

居宅介護支援計画重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1 担当する介護支援専門員

担当者

連絡先電話 0799-36-5630（特別養護老人ホームどんぐりの里内）

2 事業所の概要

事業所名	どんぐりの里在宅介護支援センター
事業所番号	2871700817
所在地	兵庫県南あわじ市松帆櫨田550番地
連絡先	TEL 0799-36-5630 FAX 0799-36-5620
営業日	月曜日～金曜日（休祝日、年末年始は休み）
営業時間	午前9時00分～午後6時00分まで
サービス提供実施地域	南あわじ市

3 事業者の概要

事業者名	社会福祉法人みかり会
所在地	兵庫県南あわじ市松帆高屋乙192番地
連絡先	TEL 0799-36-2344
代表者	理事長 谷村 誠

4 当事業所の従業員

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管理者	業務の管理・指揮命令	1 人
介護支援専門員(ケアマネジャー)	訪問調査、ケアプラン作成等	2 人

5 事業の目的・運営方針

事業の目的

要介護者等の心身の状況、環境、希望等を勘案し、介護サービスの種類や内容を検討するとともに、居宅サービス計画を作成し、各サービス提供事業者との連絡調整を図ります。また、要介護者が介護保険施設への入所を希望する場合は、紹介等の便宜の提供を行うことを目的とします。

運営方針

1. 利用者が要介護状態等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、自立し日常生活を営むことができるよう配慮します。
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ます。
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居宅サービス等が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することのないよう公正中立に行う。
4. 事業の実施に当たっては、在宅介護支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

6 提供する居宅介護支援サービスの内容

契約書本文第4条から第7条に定めるお客様に提供するサービス内容は次のとおりです。

内 容	提 供 方 法	保険適用
居宅サービス計画の作成 (契約書本文第4条)	1 利用者のお宅を訪問し、利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。 2 自宅周辺地域における居宅サービス事業者が実施しているサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者やご家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。 3 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供するうえでの留意点などを盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。 4 居宅サービス計画の原案に位置付けた指定サービス等について、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明し、その意見を伺います。 5 居宅サービス計画の原案は、利用者やその家族と協議したうえで、必要があれば変更を行い利用者から文書による同意を得ます。	○

居宅サービス事業所等との連絡調整、便宜の提供 (契約書本文第4条)	1 居宅サービス計画に沿ってサービスが提供されるよう居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。 2 利用者の意思に基づき、複数のサービスの紹介と位置付けた理由を求めることが可能である説明をします。 3 ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、前6カ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護・通所介護・地域密着通所介護・福祉用具の各サービスの利用割合と、その同一事業所によって提供されたものの割合を公表するよう努めます。 4 利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望した場合には、利用者に介護保険施設の紹介その他の支援を行います。 5 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事は適切ではないことを明確化します。 6 介護サービス事業所の認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表します。 7 福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入。その際、利用者への十分な説明と多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行う。 8 居宅介護支援事業所における人材育成の取り組みを促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件となります。2027年3月末までの経過措置期間を設けます。	○
サービス実施状況の把握・居宅サービス計画等の評価 (契約書本文第4条)	1 利用者及びその家族と毎月連絡をとり、サービスの実施状況の把握に努めます。 2 利用者の状態について定期的に再評価を行い、利用者の申し出により又は状態の変化等に応じて居宅サービス計画の評価、変更等を行います。	○
給付管理 (契約書本文第4条)	居宅サービス計画の作成後、その内容に基づいてサービス利用票・提供票による給付管理を行うとともに、毎月の給付管理票を作成し、兵庫県国民健康保険団体連合会に提出します。	○
相談・説明 (契約書本文第4条)	1 介護保険や介護に関することは、幅広くご相談に応じます。 2 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合、障害福祉制度の相談支援専門員と密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にします。	○

医療との連携・主治医への連絡 (契約書本文第4条・別紙)	1 ケアプランの作成時（又は変更時）やサービスの利用時に必要な場合は、利用者の同意を得たうえで、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。 2 入院時、担当ケアマネの氏名などを入院先の医療機関に提供するよう依頼することを義務とします。 3 退院・退所時におけるケアプラン初回作成の手間を明確に評価します。 4 医療機関等との連携回数に応じた評価をします。 5 医療機関におけるカンファレンスに参加します。 6 退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際に聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所に必要な事柄を充実させていきます。 7 利用者が医療系サービスを希望している場合、利用者の同意を得て、主治の医師などの意見を求める事とされ、ケアプランを交付します。 8 利用者が医療機関において医師又は歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを評価します。 9 訪問介護事業所から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリングなどの際、主治の医師や歯科医師 薬剤師に必要な情報伝達を行います。 10 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師などの助言を得ることを前提にサービス担当者会議の招集を不要とし、ケアマネジメントプロセスの簡素化を図ります。 11 終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、利用者又は家族の同意を得て、主治の医師などの助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともにそこで把握した利用者の心身の状況などの情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業所への提供した場合は新たに評価します。 12 利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない。身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する事とする。	○
財産管理・権利擁護等への対応 (契約書本文第4条・別紙)	利用者がサービスを利用する際に、その所有する財産の管理や権利擁護について問題が発生し、第三者の援助が必要な場合には、利用者の依頼に基づいて関連機関への連絡を行います。	—

居宅サービス計画の変更 (契約書本文第5条)	利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合又は事業者が居宅サービスの変更が必要と判断した場合には、利用者の意見を尊重して、合意のうえ、居宅サービスの変更を行います。	○
要介護認定等にかかる申請の援助 (契約書本文第6条)	1 利用者の意思を踏まえ、要介護認定等の申請に必要な協力を行います。 2 利用者の要介護認定有効期間満了の30日前には、要介護認定の更新申請に必要な協力を行います。	○
サービス提供記録の閲覧・交付 (契約書本文第7条)	1 利用者は、サービス提供の実施記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。 (但し、別紙に記載するコピー代等の実費を請求する場合があります。) 2 利用者は、契約終了の際には事業者に請求して直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書面の交付を受けることができます。	○
訪問回数の目安	1 介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し状況の把握等を行います。(毎月1ヶ月あたり 1回以上) 2 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用などの観点から市町村が確認し、必要に応じて是正を促していき、通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届けます。 3 地域ケア会議の開催などにより届けられたケアプランの検証を行い利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用などの観点からサービス内容の是正を促します。	

7 サービスの利用料及び利用者負担

(料 金)

当事業所の居宅介護支援（居宅サービス計画の作成・変更、事業者との連絡調整、相談説明等）、また、必要要件を満たした場合の各種加算についても、原則として利用者の負担はございません。

※介護保険適用の場合でも、利用者に保険料の滞納等がある場合には、一旦1ヶ月あたりについて、(重要事項説明書別表1)の料金をいただき、当事業所から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南あわじ市役所の窓口に提出しますと、後日払戻しとなる場合があります。また、滞納期間によっては全額が利用者のご負担となる場合もあります。)

(その他の費用)

内 容	金 額	説 明	備 考
交通費	無 料	交通費については無料です。	
本契約の解約料	無 料	解約料については無料です。	
申請代行料	無 料	要介護認定の申請代行にかかる費用については無料です。	
サービス提供実施記録複写等代金	1枚につき10円	サービス提供の実施記録の利用者への交付については1枚につき10円です。	

8 契約の終了と自動更新について

契約の有効期間については、要介護認定の有効期間の満了日で一旦終了することとなります。ただし、有効期間の満了7日以前に、利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、この契約は要介護認定の有効期間まで自動的に更新され、以後も同様とします。

また、契約期間満了日以前に、利用者が要介護状態区分の変更を受け、要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護認定期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

9 契約期間途中での解約の場合

この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解約を希望する30日前までにお申し出いただければ解約することができます。

※解約の場合は、次の事業所への引き継ぎなど、利用者が保険やサービスを滞りなく利用していただくための手続きが必要ですので、月末以外の解約や次の事業者との契約開始日にはご注意ください。

10 プライバシーの保護

当事業所は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

ただし、当事業所がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して、知り得た情報につ

いては、サービス担当学会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。このため、その利用には利用者の同意が必要となりますので、別紙の同意書に記名押印いただくことになります。

11 サービス提供中における事故発生時の対応

(1) 緊急時における確認事項

利用者の主治医に連絡するとともに、必要な対応を行います。

(2) 家族等への連絡方法

指定連絡先へ電話等により連絡します。

(3) 当事業所の再発防止策等

①事故に対応する常設の窓口、担当者を設置します。

②円滑かつ迅速に事故処理に対応する体制、手順を確立します。

③事故に関わった担当責任者で事情確認をし、検討会議を行い記録を保管し、再発防止に努めます。

④感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定します。

12 損害賠償について

当事業所が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第 11 条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

○加入保険名

東京海上日動火災保険株式会社

○保険の内容

居宅者賠償責任保険

13 サービスの苦情相談窓口

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成した居宅サービス計画に基づいて提供された居宅サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

○当事業所の苦情相談窓口 どんぐりの里在宅介護支援センター

窓 口 担当者 山際 まどか	連絡先 0 7 9 9－3 6－5 6 3 0 F A X 0 7 9 9－3 6－5 6 2 0 受付日時 月曜日～金曜日（休祝日、年末年始は休み） 9時00分～午後6時00分
---------------------------------	--

○苦情解決責任者

管理者 山本 ひとみ	連絡先 0 7 9 9－3 6－5 6 3 0 F A X 0 7 9 9－3 6－5 6 2 0
-------------------------	--

○介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

＜介護保険サービスの苦情について＞	
兵庫県国民健康保険団体連合会	連絡先 0 7 8－3 3 2－5 6 1 7 受付日時 平日（年末年始を除く） 午前8時45分～午後5時15分
淡路介護保険相談センター （洲本健康福祉事務所内）	連絡先 0 7 9 9－2 6－2 0 5 3 受付日時 平日（年末年始を除く） 午前8時45分～午後5時15分
兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	連絡先 0 7 8－2 4 2－6 8 6 8 受付日時 平日（年末年始を除く） 午前10時 ～ 午後4時

14 要介護認定前に居宅介護支援の提供が行われる場合の特例事項の説明

契約書別紙2のとおり

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面（及び付属別紙）に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 兵庫県南あわじ市松帆高屋乙 192 番地

名 称 社会福祉法人 みかり会

代表者 理事長 谷村 誠 印

説明者 事業所 どんぐりの里在宅介護支援センター

氏 名 _____ 印

私は、本書面（及び付属別紙）により事業者から重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に同意しました。

利用者 住 所 南あわじ市

氏 名 _____ 印

上記代理人（代理人を選定した場合） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

.....
(緊急連絡先)

住所 _____ TEL _____

氏名 _____ 続柄 _____

(主治医)

住所 _____ TEL _____

医療機関名 _____ 主治医 _____

①料金

要介護1・2	10,860 円 (1ヶ月)
要介護3・4・5	14,110 円 (1ヶ月)

②各種加算料金

加算項目	要件	金額	
初回加算	新規に居宅サービス計画書を作成する場合。 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書を作成する場合。 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書を作成する場合。 * 新規とは契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去二月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画書を作成した場合を指す。	3000円/月	
入院時情報連携加算(Ⅰ)	入院した日のうちに情報提供を行う(提供方法は問わない) * 入院日以前の情報提供含む。 * 営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日含む。	2500円/月	
入院時情報連携加算(Ⅱ) * (Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可	入院した日の翌日又は翌々日に情報提供を行う(提供方法は問わない)	2000円/月	
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て、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス事業者を提供する。	4000円/月	
退院・退所加算 * 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不要。	退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプラン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に算定する。 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加する。 ただし「連携3回」を算定できるのはそのうち1回以上について入院中の担当医等との会議(退院時カンファレンス等)に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。	連携1回	カンファレンス参加無 4500円 カンファレンス参加有 6000円
		連携2回	6000円 7500円
		連携3回	× 9000円
通院時情報連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又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、医師又は歯科医師から利用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に記録する。 利用者1人につき1月に1回の算定を限度とする。	500円/月	