

# 指定居宅介護支援重要事項説明書

〔令和 年 月 日現在〕

## 1 事業者（法人）の概要

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 川口市社会福祉協議会       |
| 代表者役職・氏名   | 会長 奥ノ木 信夫               |
| 本社所在地・電話番号 | 川口市青木3-3-1 048-252-1294 |
| 法人設立年月日    | 昭和53年3月9日               |

## 2 サービスを提供する事業所の概要

### （1）事業所の名称等

|            |                                      |
|------------|--------------------------------------|
| 名 称        | 川口市社会福祉協議会                           |
| 事業所番号      | 居宅介護支援（事業所指定番号1170203689）            |
| 所在地        | 〒334-0013 川口市南鳩ヶ谷6-8-16<br>（やすらぎ会館内） |
| 電話番号       | 048-229-7300                         |
| FAX番号      | 048-286-0026                         |
| 通常の事業の実施地域 | 川口市、戸田市、蕨市                           |

### （2）事業所の営業時間等

|        |                                                  |
|--------|--------------------------------------------------|
| 営業日    | 月曜日から金曜日<br>（但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日までを除く）        |
| 営業時間   | 午前8時30分から午後5時15分<br>（但し、特別な事情がある場合においてはこの限りではない） |
| 緊急連絡体制 | 電話により、24時間常時連絡が可能な体制をとる                          |

### （3）事業所の勤務体制

| 職 種     | 業務内容                                                 | 勤務形態・人数            |
|---------|------------------------------------------------------|--------------------|
| 管理者     | ・従業者と業務の管理を行います。<br>・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。 | 常 勤 1名             |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援を行います。                                         | 常 勤__名<br>（管理者を含む） |

## 3 サービスの内容、提供方法

| 内容                          | 提供方法                                       |
|-----------------------------|--------------------------------------------|
| 利用者からの居宅サービス計画作成依頼等に対する相談対応 | 当事業所内相談室において行います。<br>（必要に応じて利用者の居宅を訪問します。） |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 課題分析の実施               | <p>① 課題分析の実施に当たっては、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握します。</p> <p>② 解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行います。</p> <p>③ 使用する課題分析票の種類は、MDS－HC方式とします。</p>                                                                |
| 居宅サービス計画原案の作成         | <p>利用者の希望及びアセスメントの結果に基づき、利用者及び家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標とその達成時期、サービスの種類と内容等を記載した居宅サービス計画の原案を作成します。</p>                                                                                                           |
| サービス担当者会議等による専門的意見の聴取 | <p>居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行うサービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的見地からの意見を求めます。</p>                                                                                                                       |
| 居宅サービス計画の説明、同意、交付     | <p>① 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又は家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。</p> <p>② 作成した居宅サービス計画は交付します。</p>                                                                                             |
| 居宅サービス計画の実施状況の把握      | <p>① 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行います。</p> <p>利用者及び家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行き、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。</p> <p>② モニタリングに当たり、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、面接します。</p> <p>③ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録します。</p> |

## ○居宅介護支援に係る事業所の義務について

- ① 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。
- ② 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。
- ③ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。

- ④ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めること、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できます。
- ⑤ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、指定居宅介護支援事業者は、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表します。

・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

|                   |              |              |              |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| 訪問介護<br>( )%      | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% |
| 通所介護<br>( )%      | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% |
| 地域密着型通所介護<br>( )% | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% |
| 福祉用具貸与<br>( )%    | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% | 事業所：<br>( )% |

※各サービス（特定事業所集中減算対象サービス）を位置付けたケアプラン数／事業所のケアプラン総数

#### 4 利用料、その他の費用の額

##### (1) 居宅介護支援の利用料

###### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として無料です。

| 区分<br>(介護支援専門員1人当たりの利用者数) |                                |          | 要介護1・2  | 要介護3～5  |
|---------------------------|--------------------------------|----------|---------|---------|
| 居宅介護支援費<br>(Ⅱ)            | 居宅介護支援費(i)<br>(45人未満の場合)       | 45人未満の部分 | 11,620円 | 15,097円 |
|                           | 居宅介護支援費(ii)<br>(45人以上60人未満の場合) | 60人未満の部分 | 5,820円  | 7,532円  |
|                           | 居宅介護支援費(iii)<br>(60人以上の場合)     | 60人以上の部分 | 3,488円  | 4,515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ケースにおいても、下記の要件を満たしている場合、居宅介護支援の基本報酬の算定が可能となります。

- ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること
- ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと

## イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10,700 円（5 級地）

### ①サービスの実施による加算

| 加算の種類      | 要件                                                                                                                                                                     | 利用料                                 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 初回加算       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規に居宅サービス計画を作成した場合</li> <li>・要介護状態区分が 2 区分以上変更された場合</li> </ul>                                                                 | 1 月につき<br>3,210 円                   |
| 入院時情報連携加算Ⅰ | 利用者が入院した日のうちに介護支援専門員が病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合                                                                                                                            | 1 月につき<br>2,675 円                   |
| 入院時情報連携加算Ⅱ | 利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、介護支援専門員が病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合                                                                                                                      | 1 月につき<br>2,140 円                   |
| 退院・退所加算    | 病院等に入院、入所していた利用者の退院、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<br>※退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの | カンファレンス参加 有の場合<br>連携 1 回<br>6,420 円 |
|            |                                                                                                                                                                        | 連携 2 回<br>8,025 円                   |
|            |                                                                                                                                                                        | 連携 3 回<br>9,630 円                   |
|            |                                                                                                                                                                        | カンファレンス参加 無の場合<br>連携 1 回<br>4,815 円 |
|            |                                                                                                                                                                        | 連携 2 回<br>6,420 円                   |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 通院時情報<br>連携加算           | 利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科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（ケアプラン）に記録した場合                                                                                                               | 1月につき<br>535円   |
| 緊急時等居<br>宅カンファ<br>レンス加算 | 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とも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調整を行った場合                                                                                                                                                       | 1回につき<br>2,140円 |
| ターミナル<br>ケアマネジ<br>メント加算 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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同意を得た上で、利用者の死亡日前14日以内に2日以上、状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合</li> <li>・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行った場合</li> </ul> | 1月につき<br>4,280円 |

## ②加算の基準に適合していると市に届け出ている加算

| 加算の種類        | 要件                 | 利用料             |
|--------------|--------------------|-----------------|
| 特定事業所<br>加算Ⅱ | 加算の体制要件、人材要件を満たす場合 | 1月につき<br>4,504円 |

## （２）交通費

通常の事業の実施地域にお住まいのかたは無料です。

それ以外の地域にお住まいのかたは、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費をご負担していただきます。

なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートル当たり50円を請求します。

## 5 秘密の保持

- （１）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、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- （２）利用者からあらかじ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個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじ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ぬ。

- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」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扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切に取り扱います。

## 6 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、市町村、利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |              |
|-------|--------------|
| 保険会社名 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 保険名   | 社協の保険        |

## 7 虐待に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (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ます。
- (2) 虐待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) 上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者及び責任者を設置します。
- (5) 成年後見制度の利用を支援します。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等利用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。

|           |                |
|-----------|----------------|
| 虐待に関する責任者 | 井島 久子（管理者）     |
| 虐待に関する担当者 | 鈴木 哲朗（介護支援専門員） |

## 8 衛生管理について

当事業所は、従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行い、また、設備及び備品等について、衛生的な管理を行います。

感染症が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じます。

- (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定期的開催するとともに、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ます。
- (3) 従業者に対し、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定期的実施します。

## 9 業務継続計画の策定について

当事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス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（以下「業務継続計画」といいます）を策定し、必要な措置を講じます。

事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的に実施します。また、定期的に業務継続計画の見直しを行ない、必要に応じて変更を行ないます。

## 10 サービス提供に関する相談、苦情

### （1）苦情処理の体制及び手順

- ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- 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とおりです。
  - ・ 苦情があった場合、直ちに苦情相談窓口担当者及び介護支援専門員が利用者と連絡を取り、詳しい事情を確認するとともに、関係機関からも事情を確認します。
  - ・ 関係者で苦情内容を検討し、対応方法を検討します。
  - ・ 検討結果に基づき、速やかに利用者に対応を行います。
  - ・ 苦情の内容、処理結果について記録し、簿冊に保管し、再発防止に役立てます。

### （2）苦情相談窓口

|       |                                          |
|-------|------------------------------------------|
| 担 当   | 管理者 井島 久子                                |
| 電話番号  | 048-229-7300                             |
| 受付時間  | 午前8時30分から午後5時15分                         |
| 受 付 日 | 月曜日から金曜日<br>(但し、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く) |

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| 川口市 介護保険課                     | 048-258-1110             |
| 戸田市 長寿支援課                     | 048-441-1800             |
| 蕨市 介護保険室                      | 048-432-3200             |
| 埼玉県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情対応係 | 048-824-2568<br>(苦情相談専用) |

令和 年 月 日

指定居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 川口市青木3-3-1  
法人名 社会福祉法人 川口市社会福祉協議会  
代表者名 会長 奥ノ木 信夫 印

説明者

事業所名 川口市社会福祉協議会

氏 名 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、指定居宅介護支援の提供開始について同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印