

## 指定居宅介護支援（居宅サービス計画）重要事項説明書

岩倉市社会福祉協議会居宅介護支援事業所  
(事業所指定番号 第2374700066号)

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(指定番号 第2374700066号)

当事業所は契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### ☆居宅介護支援とは

契約者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- 契約者の心身の状況や契約者とその家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- 契約者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、契約者及びその家族等、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。
- 必要に応じて、事業者と契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◇◆目 次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 従業員の体制	2
5. サービスの内容	3
6. 利用料金	3
7. サービスの利用に関する留意事項	5
8. 事故発生時の対応	7
9. 苦情の受付について	8

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 岩倉市社会福祉協議会  
(2) 法人所在地 愛知県岩倉市西市町無量寺2番地1  
(3) 電話番号 0587-37-3135  
(4) 代表者氏名 会長 伊藤 憲 治  
(5) 設立年月日 昭和54年2月20日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所  
(2) 事業の目的 要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。  
(3) 事業所の名称 岩倉市社会福祉協議会居宅介護支援事業所  
(4) 事業所の所在地 愛知県岩倉市西市町無量寺2番地1  
(5) 電話番号 0587-38-0085  
(6) 当事業所の運営方針  
要介護者の心身の特性を踏まえて、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て行う。  
(7) 開設年月日 平成12年4月1日

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 岩倉市内  
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (ただし、国民の祝日・休日、12月29日から1月3日を除く。)
営業時間	午前9時から午後5時

## 4. 従業員の体制

当事業所では、契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する従業者として、以下の従業者を配置しています。

## ＜従業者の配置状況＞

管理者                      常勤      1名（介護支援専門員と兼務）  
介護支援専門員      常勤      2名（うち1名は管理者と兼務）  
事務職員                      非常勤      1名

※従業者の配置については、指定基準を遵守しています。

## 5. サービスの内容

当事業所のサービス内容は以下のとおりです。

- ① 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- ② 居宅サービス事業者との連絡・調整
- ③ 要介護認定及び更新認定の申請の援助
- ④ サービス実施状況の評価
- ⑤ 利用者状態の把握
- ⑥ 給付管理業務
- ⑦ その他付随する業務

## 6. 利用料金

### （1）利用料

居宅介護支援のサービス利用料金は、事業所が法律の規定に基づいて介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、利用者の自己負担はありません。

#### ① 居宅介護支援費

要介護 1・2	要介護 3・4・5
11,316円	14,702円

#### ② 初回加算 3,126円（1月あたり）

イ. 新規に居宅サービス計画を作成した場合

ロ. 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した場合

ハ. 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した場合

#### ③ 入院時情報連携加算

イ. 入院時情報連携加算（Ⅰ） 2,605円（1月あたり）

入院した日のうちに医療機関の職員に必要な情報を提供した場合

ロ. 入院時情報連携加算（Ⅱ） 2,084円（1月あたり）

入院した日の翌日又は翌々日に医療機関の職員に必要な情報を提供した場合

④ 退院・退所加算（入院又は入所期間中に1回を限度）

- ・退院・退所加算（Ⅰ）イ 4,689円

病院又は介護保険施設の職員から利用者に係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回受けている場合

- ・退院・退所加算（Ⅰ）ロ 6,252円

病院又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けている場合

- ・退院・退所加算（Ⅱ）イ 6,252円

病院又は介護保険施設の職員から利用者に係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回受けている場合

- ・退院・退所加算（Ⅱ）ロ 7,815円

病院又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより2回受けている場合

- ・退院・退所加算（Ⅲ） 9,378円

病院又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、内1回はカンファレンスによる場合

⑤ 通院時情報連携加算 521円（1月に1回を限度）

受診時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上で、居宅サービス計画に記録した場合

⑥ 緊急時等居宅カンファレンス加算 2,084円（1回あたり）

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の職員と共に利用者宅を訪問し、カンファレンスを開催しサービス等の調整を行った場合、1月に2回を限度として加算

⑦ ターミナルケアマネジメント加算 4,168円（1月あたり）

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利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者やその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス事業所に提供した場合

⑧ 特定事業所加算（1月あたり）

- ・特定事業所加算（Ⅰ） 5, 407円
- ・特定事業所加算（Ⅱ） 4, 386円
- ・特定事業所加算（Ⅲ） 3, 365円

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かかる伝達等を目的とした会議を定期的を開催する等、厚生労働大臣が定める基準に適合する場合

- ⑨ 特定事業所医療介護連携加算 1, 302円（1月あたり）

市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所で厚生労働大臣が定める基準に適合する場合

## （2）交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の料金をお支払いいただきます。

※ 当事業所の実施地域を越える地点から最短距離で

片道10キロメートル未満	無料
片道10キロメートル以上	100円

## （3）利用料金のお支払い方法

前記（1）の料金・費用は、1月ごとに計算し、請求しますので、翌月25日までに現金でお支払い下さい。

前記（2）の交通費は、サービス利用終了時に、その都度現金でお支払い下さい。

## 7. サービスの利用に関する留意事項

### （1）サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

### （2）介護支援専門員の交替（契約書第7条参照）

#### ① 事業者からの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、契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

#### ② 契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

### (3) 居宅サービス事業所の紹介及び選定

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所等の選定理由を求めることが可能であることについて、十分説明を行うものとします。

### (4) 主治の医師等の指示の確認

訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合は、利用者の同意を得たうえで主治の医師等の指示があることを確認します。

### (5) サービスの実施状況の把握・評価（以下、モニタリングという。）

少なくとも1月に1回は利用者の居宅を訪問し、モニタリングを行います。  
ただし、必要な要件を満たした場合につきテレビ電話装置、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。

### (6) 福祉用具の適時適切な利用推進

特定の福祉用具（固定用スロープ、歩行車を除く歩行器、松葉杖を除く単点杖、多点杖）を介護サービス計画に位置付ける場合は、利用者に対し、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう必要な情報を提供します。

### (7) 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防ぐための取り組みを行います。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。
- ⑤ サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを岩倉市に通報します。

### (8) ハラスメント対策

ハラスメントにより、従業者の就業環境が害されることを防止するための取り組みを行います。

- ① 職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業者が働きやすい環境作りを目指します。
- ② 利用者が従業者に対して行う、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などの行為を禁止します。

#### (9) 衛生管理等

感染症の発生及びまん延を防止するための取り組みを行います。

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図ります。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。  
従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的  
に実施します。

#### (10) 業務継続に向けた取組

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援を継続的に実施するため、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための取り組みを行います。

- ① 業務継続計画を策定し、従業者に対し周知するとともに、必要な研修及び訓練を実施します。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。
- ③ 業務継続に向けた取り組みを適切に実施するための担当者を配置します。

### 8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、利用者の家族等、市に連絡を行うなどの必要な措置を講じ、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。



9. 苦情の受付について（契約書第17条参照）

<p>事業所及び法人に設置された 苦情・相談受付窓口</p>	<p>苦情受付担当者 管理者 電話番号 0587-38-0085 受付時間 午前9時から午後5時 (ただし、土日、国民の祝日・休日、12月29日 から1月3日を除く。)</p> <p>社会福祉法人 岩倉市社会福祉協議会 福祉サービスに関する苦情解決制度 苦情解決責任者 事務局長 苦情受付担当者 管理者</p>
<p>岩倉市福祉部長寿介護課 介護保険グループ</p>	<p>所在地 岩倉市栄町一丁目66番地 電話番号 0587-38-5811 受付時間 午前8時30分から午後5時15分 (ただし、土日、国民の祝日・休日、12月29日 から1月3日を除く。)</p>
<p>愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室</p>	<p>所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 電話番号 052-971-4165 受付時間 午前9時から午後5時 (ただし、土日、国民の祝日・休日、12月29日 から1月3日を除く。)</p>
<p>愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会</p>	<p>所在地 名古屋市東区白壁一丁目50番地 電話番号 052-212-5515 受付時間 午前9時から午後5時 (ただし、土日、国民の祝日・休日、12月29日 から1月3日を除く。)</p>

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和    年    月    日

事業者    住    所    岩倉市西市町無量寺2番地1  
法 人 名    社会福祉法人 岩倉市社会福祉協議会  
事業所名    岩倉市社会福祉協議会居宅介護支援事業所  
説明者    職    名    介護支援専門員  
氏    名    \_\_\_\_\_印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

令和    年    月    日

利用者    住    所    \_\_\_\_\_  
氏    名    \_\_\_\_\_印

代理人    住    所    \_\_\_\_\_  
(続柄：                      )  
氏    名    \_\_\_\_\_印

