

# 高齢者総合福祉施設 愛しや 「居宅介護支援」重要事項説明書

この重要事項説明書は、お客様が「居宅介護支援」の契約にあたって、お客様やご家族の方に知りたい事項を記載したものであり、契約書の内容をご理解していただけるよう内容となっております。

※ 当サービスの利用については、「要介護1」から「要介護5」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも、「要介護」と認定されることが想定される場合には、サービスの利用は可能です。

## 1、当事業所の概要

### 1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 明倫福祉会
(2) 法人所在地	神戸市中央区港島中町5丁目2番地
(3) 電話番号	078-303-0600
(4) 代表者氏名	理事長 宮地 千尋
(5) 設立年月	平成12年 3月31日

### 2. 事業所の概要

(1) 名称	高齢者総合福祉施設 愛しや
(2) 事業所の種類	居宅介護支援事業所(兵庫県第2871000846号)
(3) 所在地	〒659-0032 兵庫県芦屋市浜風町31-3
(4) 電話番号・FAX番号	0797-23-7300 ・ 0797-23-7301

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域	： 芦屋市、西宮市、神戸市東灘区
(2) 営業日	： 月曜日～金曜日※ただし、12月30日～1月3日を除く
(3) 受付時間・サービス提供時間	： 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

## 2、職員の配置状況

当事業所では、お客様に対して居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

### 〈主な職員の配置状況〉

職種	人数
管理者	1名
介護支援専門員	2名以上

## 3、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |                                 |
|---------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合があります。    |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。 |

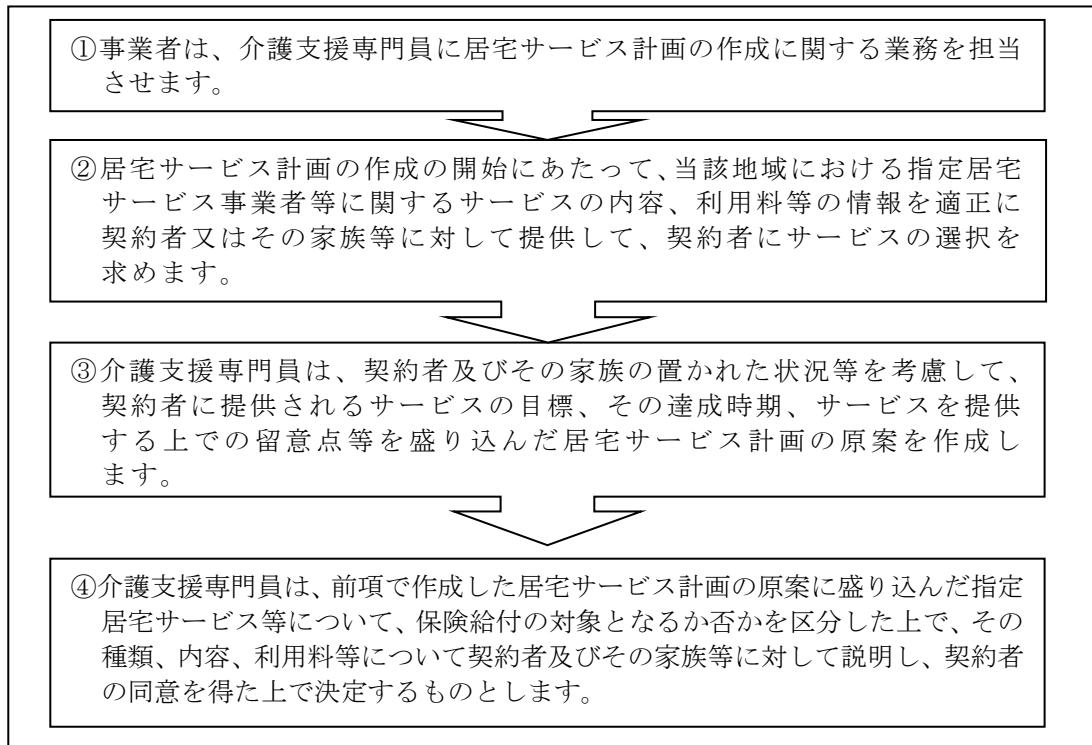
## (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額が介護保険から給付されます。

### ① 居宅サービス計画の作成

ご契約者ご家庭を訪問して、ご契約者心身の状況、置かれている環境等を把握した上で、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように公正且つ中立に基づき、居宅サービス計画を作成します。

＜居宅サービス計画の作成の流れ＞



### ② 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

ご契約者及びその家族等、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します。また、居宅サービス計画の目標に沿って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連絡調整を行います。また、ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

### ③ 居宅サービス計画の変更

ご契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

### ④ 介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

## ＜サービス利用料金＞

### ○ 基本サービス

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額を一旦お支払い下さい。

要介護 1、 2	12, 000 円
要介護 3～5	15, 591 円

### ○ 加算費用

- ・ 初回加算 : ①新規に居宅サービス計画を策定した場合  
②要介護状態区分が2段階以上変更となった場合
- ・ 退院・退所加算 : 退院・退所時に病院等と利用者様に関する情報共有等を行った場合
- ・ 入院時情報連携加算 : 病院等の職員に対して必要な情報提供を行った場合
- ・ 緊急時居宅カンファレンス加算 : 病院等職員と共に利用者様の居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要に応じてサービス等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 : 利用者及び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、主治医の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス提供事業者に提供した場合
- ・ 通院時情報連携加算 : 医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行った場合
- ・ 特定事業所加算I : 以下の条件をすべて満たしている場合
  - ①常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置していること
  - ②①の専門員の他に、常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置していること
  - ③利用者の情報やサービス提供上の留意事項等の伝達を目的とした会議を週1回以上開催すること
  - ④24時間の連絡体制を確保しつつ、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること
  - ⑤算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～5の者の割合が4割以上であること
  - ⑥当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること
  - ⑦地域包括支援センターより支援困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供し、かつ地域包括支援センターと連携を図ること
  - ⑧家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること
  - ⑨居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと
  - ⑩介護支援専門員1人当たりの利用者数が45人に満たないこと
  - ⑪介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力もしくは協力体制を確保していること
  - ⑫他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること
  - ⑬必要に応じて、多様な主体により提供される生活支援のサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること

- ・ **特定事業所加算Ⅱ** ：
  - ① [特定事業所加算Ⅰ] の②～④、⑥～⑬を満たしていること。
  - ②常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置していること。
- ・ **特定事業所加算Ⅲ** ：
  - ① [特定事業所加算Ⅰ] の③～④、⑥～⑬を満たしていること。
  - ②常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置していること。
  - ③②の専門員の他に、常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。
- ・ **特定事業所加算A** ：
  - ① [特定事業所加算Ⅰ] の③～④、⑥～⑬を満たしていること。
  - ②常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置していること。
  - ③②の専門員の他に、常勤専従の介護支援専門員を1名以上、常勤の介護支援専門員を1名以上配置していること。
- ・ **特定事業所医療連携加算** ：
  - ①前々年度の3月から前年度の2月までの間において病院等との連携回数の合計が35回以上
  - ②前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定
  - ③特定事業所加算Ⅰ～Ⅲを算定していること

初回加算	3, 315円
退院・退所加算Ⅰ 1	4, 972円
退院・退所加算Ⅰ 2	6, 630円
退院・退所加算Ⅱ 1	6, 630円
退院・退所加算Ⅱ 2	8, 287円
退院・退所加算Ⅲ	9, 945円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	2, 762円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	2, 210円
緊急時等居宅 カンファレンス加算	2, 210円
ターミナルケア マネジメント加算	4, 420円
通院時情報連携加算	552円
特定事業所加算Ⅰ	5, 734円
特定事業所加算Ⅱ	4, 652円
特定事業所加算Ⅲ	3, 569円
特定事業所加算A	1, 259円
特定事業所 医療連携加算	1, 381円

※ 介護保険の給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて料金額を変更します。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う一ヶ月前までにご説明します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### ① 交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

### ② 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記(2)①、②の料金・費用のお支払いは、毎月月末締めで、ご請求させていただきます。

# 4、サービスの利用に関する留意事項

## (1) サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

## (2) 介護支援専門員の交替

### ① 事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

### ② ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

## (3) その他

① 居宅サービス計画の作成にあたってご契約者から担当の介護支援専門員に対して複数の指定介護サービス事業所等の紹介をご希望いただけます。またサービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

② ご契約者が医療機関に入院する場合に、ご契約者またはご家族から入院先医療機関に担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えていただくことにより、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することができます。

③ 介護支援などの提供にあたり、指定介護サービス事業者等から情報伝達を受けた医療サービスの必要性などを検討するために有効な情報を主治医もしくは歯科医師、薬剤師に情報を提供します。

④ 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙の事業所別利用割合表のとおりである。

⑤ 利用者様やご家族様等が、当事業所及び従事者に対する理不尽な苦情を申立てる等の行為、法令

違反、暴力、脅迫、セクシャルハラスメントなどの重大な公序良俗に反する行為をなし、改善に見込みがないなど、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除させていただく場合がございます。

## 5、苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）	岸 貴子
○苦情受付責任者	和田 周郎
○受付時間	月～金 8：30～17：30
○電話番号	0797-23-7300
○FAX 番号	0797-23-7301

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

芦屋市 福祉部 高齢介護課 介護保険事業係	所在地：兵庫県芦屋市精道町7-6 電話：0797-38-2024
西宮市役所 高齢福祉課	所在地：兵庫県西宮市六湛寺町10-3 電話：0798-35-3199
東灘区役所 介護医療係	所在地：兵庫県住吉東町5丁目2-1 電話：078-841-4131
兵庫県 国民健康保険団体連合会	所在地：兵庫県神戸市中央区三ノ宮1-9-1-1801 電話：078-332-5617

# 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（契約者）は、社会福祉法人明倫福祉会が実施する事業について、私および身元引受人、家族の個人情報等を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

## 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

## 2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関する介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供の為
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

## 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関する目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関する契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

(説明及び同意年月日)

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の利用に係る同意についての説明を行いました。

説明者 高齢者総合福祉施設 愛しや

職種 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用に係る同意についての説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者 )

(利用者との関係 )

家族の代表

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

