

居宅介護支援

重要事項説明書及び契約書

(令和6年4月1日現在)

(利用者氏名 _____ 様)

居宅介護支援重要事項説明書

この説明書は、お客様が居宅介護支援の契約にあたって、お客様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、利用者のサービスの選択に必要な重要事項をご理解していただけるような内容となっております。

1 担当する介護支援専門員

担当者

連絡先 0894-54-2222 (午前8時30分～午後5時30分 土、日、祝日、
年末年始は休み)

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 伊方町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	愛媛県西宇和郡伊方町湊浦1995番地1
電話番号	(0894) 38-2360
代表者	会長 松田 光一
設立年月日	平成17年4月1日

3 事業所の概要

事業所名	三崎居宅介護支援事業所
所在地	愛媛県西宇和郡伊方町三崎1700番地16
指定事業所番号	3873700466
開設年月日	平成17年4月1日 (指定年月日：平成17年4月1日)
連絡先	TEL 0894-54-2222 FAX 0894-54-2223 070-4093-3123 (24時間対応体制)
管理者連絡先 (氏名 西川 愛)	TEL 0894-54-2222 FAX 0894-54-2223
営業日	平日 (土、日、祝日、年末年始は休み)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで
サービス提供実施地域	伊方町内

4 当事業所の従業員

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	従業員の管理、業務管理	常勤1名(介護支援専門員と兼務)
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	指定居宅介護支援の提供	常勤4名(内1名管理者と兼務)

5 事業の目的・運営方針

事業の目的	事業者は、介護保険に関する法令の趣旨にしたがい、公正中立な立場から、利用者が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居宅サービス計画を作成するとともに、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他便宜の提供を図ります。
運営方針	地域との結びつきを尊重するとともに、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療機関及び福祉サービスを提供する者と密接な連携に努め事業を運営します。

6 提供する居宅介護支援サービスの内容

- (1) 契約書本文第3条～第9条に定めるお客様に提供するサービスの内容は次のとおりです。

内 容	提 供 方 法	保険 適用
居宅サービス計画の作成 (契約書本文第3条)	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者のお宅を訪問し、利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。 2 自宅周辺地域における居宅サービス事業者が実施しているサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者やご家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。 3 提供するサービスの目標、目標の達成時期、サービスを提供するうえでの留意点などを盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。 4 居宅サービス計画の原案に位置付けた居宅介護支援等について、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス(自己負担)を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明し、その意見を伺います。 5 居宅サービス計画の原案は、利用者やその家族と協議したうえで、必要があれば変更を行い利用者から文書による同意を得ます。 	○

<p>居宅サービス事業者等との 連絡調整・便宜の提供 (契約書本文第4条)</p>	<p>1 居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。 2 利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望した場合には、利用者に介護保険施設の紹介その他の支援を行います。</p>	<p>○</p>
<p>サービス実施状況の把握・ 居宅サービス計画等の評価 (契約書本文第4条、第5条)</p>	<p>1 利用者及びその家族と毎月連絡をとり、サービスの実施状況の把握に努めます。 2 利用者の状態について定期的に再評価を行い、利用者の申し出により又は状態の変化等に応じて居宅サービス計画の評価、変更等を行います。</p>	<p>○</p>
<p>給付管理 (契約書本文第7条)</p>	<p>居宅サービス計画の作成後、その内容に基づいてサービス利用票・提供票による給付管理を行うとともに、毎月の給付管理票を作成し、愛媛県国民健康保険団体連合会に提出します。</p>	<p>○</p>
<p>相談・説明 (契約書本文第4条)</p>	<p>介護保険や介護に関することは、幅広くご相談に応じます。</p>	<p>○</p>
<p>関連機関との連携 (契約書本文第4条)</p>	<p>ケアプランの作成時（又は変更時）やサービスの利用時に必要な場合は、利用者の同意を得たうえで、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。</p>	<p>○</p>
<p>居宅サービス計画の変更 (契約書本文第6条)</p>	<p>利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合又は事業者が居宅サービスの変更が必要と判断した場合には、利用者の意見を尊重して、合意のうえ、居宅サービスの変更を行います。</p>	<p>○</p>
<p>要介護認定にかかる申請の 援助 (契約書本文第8条)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の意思を踏まえ、要介護認定の申請に必要な協力を行います。 ・ 利用者の要介護認定有効期間満了の30日前には、要介護認定の更新申請に必要な協力を行います。 	<p>○</p>
<p>サービス提供記録の閲覧 ・ 交付 (契約書本文第9条)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者は、サービス提供の実施記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。 ・ 利用者は、契約終了の際には事業者に請求して直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書面の交付を受けることができます。 	<p>○</p>
<p>介護支援専門員の変更</p>	<p>介護支援専門員の変更を希望する場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。</p>	<p>○</p>

訪 問 回 数	介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し状況の把握等を行います。 1ヶ月あたり 1回以上
---------	--

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

7 サービスの利用料金

居宅介護支援（居宅サービス計画の作成・変更、事業者との連絡調整、相談説明等）に関するサービス利用料金について、事業者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ございません。

但し、利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が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ことができない場合は、下記のサービス利用料金の全額をいっただんお支払い下さい。

(1) 基本料金

要介護1又は要介護2	要介護3、4又は要介護5
10,860円	14,110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利用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に準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

(2) 加算料金等

- ① 新規に居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分が2区分以上変更された場合、以下の初回加算を算定いたします。

初 回 加 算	3,000円
---------	--------

- ② 病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合、以下の入院時情報連携加算を算定いたします。

入院時情報連携加算（Ⅰ）	入院時情報連携加算（Ⅱ）
2,500円	2,000円

※ 入院時情報連携加算（Ⅰ）は、利用者が医療機関に入院した日に、医療機関の職員に対して利用者に係る情報を提供した場合

※ 入院時情報連携加算（Ⅱ）は、利用者が医療機関に入院した日の翌日または翌々日に、医療機関の職員に対して利用者に係る情報を提供した場合

③ 退院又は退所に関して居宅介護支援を行った場合、以下の加算を算定いたします。

○ 退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	4, 500円	6, 000円
連携2回	6, 000円	7, 500円
連携3回	×	9, 000円

※ 退院・退所加算は、退院又は退所に当たって、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、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

但し、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行っ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に限る。

注（入院または入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定はいたしません。）

④ 病院又は診療所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、以下の加算を算定いたします。

緊急時等居宅カンファレンス加算
2, 000円

⑤ 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施等を行った場合、以下の加算を算定します。

通院時情報連携加算
500円

※ 利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行った場合

⑥ 居宅介護支援事業所において、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを提供するなどの事業所を評価する加算として、以下の加算を算定いたします。

特定事業所加算Ⅱ
4, 210円

※ 常勤専従の主任介護支援専門員を配置し、24時間の連絡体制と利用者等の相談対応を確保しているなどの対応を講じた場合

(3) その他の費用

内 容	金 額	説 明
交 通 費 (実費)	通常の実施区域を越えて行う 地点から片道10km以上の場合 10kmにつき 300円	サービス提供実施地域以外の 地域に訪問出張する場合には、 実費相当の交通費が必要となり ます

8 契約の終了と自動更新について

契約の有効期間については、要介護認定の有効期間の満了日でいったん終了することとなります。ただし、有効期間の満了7日前までに、利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、この契約は、更に同じ条件で更新されます。

9 契約期間途中で解約の場合

この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解約を希望する7日前までにお申し出いただければ解約することができます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。

但し、ただちに解約を希望される場合には、解約料をいただく場合があります。

※ 利用者において緊急入院等の正当な理由がある場合には、解約料は必要ありません。

※ 解約の場合は、次の事業所への引継ぎなど、利用者が保険やサービスを滞りなく利用していただくための手続きが必要ですので、月末以外の解約や次の事業者との契約開始日にはご注意ください。

10 プライバシーの保護

当社は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

但し、当社がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して知り得た情報については、

- ・サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。
- ・このため、その利用には利用者の同意が必要となりますので、別紙の個人情報の使用に係る同意書に記名・押印していただくこととなります。

11 サービス提供中における事故発生時の対応

(1) 市町村、家族等への連絡方法

--

1.2 損害賠償について

当社が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第13条に基づき、当社は金銭等により賠償をいたします。

1.3 サービスの苦情や相談窓口

当社は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成した居宅サービス計画に基づいて提供された居宅サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

(当事業所の苦情や相談窓口)

伊方町社会福祉協議会 (三崎居宅介護支援事業所)	連絡先 (0894) 54-2222 FAX (0894) 54-2223 担当者 西川 愛 受付時間 (平日) 午前8時30分 ~午後5時30分
-----------------------------	---

(介護保険サービスの苦情や相談について)

伊方町役場 (長寿介護課)	連絡先 (0894) 38-2652 FAX (0894) 38-0372 受付時間 (平日) 午前8時30分 ~午後5時15分
瀬戸支所 (地域住民係)	連絡先 (0894) 52-0111 FAX (0894) 57-2424 受付時間 (平日) 午前8時30分 ~午後5時15分
三崎支所 (地域住民係)	連絡先 (0894) 54-1111 FAX (0894) 54-1988 受付時間 (平日) 午前8時30分 ~午後5時15分
愛媛県国民健康保険 団体連合会 (業務管理課)	連絡先 (089) 968-8700 FAX (089) 968-8717 受付時間 (平日) 午前9時~午後5時

1.4 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ 無
-------	-------

上記内容について、愛媛県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等を定める条例（平成27年3月27日条例第18号）第7条の規定に基づき、利用者に対して説明を行いました。

（説明年月日） 令和 年 月 日

（説明者氏名）

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。

（同意年月日） 令和 年 月 日

利用者（または代理人）

署名代筆者（家族等）
