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、45 件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅰ ⅱ又はⅠ ⅲを算定します。

※ 虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合は、所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算します。

※ 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合は、所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算します（令和 7 年 3 月 31 日まで経過措置あり。）。

※　当該事業所の建物と同一の敷地内の建物若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当該事業所と同一の建物に居住する利用者又は当該事業所における一月当たりの利用者が20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く)の利用者にサービス提供を行った場合は、所定単位数の95/100に相当する単位数を算定します。

| | 加　　算 | 加算額 | 算　定　回　数　等 |
|---|---|---|---|
| 介護度による区分なし | 初　回　加　算 | 3,126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に居宅サービス計画を作成する場合<br>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する場合 |
| | 入院時情報連携加算（Ⅰ） | 2,605円 | 医療機関へ入院した日、必要な情報を提供した場合。（１月に１回を限度） |
| | 入院時情報連携加算（Ⅱ） | 2,084円 | 医療機関へ入院した日の翌日又は翌々日に、必要な情報を提供した場合。（１月に１回を限度） |
| | 退院・退所加算<br>カンファレンス参加　無 | 1回　4,689円<br>2回　6,252円 | 医療機関等を退院（所）し、居宅サービス等を利用する場合において、病院等の職員と面談を行い、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（所）期間中に３回を限度） |
| | 退院・退所加算<br>カンファレンス参加　有 | 1回　6,252円<br>2回　7,815円<br>3回　9,378円 | |
| | 通院時情報連携加算 | 521円 | 病院又は診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師らに対して利用者の心身の状況や生活環境等の情報の提供を行うとともに、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、居宅サービス計画に記録した場合。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 要介護度による区分なし | 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 2,084円 | 病院又は診療所の求めにより、病院等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、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合（１月に２回を限度） |
| | 特定事業所加算（Ⅱ） | 4,386円 | 「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に開催すること。」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（１月につき） |
| | 特定事業所医療介護連携加算 | 1,302円 | 特定事業所加算を取得し、かつ退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間３５回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間５回以上算定している場合 |
| | ターミナルケアマネジメント加算 | 4,168円 | ・２４時間連絡を取れる体制を確保し、かつ必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること<br>・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、利用者への支援を行うとともに、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（1月に1回）<br>※対象者：末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、２４時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 所定単位数の5/100 | 下記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の１００分の５に相当する単位数を所定単位に加算する |
| | 介護職員等処遇改善加算 | 所定単位数の2.1%を加算 | １月につき |

※中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部(山田)、能勢町の一部(東郷、田尻、西能勢)

※介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

３　その他費用について

| | |
|---|---|
| 交　通　費 | 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。なお、自動車を使用した場合は公共交通機関の実費費用に準じて請求いたします。 |

４　利用者の居宅への訪問頻度の目安

| 介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安 |
|---|
| 利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも１月に１回<br><br>また、下記の条件に当てはまる場合は、少なくとも２月に１回<br>・テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ること。<br>・サービス担当者会議において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。<br>① 利用者の心身の状態が安定していること。<br>② 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)。<br>③ テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。 |

※ ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者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利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

５　利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|---|---|
| ① 利用料、その他の費用の請求方法等 | ｱ 利用料及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>ｲ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月１０日までに利用者あてお届け（郵送）します。 |
| ② 利用料、その他の費用の支払い方法等 | ｱ 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１０日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>(ア)事業者指定口座への振り込み<br>(イ)利用者指定口座からの自動振替<br>(ウ)現金支払い<br>ｲ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。 |

※ 利用料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２月以上遅延し、さらに支払いの督促から１４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。

６　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者等の紹介を求めることや、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。被保険者の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) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者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、遅くとも利用者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、必要な援助を行うものとします。

(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。

(5) 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙２のとおりです。

（6）暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。
職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約の解除をする場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。

7　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|---|---|
| 虐待防止に関する責任者 | 嶋田　芳彦 |

（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）従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。

（５）虐待の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します。

（６）虐待の防止のための指針を整備しています。

（７）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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します。

8　身体的拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者または代理人に対して同意を得た上で次に掲げることに留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。また事業者として、身体的拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

⑴ 切迫性……直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

⑵ 非代替性…身体的拘束以外に、利用者または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

⑶ 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

９　秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|---|---|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ① 事業者は、利用者の個人情報については「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。<br>② 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。<br>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。<br>③ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| ②　個人情報の保護について | ① 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、利用者の個人情報を用いません。また、利用者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利用者の家族の個人情報を用いません。<br>② 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。<br>③ 事業者が管理する情報については、利用者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、追加また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利用者の負担となります。） |

10　事故発生時の対応

当事業所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、速やかに利用者の市町村･家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| |
|---|
| 保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社 |
| 保　険　名：居宅介護支援事業者賠償事故補償制度 |
| 保障の概要：賠償責任（対人・対物・財物）・人格権侵害・経済的損失・初期対応費用等 |

11　身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者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　業務継続計画の策定等

（１）感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
（２）感染症及び災害に係る研修を定期的(年１回以上)に行います。
（３）感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう､訓練を実施します。
（４）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13　衛生管理等

（１）感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知します。
（２）感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
（３）感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
（４）介護支援専門員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
（５）事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

14　サービス提供に関する相談･苦情について

（１）苦情処理の体制及び手順

ア　提供した指定居宅介護支援にかかる利用者及びその家族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。(次項に記す｢事業者の窓口｣のとおり)

イ　相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りにします。

①苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪

問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

②相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。

対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)

（２）介護支援業務に関する相談、苦情については下記の窓口へご連絡ください。

| | |
|---|---|
| 【事業者の窓口】<br>介護サービスセンターゆうゆう亭<br>担当者名　　小森　飛鶴 | 大阪府羽曳野市樫山 100 番地の 1<br>電話：072-953-5514／ＦＡＸ：072-953-1332<br>月曜日～土曜日を営業日とし、日曜祝祭日は休業日とする<br>但し、12 月 30 日～1 月 3 日を休業日とする |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>羽曳野市役所保健福祉部<br>高齢福祉介護課 | 大阪府羽曳野市誉田４丁目１－１<br>電話：072-958-1111／FAX：072-950-2536<br>平日：午前９時～午後５時３０分 |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>藤井寺市役所健康福祉部<br>高齢介護課 | 大阪府藤井寺市岡１丁目１－１<br>電話：072-939-1111／FAX：072-939-1739<br>平日：午前９時～午後５時３０分 |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>松原市役所健康部<br>高齢介護課 | 大阪府松原市阿保１丁目１－１<br>電話：072-334-1550／FAX：072-334-7870<br>平日：午前９時～午後５時３０分 |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>柏原市役所健康福祉部<br>高齢介護課 | 大阪府柏原市安堂町 1-55<br>電話：072-972-1501／FAX：072-972-1541<br>平日：午前８時４５分～午後５時１５分 |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険団体連合会 | 大阪府大阪市中央区常磐町１－３－８<br>中央大通 FN ビル内<br>電話：06-6949-5418／FAX：06-6949-5417<br>平日：午前９時～午後５時 |

14　重要事項説明の年月日

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

上記内容について、「羽曳野市介護保険事業の人員および運営に関する基準等を定める条例」に定める「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（平成 11 年厚生省令第 38 号）」第 4 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | |
|---|---|---|
| 事業者 | 所在地 | 大阪府羽曳野市樫山 100 番地の 1 |
| | 法人名 | 医療法人はぁとふる |
| | 代表者名 | 勝田　紘史 |
| | 事業所名 | 介護サービスセンター　ゆうゆう亭 |
| | 説明者氏名 | |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、その内容に同意しました。

| | | |
|---|---|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 代筆者 | （続柄　　） |

| | | |
|---|---|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | （続柄　　） |