

# 居宅介護支援 重要事項説明書

(せんわケアプランサービスセンター)

この「重要事項説明書」は、「\_\_\_\_\_市指定居宅介護支援事業者の指定並びに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を定める条例（平成 30 年 3 月 27 日条例第 3 号）」の規定に基づき、居宅介護支援契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

## 1 居宅介護支援を提供する事業者について

|       |                                      |
|-------|--------------------------------------|
| 事業者名称 | 社会福祉法人せんわ                            |
| 代表者氏名 | 理事長 <small>みちわき こうじ</small><br>道脇 浩司 |
| 所在地   | 大阪府泉南市信達金熊寺 5 3 0 番地の 1              |

## 2 利用者への居宅介護支援提供を担当する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

|                 |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名称           | せんわケアプランサービスセンター                                                                    |
| 管理者氏名           | 中村 智子                                                                               |
| 介護保険<br>指定事業者番号 | 居宅介護支援（大阪府指定 2 7 7 5 6 0 0 1 5 4 号）                                                 |
| 事業所所在地          | 大阪府泉南市信達金熊寺 5 3 0 番地の 1                                                             |
| 連絡先<br>相談担当者名   | TEL 0 7 2 - 4 8 3 - 2 0 2 2<br>FAX 0 7 2 - 4 8 3 - 1 9 9 6<br>担当：中村 智子・上野 浩子・吉ノ谷 慎二 |
| 事業実施地域          | 泉南市・阪南市・田尻町・岬町<br>* 上記以外地域の方もご希望の方はご相談下さい。                                          |

### (2) 事業所の職員体制

|                 | 資格        | 常勤  | 非常勤 | 業務内容                  | 計          |
|-----------------|-----------|-----|-----|-----------------------|------------|
| 管理者兼<br>介護支援専門員 | 主任介護支援専門員 | 1 名 | 名   | 全般的な管理<br>ケアマネジメント業務等 | 1 名<br>(0) |
| 介護支援専門員         | 介護福祉士     | 2 名 | 0 名 | ケアマネジメント業務等           | 2 名<br>(1) |
| 事務職員            |           | 0 名 | 0 名 |                       | 0 名        |

( ) 内は男性

### (3) 事業所の営業日・時間

|     |                               |
|-----|-------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 午前 9 時から午後 5 時 3 0 分 |
| 休日  | 土曜日・日曜日・1 2 月 3 0 日～1 月 3 日   |

#### (4) 事業の目的及び運営方針

##### 事業の目的

介護支援専門員が要介護者等からの相談により、要介護者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人や家族の意向等をもと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し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する。

##### 運営方針

- ①本事業は利用者が要介護状態と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配慮して援助に努める。
- ②利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自ら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、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行う。
- 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サービス等が特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- ④事業の運営に当たっては、通常の事業実施区域の市町村、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、介護保険施設等との連携に努める。
- ⑤利用者の要介護認定に係わる申請に対して、利用者の意思を踏まえ必要な協力を行う。また、要介護認定の申請が行なわれているか否かを確認しその支援も行う。
- ⑥通常の事業実施区域の市町村から要介護認定調査の委託を受けた場合は、その知識を有するよう研鑽を行い、公正中立さらに被保険者に対し正しい調整を行う。
- ⑦上記の他「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（厚生省令第38号、平成11年3月31日付）」を遵守する。

### 3 居宅介護支援業務の実施方法等について

#### 1 居宅サービス計画の作成について

- ①居宅サービス計画の原案作成に際しては、次の点に配慮する。
  - ・ 利用者の居宅へ訪問し、面接により利用者及びその家族の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
  - ・ 利用者は、居宅サービス事業所を選択するにあたり、複数の事業所の紹介を求めること、および当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることができます。利用者から複数の事業所紹介の求めがあった場合には、誠実に対応します。
  - ・ 利用者に対して居宅サービスの内容が特定の種類、事業所に不当に偏することのないよう公正中立に対応します。
  - ・ 居宅サービス計画の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス等の担当者による専門的な見地からの情報を求めます。
- ②利用者が訪問看護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導等の医療サービスの利用を希望する場合には、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるため、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。  
医師の意見を踏まえて作成した居宅サービス計画は、意見を求めた医師に交付します。
- ③居宅サービス計画の原案について、介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者またはその家族に対して説明します。
  - ・ 利用者の居宅サービス計画の原案への同意を確認した後、原案に基づく居宅サービス計画を作成し、改めて利用者の同意を確認します。
  - ・ 利用者は、事業所が作成した居宅サービス計画の原案に同意しない場合には、事業所に対して居宅サービス計画の原案の再作成を依頼することが出来ます。

## 2 サービス実施状況の把握、評価について

- ①居宅サービス計画作成後も、利用者またはその家族、さらに指定居宅サービス事業所と継続的に連絡を取り、居宅サービス計画の実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との調整を行います。
- ②居宅サービス計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します。
- ③居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断した場合、または利用者が介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、事業所は利用者に介護保険に関する情報を提供します。
- ④居宅サービス事業所等から利用者の心身または生活状況、服薬状況、口腔機能等に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師や歯科医師、薬剤師の助言が必要であると判断したものについて、主治の医師等に提供します。

## 3 居宅サービス計画の変更について

事業所が居宅サービス計画の変更の必要性を認めた場合、または事業所が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業所と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画の変更を、この「居宅介護支援業務の実施方法等」の手順に従って実施するものとします。

## 4 給付管理について

居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

## 5 要介護認定等の協力について

- ①利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行えるよう必要な協力を行います。
- ②利用者が希望する場合は要介護認定の申請を利用者に代わって行います。

## 6 居宅サービス計画等の情報提供について

利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合には、引継ぎが円滑に進むよう、直近のケアプランやその実施状況に関する書類等の情報提供などに誠意をもって応じ、利用者の立場に立って誠意をもって支援します。

## 7 医療と介護の連携について

利用者が病院または診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた居宅サービス等の情報を入院先の医療機関と共有し、退院後に円滑な在宅生活へ移行ができるように支援します。早期から医療機関との連携を図るために、利用者が入院する必要性が生じた場合には、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）の氏名および連絡先を、当該病院に伝えるよう協力を願います。

## **4 利用者の居宅への訪問のめやす**

|                                       |
|---------------------------------------|
| 介護支援専門員が利用者の状況把握等のため利用者の居宅に訪問する頻度のめやす |
|---------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| 利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも月に1回 |
|--------------------------|

\*ここに記載する訪問の頻度のめやす回数以外にも、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 身分証携行義務**

介護支援専門員（ケアマネジャー）は常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者様またはご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。

## 6 高齢者虐待防止について

事業所は、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研修等を通じて、介護支援専門員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③介護支援専門員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、介護支援専門員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 7 ハラスメント行為への対応について

利用者又はその家族等からの言動や行動のうち、社会通念上許容される範囲を超え、介護支援専門員の就業環境を害するおそれのある行為については、ハラスメント行為に該当する場合があります。介護支援専門員の安全及び尊厳を確保し、適切な居宅介護支援業務を継続的に提供するため、組織として必要な対応を行います。

介護職員に対するハラスメント行為の具体例（一例）

- ・ 大声での叱責や暴言、威圧的な言動
  - ・ たたく・蹴る・殴る・物を投げるなどの身体的攻撃
  - ・ 人格を否定する発言や差別的な言動
  - ・ 業務の範囲を超えた過度又は不当な要求
  - ・ 長時間にわたる拘束や、執拗な要望・クレーム
  - ・ 身体に触る、性的な言動
  - ・ その他、介護職員の就業環境を著しく害する行為
- ①事業所は、ハラスメント行為が発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を行います。これらの行為が継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について利用者又はその家族等との協議を行うことがあります。それでも行為が改善されず、信頼関係が著しく損なわれ、安全かつ適切なサービス提供が困難であると判断した場合は、文書で通知することにより本契約を解除することができるものとします。
  - ②事業所は、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応します。

## 8 秘密の保持と個人情報の保護について

事業所は、ご利用者様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ダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。

- ①事業所及び事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- ②事業所は、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、予め文書での同意を得ない限り、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。  
事業所は、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。
- ③事業所は個人情報保護規程に基づいて利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

## 9 利用料金

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険制度により全額給付されるので自己負担はありません。

\* 保険料滞納等により、保険給付金が直接事業所に支払われない場合、1ヶ月につき居宅サービス計画費として下記の金額をお支払いいただきます。当事業所から発行しましたサービス提供証明書を後日お住まいの市・町窓口に提出しますと、全額払戻しを受けられます。

### 居宅介護支援費

| 要介護度<br>取扱件数区分 | 要介護 1・2             | 要介護 3・4・5           |
|----------------|---------------------|---------------------|
| 担当件数 45 件未満    | 居宅介護支援費(Ⅰ) 11,316 円 | 居宅介護支援費(Ⅰ) 14,702 円 |
| 担当件数 45～60 件未満 | 居宅介護支援費(Ⅱ) 5,668 円  | 居宅介護支援費(Ⅱ) 7,335 円  |
| 担当件数 60 件以上    | 居宅介護支援費(Ⅲ) 3,396 円  | 居宅介護支援費(Ⅲ) 4,397 円  |

※当事業所が運営基準減算(居宅介護支援の業務が適切に行われていない場合の減算)に該当する場合は、上記金額の 50/100 となります。2ヶ月以上継続して該当する場合は算定しません。

また、特定事業所集中減算(居宅サービスの内容が特定の事業者に不当に偏っている場合の減算)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。

(加算)

●初回加算 新規に居宅サービス計画策定時・2段階以上の変更認定を受けた場合 3,126 円

### ●入院時情報連携加算

利用者が入院後、病院・診療所の職員に対して利用者の必要な情報提供を行なった場合

※営業時間終了後や営業日以外の日に入院した場合、3日目が営業日でない場合は翌日を含む

(Ⅰ) 入院した日(入院日以前の提供も含む) 2,605 円

(Ⅱ) 入院した日から3日以内 2,084 円

### ●退院・退所加算

病院・診療所の入院者や福祉施設の入所者が退院・退所する場合、病院・施設職員と面談を行ない、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、サービス利用調整を行なった場合

(Ⅰ) イ カンファレンス(会議)以外の方法により情報提供を1回受ける 4,689 円

(Ⅰ) ロ カンファレンスにより情報提供を1回受ける 6,252 円

(Ⅱ) イ カンファレンス以外の方法により情報提供を2回以上受ける 6,252 円

(Ⅱ) ロ 情報提供を2回受けるうち1回以上はカンファレンスにより受ける 7,815 円

(Ⅲ) 情報提供を3回以上受けるうち1回以上はカンファレンスにより受ける 9,378 円

### ●ターミナルケアマネジメント加算

在宅で死亡した利用者に対し、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者またはその家族の意向を把握した上で、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上、利用者またはその家族の同意を得て居宅を訪問し利用者の心身の状況等を記録し、その記録を主治の医師およびケアプランに位置付けたサービス事業者へ提供した場合 4,168 円

### ●通院時情報連携加算

利用者が病院または診療所において診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師または歯科医師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、医師または歯科医師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した場合（1月に1回限度）  
521円

### ●緊急時等居宅カンファレンス加算

病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行ない必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行なった場合（1月に2回限度）  
2,084円

### ●特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを実施している事業所を積極的に評価する観点から、人材の確保や、定期的な会議の実施、24時間連絡体制の確保、多様な生活支援サービスが包括的に提供されるようなプランの作成、事例検討会の参加など、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合する場合（1月につき）

（Ⅰ） 5,407円

（Ⅱ） 4,386円

（Ⅲ） 3,365円

（A） 1,187円

### ●介護職員等処遇改善加算

介護職員等の処遇改善に関する計画を作成し、職場環境整備、資質の向上やキャリアアップに向けた支援、生産性向上のための取組等、厚生労働大臣が定める基準に適合する場合  
所定単位数の2.1%

## 10 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を行います。事故が発生した際には、その原因を解明し再発防止のための対策を講じます。事業所に連絡するとともに、利用者の主治医または医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

（損害賠償の方法）

当事業所はサービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。当事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。

保険会社名：あいおい損害保険株式会社

住 所：大阪府寝屋川市末広町23-3-406

電 話：072-835-5403

保 険 名：賠償責任保険 補償の概要：対人対物賠償補償

## 11 苦情の処理

・苦情の受け付け

①苦情受付窓口（職名）担当者名：（施設長）道脇 基公 （部長）中西 亮

（受付時間） 毎週 月曜日～金曜日 午前9時～午後17時30分

②苦情の受付：苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。（内容・要望・第三者委員への報告の要否・第三者委員の話し合いへの立会い要否など）状況を詳細に把握するために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、事実関係の特定を慎重に行います。

③対応と報告：把握した状況について検討し、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を行うと共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。

④当法人の第三者委員： 石神 節子氏 井上 美千代氏

## 12 介護支援業務に関する相談苦情窓口

|                                            |       |                       |
|--------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 【事業所の窓口】<br>せんわケアプラン<br>サービスセンター<br>苦情相談係  | 所在地   | 大阪府泉南市信達金熊寺530番地の1    |
|                                            | 電話番号  | 072-483-2022          |
|                                            | FAX番号 | 072-483-1996          |
|                                            | 受付時間  | 午前9:00～午後5:30（土日は除く）  |
| 【各市町村の窓口】<br>泉南市役所<br>長寿社会推進課              | 所在地   | 大阪府泉南市樽井1丁目1番1号       |
|                                            | 電話番号  | 072-483-8253          |
|                                            | FAX番号 | 072-480-2134          |
|                                            | 受付時間  | 午前9:00～午後5:30（土日祝は除く） |
| 【各市町村の窓口】<br>阪南市役所<br>健康部介護保険課             | 所在地   | 大阪府阪南市尾崎町35-1         |
|                                            | 電話番号  | 072-471-5678          |
|                                            | FAX番号 | 072-473-3504          |
|                                            | 受付時間  | 午前8:45～午後5:15（土日祝は除く） |
| 【各市町村の窓口】<br>田尻町役場<br>（ふれ愛センター）<br>高齢障害支援課 | 所在地   | 大阪府泉南郡田尻町嘉祥寺883-1     |
|                                            | 電話番号  | 072-466-8813          |
|                                            | FAX番号 | 072-466-8841          |
|                                            | 受付時間  | 午前8:45～午後5:15（土日祝は除く） |
| 【各市町村の窓口】<br>岬町役場<br>介護保険課                 | 所在地   | 大阪府泉南郡岬町深日2000-1      |
|                                            | 電話番号  | 072-492-2703          |
|                                            | FAX番号 | 072-492-5814          |
|                                            | 受付時間  | 午前9:00～午後5:30（土日祝は除く） |
| 【各市町村の窓口】<br>泉佐野市役所<br>広域福祉課               | 所在地   | 大阪府泉佐野市市場東1丁目1-1      |
|                                            | 電話番号  | 072-493-2023          |
|                                            | FAX番号 | 072-462-7780          |
|                                            | 受付時間  | 午前8:45～午後5:15（土日祝は除く） |
| 【公共団体の窓口】<br>大阪府<br>国民健康保険団体連合会            | 所在地   | 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号      |
|                                            | 電話番号  | 06-6949-5418          |
|                                            | FAX番号 | 06-6949-5417          |
|                                            | 受付時間  | 午前9:00～午後5:00（土日祝は除く） |

## 13 第三者評価による評価の実施状況

|               |       |        |             |
|---------------|-------|--------|-------------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1. あり | 実施日    | 年 月 日       |
|               |       | 評価機関名称 |             |
|               |       | 結果の開示  | 1. あり 2. なし |
|               | 2. なし |        |             |

令和      年      月      日  
 上記内容について、「\_\_\_\_\_市指定居宅介護支援事業者の指定並びに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を定める条例（平成 30 年 3 月 27 日条例第 3 号）」の規定に基づき、  
 利用者に説明を行いました。

|         |       |                         |
|---------|-------|-------------------------|
| 事業<br>者 | 法人所在地 | 大阪府泉南市信達金熊寺 5 3 0 番地の 1 |
|         | 法人名   | 社会福祉法人せんわ               |
|         | 代表者名  | 理事長      道脇   浩司      印 |
|         | 事業所名  | せんわケアプランサービスセンター        |
|         | 説明者氏名 |                         |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|                                                                 |    |                          |
|-----------------------------------------------------------------|----|--------------------------|
| ご利用者様                                                           | 住所 |                          |
|                                                                 | 氏名 |                          |
| 代筆の場合<br>代筆者氏名（続柄）                                              |    | （                      ） |
| 利用者は心身の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ<br>私が利用者に代わってその署名を代筆しました。 |    |                          |

|                     |    |  |
|---------------------|----|--|
| 代理人<br><br>(成年後見人等) | 住所 |  |
|                     | 氏名 |  |

居宅介護支援契約における個人及び家族の情報使用同意書  
居宅介護支援契約における個人情報使用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

当事業所が円滑な支援を行なう上で、個人情報が必要となる以下の場合に使用するものとする。

- （１）居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議、当事業所内でのカンファレンスやミーティング、関係者・事業者間での連絡調整や連携、介護保険請求のための事務。
- （２）介護保険施設等への入退所、医療機関への入退院に伴う関係機関との連携のため。
- （３）緊急時（災害時等）において行政や関係機関等との連携や対応を行うため。
- （４）事故発生時における関係機関（保険会社等）への情報提供や報告が必要な場合。
- （５）介護支援専門員実務研修における実習生の受け入れに当事業所が協力する場合。
- （６）その他、利用者の状況に応じた適切な介護保険及び高齢者保健福祉サービスの提供に必要な場合。

2. 使用する事業者の範囲

利用者がサービス提供を受けるすべての事業者。

3. 使用する期間

契約開始時から、契約終了時まで。

4. 使用するにあたっての条件

- （１）個人情報の提供は１に記載する目的の範囲で必要最小限とし、情報提供の際には、関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- （２）個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容を記録しておくこと。

事業者：せんわケアプランサービスセンター宛

令和      年      月      日

上記、個人情報の取り扱いに関して説明を受け、これに同意します。

|                                                             |    |                          |
|-------------------------------------------------------------|----|--------------------------|
| 利用者                                                         | 住所 |                          |
|                                                             | 氏名 |                          |
| 代筆の場合<br>代筆者氏名（続柄）                                          |    | （                      ） |
| 利用者は心身の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ私が利用者に代わってその署名を代筆しました。 |    |                          |

|       |        |                          |
|-------|--------|--------------------------|
| ご家族代表 | 住所     |                          |
|       | 氏名（続柄） | （                      ） |