

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業の概要

(1) 事業所の名称等

法人名	株式会社 み の り
法人所在地	埼玉県さいたま市南区大谷口 2029-4
事業所名	みのり居宅介護支援事業所
事業所所在地	埼玉県さいたま市南区大谷口 2029-4
指定番号	1 1 7 6 5 0 4 2 4 7
連絡先	TEL : 048-813-4700 FAX : 048-714-5073
営業日	月曜日から金曜日まで。但し、12月31日から1月3日及び祝日を除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供地域	さいたま市（南区、緑区、浦和区）川口市（柳崎、柳根、在家）

(2) 職員の職種、人数、及び職務内容

管理者 : 1名 (兼務1名)
介護支援専門員 : 5名 (常勤兼務1名、常勤専従4名)
事務員 : 1名 (兼務1名)

2. 提供するサービスの内容

利用者に提供するサービスの内容は、**居宅介護支援**とする。

「居宅介護支援」とは、介護保険法に定める介護サービスを提供するに先立って、利用者の心身の状況を把握し、その結果と利用者の希望に基づいて、利用者ができるだけ自立した生活を送ることができるよう、介護サービスを提供するための計画（居宅サービス計画）を作成し、この計画にしたがって、現実に適切かつ滞りなくサービスが提供できるよう、介護サービスを提供する事業者と連絡や調整を行うとともに、これらの経過を継続的に管理する業務をいいます。

【業務の概要】

- (1) 利用者のお宅を訪問し、利用者の心身の状態を適切な方法により把握します。
- (2) (1)の結果と、利用者自身やご家族の希望を踏まえ、利用者に介護サービスを適切に提供するための計画（居宅サービス計画）をお作りします。
- (3) 介護サービスの提供の状況や、利用者の心身の状態やご家族の環境について、居宅サービス計画作成後も、継続的に把握・管理します。
- (4) 事業者のみならず、介護サービスを提供する事業者についての相談・苦情の窓口となり問題を解決します。
- (5) 利用者の要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- (6) 利用者が介護保健施設に入所を希望される場合、介護保険施設に関する情報を提供します。

【業務取り扱い方針】

- (1) 利用者の心身の状態やご家族の環境を踏まえ、利用者自身の選択に基づいて、適切な介護サービスが、様々な事業者から総合的・効率的に提供されるように努力致します。また、訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービス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又は歯科医師の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画書を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。
- (2) 居宅介護支援の提供にあたっては、利用者の意志と人格を尊重することにより、常に利用者の立場に立つとともに、提供されるサービスが特定の事業者に偏ることなく、公正中立を原則といたします。利用者は、複数の事業所の紹介を求めること及び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可能です。
- (3) 前 6 か月間に作成したケアプランに位置付けた、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護の割合及び同一の事業者によって提供されたものが占める割合を公表しています。

対象期間 (前期) R5 年 10 月 1 日～R6 年 2 月 29 日

位置付けられた 割合	提供事業者／各サービスの同一の事業者によって提供された割合		
	1 位	2 位	3 位
訪問介護 27.8%	みのり ケアステーション 46.9%	ニチイケアセンター 大谷口 12.3%	みずたま介護 ST 南浦和 ケアサービスとんぼ 8.5%
通所介護 32.9%	ニチイケアセンター 大谷口 22.5%	アズハイムテラス 浦和円正寺 12.7%	コンパスウォーク 南浦和 11.1%
福祉用具貸与 70.3%	株式会社ヤマシタ 浦和営業所 39.0%	株式会社日本 ケアシステム 15.2%	株式会社 シルバーホクソン 12.5%
地域密着型 通所介護 11.8%	デイサービス・ ハレオル アロハ 40.0%	GENK NEXT 浦和原山 18.9%	デイサービス ぱる浦和 10.8%

- (4) 居宅介護支援は、利用者の心身の状態がよりよくなるようにする（軽減の観点）、悪化しないようにする（悪化防止の観点）ために提供致します。

介護支援専門員は、指定居宅介護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。

- (5) 事業者は、居宅介護支援が利用者の生活の全体的な支援となるよう、居宅サービス計画の作成後も、常に利用者や利用者の家族、サービスを提供する事業者との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、利用者の心身の状況の変化に応じて臨機応変に居宅サービス計画の見直しを行うこととします。
- (6) 利用者からサービス計画の実施状況、その他の説明を受けたいとの申し出があれば、随時返答致します。
- (7) 事業者は、居宅介護支援の提供に際しては常に真摯な態度で臨み、利用者からの相談や苦情について事業を実施するうえでの糧として真剣に受け止め、常に事業者として資質の向上に努めます。

3. 担当の介護支援専門員

介護支援専門員	氏名	連絡先	048-813-4700 (平日 8:30~17:30) (上記時間帯以外)
---------	----	-----	--

4. 利用者負担金

要介護又は要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので利用者負担はありません。ただし、保険料の滞納等により保健給付金が事業者に支払われない場合、要介護度に応じて規定のお支払いを頂き、事業者からサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を市町村の介護保険担当窓口に提供しますと、全額払い戻しを受けられます。尚、利用料の詳細は下記の通りです。

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 人に当りの利用者の数が 45 人未満の場合	居宅介護支援費Ⅰ 1086 単位	居宅介護支援費Ⅰ 1411 単位
“ 45 人以上の場合において、45 以上 60 未満の部分	居宅介護支援費Ⅱ 544 単位	居宅介護支援費Ⅱ 704 単位
“ 45 人以上の場合の場合において、60 以上の部分	居宅介護支援費Ⅲ 326 単位	居宅介護支援費Ⅲ 422 単位

- ※ 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。また 2 ヶ月以上継続して該当する場合には、算定しません。
- ※ 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 200 単位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Ⅱ又はⅢを算定します。

	加 算	加算額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	初 回 加 算	300 単位/回	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 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)	250 単位/月	利用者が病院又は診療所に入院した当日、職員に対して利用者の必要な情報を提供した場合 (業務時間外の入院の場合は翌日まで)
	入 院 時 情 報 連 携 加 算 (II)	200 単位/月	利用者が病院又は診療所に入院日翌日又は翌々日に職員に対して利用者の必要な情報を提供した場合
	退 院 ・ 退 所 加 算	450～900 単位/回	退院等に当たって病院職員等から必要な情報をうけて、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 (入院又は入所期間中3回を限度)
	通 院 時 情 報 連 携 加 算	50 単位	医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、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、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた場合
	緊 急 時 等 居 宅 カ ン フ ァ レ ン ス 加 算	200 単位/回	病院又は診療所の求めにより、当該病院又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 (一月に2回を限度)
	ターミナルケアマネジメント加算	400 単位/月	在宅で死亡した利用者に対して死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業所に提供した場合
	特 定 事 業 所 加 算 (II)	421 単位/月	「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

上記利用料・加算には、地域加算3級地11.05を乗じます。

＊通常の実施地域を超えて行う居宅介護支援に要した交通費は、その実費を頂きます。

事業所から、片道おおむね15キロ未満 500 円

事業所から、片道おおむね15キロ以上 1000 円

5. サービスのご利用にあたってご注意いただきたいこと

- (1) 事業者の作成した計画にないサービスを利用する場合や、計画に盛り込んだサービスを利用しない場合は、利用者の負担額が変わることがありますので、できるだけ早めにご連絡ください。
- (2) 事業者の提供するサービスだけでなく、他の居宅サービスについて苦情や相談があれば遠慮なくお話しください。
- (3) 入院先の医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院または診療所に入院する必要がある場合、利用者やその家族は指定居宅介護支援事業所の担当者及び連絡先を当該病院又は診療所へ伝えるよう、利用者又はその家族に対し、事前に協力を求めます。
- (4) ハラスメント行為等により、健全な信頼関係を築くことが困難と判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。

6. 苦情の受付について

当事業所に対する、苦情やご相談については、以下の窓口で受け付けております。

- 苦情受付電話番号 048-813-6535
- 苦情受付担当者 管理者 小山 理絵
- 苦情解決責任者 代表取締役 高橋 リサ子

その他苦情、相談窓口は下記の相談窓口でも受け付けております。

・埼玉県国保健康保険団体連合会	苦情対応係	048-824-2568
・さいたま市保健福祉局長寿応援部	介護保険課	048-829-1264
・さいたま市南区役所	高齢介護課	048-844-7178
・さいたま市緑区役所	高齢介護課	048-712-1178
・川口市役所	高齢介護課	048-259-7293

7. 緊急時等における対応

指定居宅介護支援等の提供時に、利用者の病状に急変が生じた場合その他の必要とする場合は速やかに家族、主治医、居宅介護支援事業者等への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

(1) 事業所は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、利用者に対する指定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、速やかに損害賠償を行います。

9. 秘密の保持

(1) 事業所の介護支援専門員等は、正当な理由がなく、その業務で知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしません。

(2) 事業所は、介護支援専門員等の従業者であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持するために、従業者との雇用契約の内容とします。

(3) 事業者は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合には、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を文書により得ておくこととします。

10. 虐待の防止について

1. 本事業所は、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る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。

11. 業務継続計画の策定について

1. 本事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的实施するため、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」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

2. 本事業所は、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実施します。

3. 本事業所は、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。

12. 衛生管理等

1. 本事業所は、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概ね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (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防止のための研修及び訓練を定期的実施する

14. その他運営についての留意事項

事業所は、介護支援専門員の質の向上を図るため研修を設けるために、体制の整備を行います。

- (1) 採用時研修・・・3ヶ月以内
- (2) 継続研修・・・年1回以上

指定居宅介護支援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。

みのり介護支援事業所 説明者 印

上記の者より、重要事項について説明を受け、指定居宅介護支援事業の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

(利用者) ご住所 _____

 お名前 印 _____

(御家族様) ご住所 _____

 お名前 印 _____

(代理人) ご住所 _____

 お名前 印 _____