

居宅介護支援重要事項説明書

令和 6 年 10 月 1 日改訂

ご契約者（又はご契約者のご家族）に対する居宅支援サービスの提供開始にあたり、当事業所がご契約者（又はご契約者のご家族）に説明すべき重要事項は、次のとおりです。ご不明な点はご遠慮なくお尋ねください。

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：024-563-1695
携帯：080-7184-9562
担当：霜山 律子

主たる事業所の所在地	〒960-8253 福島市泉字清水内3番地の4
連絡先	(TEL) 024-563-1695
	(FAX) 024-555-6260
事業所名	しみずの里指定居宅介護支援事業所
管理者名	霜山 律子

2. しみずの里指定居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	しみずの里指定居宅介護支援事業所
所在地	福島市泉字清水内3番地の4
開設年月日	平成25年10月1日
介護保険指定番号	事業所番号 0770104354
電話番号	024-563-1695
FAX 番号	024-555-6260
管理者氏名	霜山 律子
サービスを提供する地域	福島市、伊達市

* 上記の地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

	資 格	常勤	非常勤	業務内容
管理者 兼 介護支援専門員	介護支援 専門員	1 名 (兼務)		従業者を管理、居宅 介護支援計画作成、 給付管理
介護支援専門員	介護支援 専門員		1 名	相談、居宅介護支援 計画作成、 給付管理

(3) 営業時間

月～金曜日	午前8時30分～午後5時30分
-------	-----------------

- 緊急連絡先 024-563-1695
- 営業をしない日 土曜、日曜、祝祭日、12月29日～1月3日
- 電話等により、24 時間常時連絡可能な体制をとっております。

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

介護支援専門員は、ご契約者様の居宅等を訪問し、ご契約者様および家族等に面接して、支援する上で解決しなければならない課題の把握および分析を行い、その課題に基づき居宅サービス計画を作成します。当該地域における指定居宅サービス事業者に関するサービスの内容等の情報を提供し、サービスの選択を求め、居宅サービス計画およびサービス事業者に関しご契約者様の同意を得た上で、サービス事業者等との連絡調整を行います。ご契約者様が介護保険施設への入所等を希望した場合は、介護保険施設への紹介その他の便宜を提供します。

課題分析に使用する用紙は、これまでの在宅ケアの経験・実践を基にご契約者様の生活実態を含めた全体像をつかむために、当事業所で統一した様式を使用して実施します。介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後においても、ご契約者様およびご家族等、指定居宅サービス事業者等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、月一回以上（状態に変化が著しい場合を除く）訪問することによりご契約者様の課題把握を行い、居宅サービス計画の変更およびサービス担当者等との連絡調整その他便宜の提供を行います。

介護支援専門員は、必要に応じサービス担当者会議を当該事業者などで開催し、担当者から意見を求めます。介護支援専門員は、指定居宅介護支援の提供にあたっては、ご契約者様の自宅などにおいて、ご契約者様又はそのご家族に対して、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行うとともに、相談に応じて行います。

4. 利用料金

(1) 料金

- ・居宅介護支援利用料金は介護サービス提供開始以降 1 ヶ月あたり下記の通りとなります。

居宅介護支援費(Ⅰ)(i)	要介護 1・2	10,860 円
〔取扱件数が 40 件未満〕	要介護 3・4・5	14,110 円
居宅介護支援費(Ⅰ)(ii)	要介護 1,・2	5,440 円
〔取扱件数が 40 件以上 60 件未満〕	要介護 3・4・5	7,040 円
居宅介護支援費(Ⅰ)(iii)	要介護 1・2	3,260 円
〔取扱件数が 60 件以上〕	要介護 3・4・5	4,220 円

*上記以外に加算として下記料金の通りとなります。

- ・初回加算〔初回時〕 3,000 円
 - ①新規に居宅サービス計画を策定した場合。
 - ① 介護状態区分が 2 段階以上変更となった場合。
- ・入院時情報連携加算（Ⅰ）〔入院時〕 2,500 円/月
病院又は診療所に訪問し、当該病院又診療所に対して、入院後 3 日以内にご契約者様に関する必要な情報提供した場合。
- ・入院時情報連携加算（Ⅱ）〔入院時〕 2,000 円/月
訪問以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して、入院後 7 日以内にご契約者様に関する必要な情報を提供した場合。
- ・退院・退所加算〔退院・退所時〕 1 回 6,000 円・2 回 7,500 円・3 回 9,000 円
退院、退所前のカンファレンスに参加し連携を行った場合。(同一ご契約者様について、居宅及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限り。入院又は入所期間中につき 3 回を限度。)
- ・緊急時等居宅カンファレンス加算 2,000 円/回（月 2 回限度）
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ご契約者様の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅及び地域密着型サービスの利用調整を行った場合。
- ・ターミナルケアマネジメント加算 4,000 円
末期の悪性腫瘍のご契約者様であり在宅での看取りにあたり、24 時間連絡体制をとり、尚かつ主治医との連携を図った場合。
- ・通院時情報連携加算 500 円/月
ご契約者様が医師の診察を受ける際に同席し、医師にご契約者様の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等からご契約者様に関する必要な情報提供を受けた上でケアプランに記録する場合。
- ・委託連携加算 3,000 円/月
介護予防支援を居宅介護支援事業所委託する初回に限り算定。算定した際には介護

予防支援事業所に対し、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める場合。

- ・同一建物減算（所定単位数×95／100を算定する）

以下のいずれかに該当する利用者にサービスの提供を行う場合、所定単位数5%の減算が適用になります。

- ・ 居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の建物、同一の敷地内の建物、隣接する敷地内の建物に住む利用者
- ・ 居宅介護支援事業所の利用者が1月あたり20人以上住む建物（上記を除く）に住む利用者

ただし、上記利用料金は法定代理受領により当法人の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、ご契約者様の自己負担はございません。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付率が直接事業所に支払われない場合があります。

その場合は一旦1ヶ月あたり介護支援費(I)(i・ii・iii)、及び該当する加算の料金を頂きサービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受ける事が出来ます。

(2) 交通費

前記2. の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたすねするための交通費の実費が必要です。

通常地域：福島市 伊達市

(3) 解約料

ご契約者様はいつでも解約する事ができ、解約料金は一切かかりません。

(4) その他の料金

支払い方法

料金が発生する場合、月ごとの清算とし、毎月10日までに前月の請求をしますので、20日以内にお支払いください。お支払い頂きますと領収書を発行致します。

(5) サービスの利用方法

1. サービスの利用開始

まずはお電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺い致します。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始致します。

2. サービスの終了

◎ご契約者様のご都合でサービスを終了する場合

文書または電話等でお知らせ下されば、いつでも解約ができます。

◎当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに地域や他の居宅介護支援事業所をご紹介致します。

◎自動終了

- 1) ご契約者様が介護保険施設へ入所した場合
- 2) 介護保険給付でサービスを受けていたご契約者様の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- 3) ご契約者様がお亡くなりになった場合
- 4) ご契約者様やご家族等が当事業所や介護支援専門員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為をおこなった場合は文書で通知することにより、即座にサービス終了させて頂く場合がございます。

5. 当事業者の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針・目的

事業所の介護支援専門員等は、ご契約者様の心身の状況、その他置かれている環境等に
応じてそのご契約者様が可能な限りその居宅において、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ご契約者様の立場に立って援助を行います。事業の実施にあたっては、ご契約者様の意思および人格を尊重し、ご契約者様の選択に基づき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率的に提供されるよう公正中立な立場でサービスを調整します。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めていきます。

(2) 運営基準事項

① 公正中立なケアマネジメントの確保について

ご契約者様とその家族は、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、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事が可能であります。

また、ご契約者様の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないこととされています。

② 入院時における医療機関との連携促進について

居宅介護支援の開始後、医療機関に入院となった際は、入院時に当居宅介護支援事業所および担当ケアマネージャーの氏名を入院先医療機関への提供をお願い致します。

③ 平時からの医療機関との連携促進について

ご契約者様が医療系サービスの利用を希望している場合は、ご契約者様の同意を得て主治医等の意見を求め、意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付することとします。また、訪問介護事業所等から伝達されたご契約者様の口

腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネージャー自身が把握したご契約者様の状態等について、主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うこととします。

④ 生活援助中心型サービスの訪問回数の多いご契約者様への対応

ご契約者様の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、ケアマネージャーが統計的に見て通常のケアプランより、かけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとなります。その後、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出されたケアプランの検証を行い、ご契約者様の自立支援・重症化防止や地域資源の有効活用の観点から、必要に応じケアマネージャーに対しサービス内容の是正を促すこととなります。

⑤ 障がい福祉制度の相談支援員との密接な連携について

障がい福祉サービスを利用してきた障がい者が介護保険サービスを利用する場合等には、ケアマネージャーと障がい福祉制度の相談支援員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者は特定相談支援事業者との連携に努めることとします。

(3) 居宅介護支援の実施概要等

ご契約者様の意見や要望をふまえた上で、何が問題となるかを判断し、公正中立の立場で、一人一人に合わせた個別のケアプラン（居宅サービス計画）を作成致します。

これまでの在宅ケアの経験・実践をもとにご契約者様の生活実態を含めた全体像をつかむために、当事業所で統一した様式を使用して、ケアプランを円滑に作成できるよう実施します。

(4) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	有	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題把握）の方法	有	当事業所で統一した用紙を使用
契約後、居宅サービス計画の作成段階途中中のご契約者様の都合により解約した場合の解約料	無	一切ご費用はかかりません
介護支援専門員への研修の実施	有	年数回、県や市の研修及び事業所内研修

6. 緊急時・事故発生時における対応方法

- (1) 介護支援専門員は、ご契約者様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には速やかに市町村、ご契約者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 介護支援専門員は、ご契約者様に対する指定居宅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、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 介護支援専門員は、指定居宅介護支援の提供中にご契約者様の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合、速やかに主治医に連絡致します。
- (4) 介護支援専門員は居宅介護支援業務等の移動中、事故が発生した場合は、身体に損害がないか確認し、状況によって、緊急電話をかけるなどマニュアルに沿った対応を行なわなければならない。
- (5) 想定される事故以外については、臨機応変に対応するとともに、日頃から各自の事故予防に対する意識を強めていきます。

7. 秘密保持と個人情報保護について

- (1) 職員は、業務上知りえたご契約者様又はその家族の秘密を保持致します。
- (2) 職員であった者に、業務上知りえたご契約者様又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容と致します。
- (3) 当事業所は、ご契約者様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、ご契約者様の個人情報を用いません。また、ご契約者様の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご契約者様の家族等の個人情報を用いません。
- (4) 当事業所は、ご契約者様及び家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、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。
- (5) 当事業所はご契約者様本人の求めに応じて、保有個人データ及びサービス提供記録の開示を行います。ただし、やむを得ない理由によりご契約者様本人以外が求める場合は、ご本人の同意書をもって対応いたします。

8. サービス内容に関する苦情

- (1) 当しみずの里指定居宅介護支援事業所　ご契約者様相談・苦情担当
当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

＊ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

苦情受付担当者名	高野 シク子
苦情解決責任者	管理者 霜山 律子
連絡先（TEL）番号 （FAX）番号	（０２４）５６３－１６９５ （０２４）５５５－６２６０
受付日及び受付時間	月曜日～金曜日 午前８時３０分～午後５時３０分

（２） 当社で苦情解決における第三者委員会を次の通り選任しています。

苦情を第三者委員会へ直接申し出ることできます。

氏 名	松井 和久
所 在 地	〒960-8003 福島市森合字北谷地 10-1
連絡先	（０９０）３２１７－５８４５
受付日及び受付時間	月曜日～金曜日 午前９時 ～ 午後５時

（３） 市町村等の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

連絡先 所在地	福島県国民健康保険連合会(国保連) 〒960-8043 福島市中町3番7号
連絡先（TEL） （FAX）	（０２４）５２８－００４０（苦情専用） （０２４）５２８－０９８９
受付日及び受付時間	月曜日～金曜日 午前９：００ ～ 午後４：００まで

連絡先 所在地	福島市介護保険課 〒960-8002 福島市森合町 10 番 1 号
連絡先 介護保険料について 要介護認定について 介護サービスについて	介護資格係 ０２４－５２５－６５５１ 介護認定係 ０２４－５２５－６５５２ 介護給付係 ０２４－５２５－６５８７
受付日及び受付時間	月曜日～金曜日 午前８：３０ ～ 午後５：１５まで

9. 虐待防止に関する事項

(1) 利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、事業者は虐待防止担当者として虐待防止委員会を設置し、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待防止委員会の定期的な開催と職員への周知徹底を図る。
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施
- ④ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ⑤ その他虐待防止のために必要な措置

(2) 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢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するものとする。

10. 事業者が行っている業務

(1) 事業者概要

主たる事業所の所在地	〒960-8253 福島市泉字清水内3番地
連絡先	(TEL) 024-563-1695
	(FAX) 024-555-6260
事業者名	株式会社 しみずの里
代表者名	代表取締役 伊東 和希子

(2) 事業所が行っている業務

介護保険法令に基づき 福島県知事から指定を受けている事業所名称	各事業所につき介護保険法令に基づき福島県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類・事業所指定番号
株式会社しみずの里 しみずの里 居宅介護支援事業所	指定居宅介護支援 0770103463号 平成26年10月1日居宅介護支援指定 令和元年10月1日居宅介護支援更新
株式会社しみずの里 ヘルパーステーション ゆいの里	指定訪問介護・第1号訪問事業 0770104776号 平成27年3月1日訪問介護指定 平成27年3月1日予防訪問介護指定 平成30年4月1日第1号訪問事業更新 令和3年3月1日訪問介護更新

株式会社しみずの里 デイサービスセンター しみずの里	指定通所介護・第 1 号通所事業 0770105674 号 平成 31 年 4 月 1 日通所介護指定 平成 31 年 4 月 1 日第 1 号通所事業指定
株式会社しみずの里 訪問看護ステーション かしの木	指定訪問看護・指定介護予防訪問看護 0770105666 号 平成 31 年 4 月 1 日訪問看護指定 平成 31 年 4 月 1 日予防訪問看護指定

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、ご契約者様、事業所が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

<説明日>

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご契約者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

事業者 株式会社しみずの里

しみずの里指定居宅介護支援事業所

所在地 福島市泉字清水内3番地の4

代表者 代表取締役 伊東 和希子 印

(事業管理者 霜山 律子 印)

説明者 介護支援専門員 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

(ご契約者様)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

(ご家族)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

続 柄
