

(様式第 3 号)

指定居宅介護支援事業 重要事項説明書

この「指定居宅介護支援事業重要事項説明書」は、公益財団法人寝屋川市保健福祉公社(以下「事業者」という。)とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 38 号)第 4 条の規定に基づき、事業所の概要や提供するサービスの内容について、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを、事業者が説明するものです。

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社
居宅介護支援事業所

1 指定居宅介護支援事業を提供する事業者

(1) 事業者名称	公益財団法人寝屋川市保健福祉公社
(2) 代表者氏名	理事長 原田 立雄
(3) 所在地 連絡先	大阪府寝屋川市池田西町 28 番 22 号 電話番号 072-838-0421 FAX 072-838-0479 ホームページ http://www.neyagawa-kosha.or.jp
(4) 設立年月日	平成 24 年 4 月 1 日

2 指定居宅介護支援事業を担当する事業所

(1) 事業所名称	公益財団法人寝屋川市保健福祉公社居宅介護支援事業所 (指定事業所番号 大阪府 2770300438 号)
(2) 事業所所在地 連絡先	大阪府寝屋川市池田西町 28 番 22 号 寝屋川市立保健福祉センター内 電話番号 072-838-0421 FAX 072-838-0479
(3) 事業所管理者	日高 智美
(4) 事業実施地域	寝屋川市
(5) その他の指定	指定介護機関(生活保護法)

3 事業の目的

この事業は、公社の専門職員が要介護状態にある高齢者等が快適な在宅生活を送るための支援を提供することを目的とします。

4 事業の運営方針

- (1) 利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮して行います。
- (2) 利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づいて、適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、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います。
- (3) 利用者の意思および人格を尊重し、特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。

- (4) 関係市町村、地域包括支援センター、指定居宅サービス事業者、指定介護予防支援事業者、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

5 事業所窓口の営業日および営業時間

(1) 営業日	月曜日から金曜日（ただし、祝日、12月29日から1月3日までを除く。）
(2) 営業時間	午前9時から午後5時30分まで

6 事業所の職員体制

職種・職務の内容	員数
(1) 管理者（※介護支援専門員を兼務） 管理者は、職員に法令等を遵守させるために必要な業務および利用の申込みに係る調整を行うとともに、適切な事業運営が行われるよう総括します。	常勤 1人
(2) 介護支援専門員 介護支援専門員は、事業の運営方針に基づいて業務にあたります。具体的な内容については、「7 指定居宅介護支援サービスの内容」をご参照ください。	常勤 3人 (管理者含む)
(3) 事務職員 事務職員は、事業の実施にあたって必要な事務を行います。	非常勤 1人

7 指定居宅介護支援サービスの内容

事業所で実施している指定居宅介護支援サービスの内容は次のとおりです。

- (1) 利用相談
- (2) 利用者状況の把握
- (3) 利用者への情報提供
- (4) 居宅サービス計画の原案作成
- (5) サービス担当者会議の開催
- (6) 居宅サービス計画の確定
- (7) サービスの実施状況の継続的な把握および評価

(8) 保険給付に係る給付管理

(9) 要介護認定の申請に係る援助

※ 実際にサービスが開始するまでの流れは別紙1の「指定居宅介護支援サービス提供の流れ」をご参照ください。

8 指定居宅介護支援に関するサービス利用料金と自己負担額

指定居宅介護支援サービスの利用料金と自己負担額は、別紙2の「指定居宅介護支援に関するサービス利用料金について」のとおりです。

9 サービス利用料等の請求と支払い方法

サービス利用料の自己負担額が発生した場合は、利用者あてに請求されます。また、お支払い方法は請求書をご確認のうえお支払いください。

10 身分証明書の携行

介護支援専門員は、常に身分証明書を携行し、利用者またはその家族から提示を求められたときは、いつでも提示します。

11 記録の保管等

(1) 事業者は、職員ならびに設備、備品および会計に関する諸記録を整備するとともに、利用者に対する指定居宅介護支援サービスの提供に関する諸記録を整備し、サービス満了の日から2年間保管します。

(2) 利用者は、サービスの提供に関する諸記録の閲覧および写しを請求することができます。写しを必要とされる場合は、写しの作成費用を負担していただきます。

12 緊急時等における対応方法

(1) サービスの提供中に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、救急隊およびご家族へ連絡します。

(2) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生したときは、寝屋川市（保険者）およびご家族へ連絡を行います。また、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。ただし、事業者は自己の責に帰すべき理由がなかった場合はこの限りではありません。

なお、事業者は、次の損害賠償保険に加入しています。

加入保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険の種類と内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険 ア 基本賠償責任 イ 業務中傷害補償 ウ 個人情報漏えい賠償責任補償

13 個人情報の保護と秘密の保持

- (1) 事業者は、収集した利用者およびその家族の個人情報については、利用者およびその家族に提示した利用目的以外には原則的に利用しないものとします。その情報を外部へ提供する場合は、事前に文書で利用者およびその家族の同意を得た上で行います。
- (2) 事業者は、業務上知り得た利用者およ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。この契約が終了した後も同様です。
- (3) 事業者は、利用者およびその家族の個人情報の記録を、善良な管理者の注意をもって管理し、当該記録を処分する際は、第三者への漏洩を防ぐための措置をとります。
- (4) 事業者は、職員が在職中に知ることのできた利用者およびその家族に関する秘密を、退職後も第三者に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

14 虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- (1) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (2) 成年後見制度に関する情報の提供を行います。
- (3) サービス提供中に、養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）または指定居宅サービス事業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、これを利用者が寝屋川市（保険者）に通報します。

15 相談および苦情申立の窓口

相談および苦情解決の窓口は以下のとおりです。

【事業者の窓口】 公益財団法人寝屋川市保健福祉 公社居宅介護支援事業所	所在地 寝屋川市池田西町 28 番 22 号 受付時間 午前 9 時～午後 5 時 30 分 電話番号 072-838-0421 ファックス番号 072-838-0479 担 当 日 高 智 美
【市町村(保険者)の窓口】 寝屋川市高齢介護室	所在地 寝屋川市池田西町 28 番 22 号 受付時間 午前 9 時～午後 5 時 30 分 電話番号 072-838-0518 ファックス番号 072-838-0102
(※寝屋川市以外にお住まいの方)	所在地 受付時間 電話番号 ファックス番号
【公的団体の窓口】 大阪府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 受付時間 午前 9 時～午後 5 時 電話番号 06-6949-5446
(※大阪府以外にお住まいの方)	所在地 受付時間 電話番号 ファックス番号

なお、円滑かつ迅速に苦情解決を行うための手順については、以下のとおりに実施します。

- (1) 苦情または相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するとともに、状況によっては、聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行います。
- (2) 担当者は、把握した状況を管理者とともに検討し、対応を決定します。
- (3) 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ともに、利用者等へは速やかに対応方法を含めた結果報告を行います。

16 重要事項の説明年月日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、この重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

【事業者】

事業者名称 公益財団法人寝屋川市保健福祉公社
代表者氏名 理事長 原 田 立 雄
事業所名称 公益財団法人寝屋川市保健福祉公社居宅介護支援事業所

説明者氏名 _____ 印

私は、事業者よりこの重要事項の説明を受けました。

【ご本人さま】 ※サービスの提供を受ける者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【署名代行者】

私は本人の意思を確認のうえ、本人に代わり、上記署名を行いました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

[署名代行の理由： _____]

【代理人】 ※選任した場合

住 所 _____

氏 名 _____ 印

[利用者との続柄： _____]

(別紙 1)

指定居宅介護支援サービス提供の流れ

(1) 利用相談

居宅サービス計画（以下「ケアプラン」といいます。）の作成に関する業務は、当事業所の介護支援専門員が担当いたします。利用に関するご相談は来所のうえ、またはお電話でもお受けしております。

※介護支援専門員のことを、一般的に「ケアマネジャー」と呼ばれています。

(2) お申し込み

この重要事項説明書の内容に同意をしていただき、当事業所の指定居宅介護支援の提供をご希望される場合は、利用申請書にてお申し込みください。その際、ご本人さまの介護保険被保険者証の内容（被保険者資格、要介護認定の有無および要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。要介護認定を受けていない場合は、要介護認定の申請に必要な援助を行います。

※要支援 1 または 2 の人は、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターが窓口となります。また、生活保護を受給されている人は、担当の福祉事務所ににご相談ください。

(3) ご契約

事業者とご本人さまで契約を締結します。契約書は大切に保管してください。

(4) 状況の把握

担当者がご本人さまのご自宅にお伺いし、ご本人さまの心身の状況やご本人、ご家族さまの希望などをお伺いします。その内容から、現に抱えている問題点を明らかにして、ご本人さまが自立した日常生活を営むことができるように支援し、解決すべき課題を把握します。

(5) 情報提供

担当者がご本人さま、ご家族さまに対して、お住まいの地域にある居宅サービス事業者の名称、サービスの内容、利用料などの情報を提供し、居宅サービスの選択ができるように支援します。

(6) ケアプランの原案作成

担当者が、ご本人さま、ご家族さまのご意向、面談の結果、お住まいの地域における介護保険が対象となるサービスが提供される体制を勘案して、サービスの目標、達成時期、サービスを提供する上での留意点などを盛り込んだケアプランの原案を作成します。

(7) サービス担当者会議の開催

担当者がケアプランの原案に位置付けた居宅サービス等の担当者を集めてサービス担当者会議を開催し、作成した原案の内容について、専門的な見地からの意見を求めます。

(8) ケアプランの確定

担当者が完成したケアプランの原案の内容を、ご本人さま、ご家族さまに対してご説明いたします。その内容に同意をしていただけましたら、各居宅サービス事業者に確定したケアプランを交付します。

※ケアプランはご希望により変更することが可能です。

(9) サービスの実施状況の継続的な把握および評価

居宅サービスが開始されましたら、担当者が少なくとも月に1回はご本人さまのご自宅にお伺いし、ケアプランの実施状況や翌月利用希望のサービスを確認させていただきます。（訪問した際に確認のサインをいただきます。）その際、ケアプランの変更が必要と判断した場合は、その内容をご提案いたします。また、必要に応じて各居宅サービス事業者、医療機関および介護保険施設等との連絡調整などを行います。

(10) 給付管理

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いたします。

(11) 要介護認定の更新

要介護認定期間満了日の約2か月前になりましたら、要介護認定の更新申請が必要です。担当者が更新申請に必要な援助を行います。

(別紙 2)

指定居宅介護支援サービスに関する利用料金について

利用者が指定居宅介護支援サービスの提供を受けたときは、以下の料金算定に基づいて居宅介護サービス計画費が保険者より支給されます。支給額は報酬告示に基づく額の全額で、利用者の自己負担はありません。なお、居宅介護サービス計画費は、保険者に居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書を提出している場合には、事業者[※]に直接支払われます。

1 基本料金 (居宅介護支援費)

(単位：円/月)

区 分	介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数	要介護 1・2	要介護 3・4・5
居宅介護支援費(Ⅰ)	40 件未満	10,894	14,157
居宅介護支援費(Ⅱ)	40 件以上 60 件未満	5,441	7,078
居宅介護支援費(Ⅲ)	60 件以上	3,264	4,249

※ⅡとⅢについて：取扱件数が 40 件以上の部分について算定する。

2 加算について

基本料金以外に、下記の算定要件に該当した場合に計上させていただきます。

(1) 初回の支援に対する評価

初回加算 3,252 円/月

※算定要件 適正かつ質の高い指定居宅介護支援を実施するため、特に手間を要する初回（新規に居宅サービス計画を策定した場合および要介護状態区分の 2 段階以上の変更認定を受けた場合）の場合。

(2) 医療等との連携強化に着目した評価

ア 入院時情報連携加算(Ⅰ) 2,168 円/月

※算定要件 介護支援専門員が病院または診療所に訪問し、当該病院ま

たは診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

イ 入院時情報連携加算(Ⅱ) 1,084円/月

※算定要件 介護支援専門員が病院または診療所に訪問する以外の方法により、当該病院または診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

ウ 退院・退所加算 3,252円/月

※算定要件 病院等に入院または介護保険施設に入所している利用者に対して、介護支援専門員が退院または退所にあたって病院等もしくは介護保険施設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、居宅サービス等の調整を行った場合。

(注意) 初回加算を算定する場合は、算定しません。

エ 緊急時等居宅カンファレンス加算 2,168円/月

※算定要件 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ご自宅を訪問し、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。

(3) 認知症高齢者等や独居高齢者への支援等に対する評価

ア 認知症加算 1,626円/月

イ 独居高齢者加算 1,626円/月

※算定要件 指定居宅介護支援を行うに際し、特に労力を要する認知症日常生活自立度がⅢ以上の認知症高齢者等、独居高齢者に対する支援等を行った場合

(4) 小規模多機能型居宅介護事業所との連携に対する評価

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 3,252円/月

※算定要件 指定居宅介護支援を受けていた利用者が居宅サービスから小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する際に、居宅介護支援事業者が有する利用者の必要な情報を小規模多機能型居宅介護事業所に提供した場合

(5) 複合型サービス事業所との連携に対する評価

複合型サービス事業所連携加算 3,252 円／月

※算定要件 利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に行う。

3 その他の費用等について

ご本人の自宅が寝屋川市以外の場合、交通費の実費を請求いたします。なお、公社の自動車等を使用した場合は、次の額を請求いたします。

事業所から片道 5 km 未満	200 円
事業所から片道 5 km～10km	400 円
事業所から片道 10km 以上の場合	400 円に 2 km ごとに 100 円を加算

以 上