

指定居宅介護支援 重要事項説明書

令和 年 月 日

様

株式会社きわなみ
きわなみ居宅介護支援センター

この「重要事項説明書」は、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」に基づき、居宅介護支援の提供の開始に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

1. 指定居宅介護支援サービスを提供する事業者について

| | |
|-------|------------------|
| 法人所在地 | 山口県宇部市大字際波725番地6 |
| 法人名 | 株式会社きわなみ |
| 連絡先 | (0836)39-3303 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 奥西 陽子 |
| 設立年月日 | 平成19年3月6日 |

2. 利用者に対しての指定居宅介護支援を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|-----------|------------------|
| 事業所名 | きわなみ居宅介護支援センター |
| 介護保険事業者番号 | 3570203475 |
| 事業所所在地 | 山口県宇部市大字際波726番地3 |
| 連絡先 | 0836-39-3317 |
| 事業実施地域 | 宇部市・山陽小野田市 |

(2) 事業の目的

株式会社きわなみが開設するきわなみ居宅介護支援センター（以下「事業所」という）が行う指定居宅介護支援の事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要介護状態等にある高齢者（以下「利用者」という）に対し、適正な指定居宅介護支援のサービスを提供することを目的とする。

(3) 運営の方針

事業所の職員は、利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、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、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して事業を行うものとする。

事業所の職員は、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サービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に事業を行うものとする。

事業を運営するに当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|-----------------------------------|
| 営業日 | 月～金曜日（8/13～8/15、12/30～1/3、祝祭日を除く） |
| 営業時間 | 8:30～17:30 |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|-----|------|
| 管理者 | 幾田 綾 |
|-----|------|

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|---------|---------------------|-----------------|
| 管 理 者 | 従業者及び業務管理を一元的に行います。 | 常勤1名（兼任1名） |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援に関する業務にあたります。 | 常勤4名（兼任1名・専従3名） |
| | | 非常勤 名（専従 名） |

3. サービスの内容

- (1) 居宅サービス計画書の作成
- (2) 居宅サービス事業者との連絡・調整
- (3) サービス実施状況の評価
- (4) 利用者状態の把握
- (5) 給付管理
- (6) 要介護認定申請に対する協力・援助
- (7) 介護保険施設の紹介

4. 利用料金

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるため、別紙の金額に対して自己負担はありません。ただし、利用者の保険料滞納のため、法定代理受領ができなくなった場合、要介護度に応じて金額をいただき、「サービス提供証明書」を発行します。後日、保険者の窓口提出することで、全額払い戻しを受けられます。

(1) 居宅介護支援費／1カ月当たり〔居宅介護支援（Ⅰ）〕

| | |
|----------|---------|
| 要介護1・2 | 10,860円 |
| 要介護3・4・5 | 14,110円 |

(2) 初回加算／1カ月当たり

新規に居宅サービス計画を作成した場合は、居宅介護支援費に加算されます。

| | |
|------|--------|
| 初回加算 | 3,000円 |
|------|--------|

(3) 入院時情報連携加算／1カ月当たり

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、1カ月に1回を限度として居宅介護支援費に加算されます。

| | |
|--------------|--------|
| 入院時情報連携加算（Ⅰ） | 2,500円 |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ） | 2,000円 |

(4) 退院・退所加算／入院・入所中3回を限度

| | | |
|-----------|----|--------|
| カンファレンスなし | 1回 | 4,500円 |
| | 2回 | 6,000円 |
| カンファレンスあり | 1回 | 6,000円 |
| | 2回 | 7,500円 |
| | 3回 | 9,000円 |

(5) 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

| | |
|-----------------|--------|
| ターミナルケアマネジメント加算 | 4,000円 |
|-----------------|--------|

(6) 通院時の情報連携に係る加算／1カ月に1回を限度として加算されます。

| | |
|-----------|------|
| 通院時情報連携加算 | 500円 |
|-----------|------|

(7) 主治医の求めに応じて居宅でカンファレンスが開催された場合に加算されます。

| | |
|-----------------|--------|
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 2,000円 |
|-----------------|--------|

(8) 契約時の説明等を行わなかった場合〔運営基準減算〕

| | |
|-------------------------------|---------|
| ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について | 所定単位数の |
| ▽複数の事業所の紹介を求めることが可能 | 50/100に |
| ▽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 | 相当する単位数 |

(9) 計画または措置・適正化の未実施に係る減算

| | |
|-----------------------------------|---------|
| ▽感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務計画が未策定の場合 | 所定単位数の |
| ※令和7年3月31日までは減算を適用しない。 | 1/100に |
| ▽虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合 | 相当する単位数 |

5. 非常災害対策

事業者は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定を行い、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

6. 身体拘束廃止への取り組み

事業者は、利用者又は他の利用者等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、身体拘束等を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束等をする場合には、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します。

7. 虐待防止への取り組み

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

9. 事故発生の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

11. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

12. 苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

寄せられたご意見や、苦情に対しては総施設長が責任者となって、関係機関と相談しながら、申し出人と誠意を持って話し合い、合意が得られるよう努めます。

(1) 事業所

| | |
|------|--|
| 事業者名 | きわなみ居宅介護支援センター |
| 担当者 | 幾田 綾 (管理者) |
| 電話 | 0836-39-3317 |
| 受付時間 | 月～金曜日 9:00から17:00 ただし、8/13～8/15、12/29～1/3、祝祭日は除く。 |

(2) 保険者

| | |
|-------------------------|---|
| 宇部市 宇部市役所介護保険課 | 所在地：宇部市常盤町1丁目7番1号 電話番号：0836-34-8396 |
| 山陽小野田市 山陽小野田市役所高齢福祉課 | 所在地：山陽小野田市日の出1丁目1番1号 電話番号：0836-82-1172 |

(3) 公的団体

| | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係 | 所在地：山口市朝田1980番号7 電話番号：083-995-1010 |
|------------------------------|---------------------------------------|

利用者（又は代理人）は、本契約の締結にあたって、きわなみ居宅介護支援センターから、居宅介護支援に関する「重要事項説明書」について説明を受け、理解したうえで本契約を締結いたします。

事業者 所在地：山口県宇部市大字際波726番地3
名称：きわなみ居宅介護支援センター

説明：令和_____年_____月_____日

氏名_____印

上記の内容の説明を事業者から確かに受けました。
また、本書での説明をさせて頂きましたご家族の方は、その他のご家族を代表されて説明を受けられたものとさせていただきます。

令和_____年_____月_____日

事業者 所在地：山口県宇部市大字際波726番地3
名称：きわなみ居宅介護支援センター
管理者：幾田 綾 印

利用者 住所：_____

氏名：_____印

署名代行者 住所：_____

氏名：_____印

(利用者との関係・続柄)

署名代行理由

契約者の身体的状況により自筆が困難なため

その他

家族代表者 住所：_____

氏名：_____印

(利用者との関係・続柄)