

指定介護予防支援 指定居宅介護支援

重要事項説明書

社会福祉法人 恵 泉 会

恵泉会介護支援センターらくらく

社会福祉法人恵泉会基本理念

1. 人間の尊厳

私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念として、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを実現します。

2. 人権の擁護・平等・主体性の尊重

私たちは、利用者に対する、いかなる差別、虐待、人権侵害もゆるさず、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、思いやりの心で接します。

3. 生活の質の向上

私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4. 地域福祉の向上

私たちは、広く法人及び施設の機能を挙げて、地域福祉の充実発展に寄与し、地域に愛され信頼と共生を実現します。

5. 職員の資質・専門性の向上

私たちは、常に専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、資質の向上と専門性の向上に努めます。

当事業所は契約者に対して介護予防支援及び居宅介護支援を提供します。当サービスの利用は、要介護認定の結果「要支援」又は「要介護」と認定された方が対象となります。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。（以下、契約者を利用者と表記）

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 恵泉会 |
| (2) 法人所在地 | 宮城県登米市迫町佐沼字江合三丁目16番地2 |
| (3) 電話番号 | 0220-22-1160 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 松坂勝司 |

2. 事業所の概要

(1) 事業の目的及び運営方針

- ①介護支援専門員は利用者が可能な限りその居宅において、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介護予防支援又は居宅介護支援を実施します。
- ②利用者の心身の状況、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率的に提供されるようケアマネジメントします。
- ③事業の提供にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される介護予防サービス及び居宅サービス等が特定の種類または、特定の介護予防サービス事業者及び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事業の運営にあたっては、当該市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保健施設、医療機関、指定特定相談支援事業者等との連携に努めます。

(2) 指定介護予防支援事業所及び指定居宅介護支援事業所の指定

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|----------|----|
| ①事業所の名称 | 恵泉会介護支援センターらくらく | | |
| ②事業所の所在地 | 宮城県登米市迫町佐沼字江合三丁目16番地2 | | |
| ③申請者の名称 | 社会福祉法人 恵泉会 | | |
| ④申請者の主たる事務所の所在地 | 宮城県登米市迫町佐沼字江合三丁目16番地2 | | |
| ⑤介護保険事業所番号 | 0471200162 | | |
| ⑥指定の種類及び指定年月日 | 居宅介護支援 | 令和2年4月1日 | 更新 |
| | 介護予防支援 | 令和6年4月1日 | 新規 |

- | | |
|----------|--------------------|
| (3) 電話番号 | 0220-22-1154 |
| (4) 管理者 | 恵泉会介護支援センターらくらく管理者 |
| (5) 開設年月 | 平成11年10月 1日 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 登米市全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（年末年始・祝日を除く）
受付時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間帯	同上

＊上記以外に緊急の場合は電話対応を行います。

4. 職員の体制

当事業所では、利用者に対して指定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＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員	備考
1. 施設長	1名	(兼務)
2. 管理者(主任介護支援専門員)	1名	兼務
3. 主任介護支援専門員	1名以上	専従
4. 介護支援専門員	3名以上	専従
5. 事務員	1名	(兼務)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、居宅介護支援として次のサービスを提供します。

(1) サービスの内容

①介護予防サービス・支援計画及び居宅サービス計画の作成の流れ

- 1) 介護支援専門員が利用者の家庭を訪問し、利用者の心身の状況、置かれている環境等を確認したうえでニーズを把握します。
- 2) 介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画の作成にあたって、当該地域における介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族等に対して提供して、利用者にサービスの選択を求めます。
- 3) 介護支援専門員は、把握したニーズに基づき利用者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画の原案を作成します。

- 4) 介護支援専門員は、前項で作成した介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画の原案に盛り込んだ介護予防サービス又は居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族等に対して説明し、利用者の同意を得た上で決定するものとします。

②介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画作成後の居宅介護支援の流れ

- 1) 利用者及びその家族等、介護予防サービス事業者又は居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 2) 介護予防サービス・支援計画又は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介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- 3) 利用者が介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画の変更を希望した場合、もしくは事業者が介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画を変更します。
- 4) 利用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介護保険施設への紹介

- 1) 利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介をします。

(2) 利用料金

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、利用者の利用料負担はありません。但し、利用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いったんお支払い下さい。

①基本料金

1) 介護予防支援費

要支援 1、2	4, 7 2 0 円
---------	------------

2) 居宅介護支援費

要介護 1、2	1 0, 8 6 0 円
要介護 3～5	1 4, 1 1 0 円

②加算料金

1) 初回加算（介護予防支援）

要支援 1、2	3, 000 円
---------	----------

* 算定要件

- ①新規に介護予防サービス・支援計画を作成する場合。

2) 初回加算（居宅介護支援）

要介護 1～5	3, 000 円
---------	----------

* 算定要件

- ア 新規に居宅サービスを作成する場合。
- イ 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を作成する場合。
- ウ 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。

3) 特定事業所加算（Ⅱ）（居宅介護支援）

要介護 1～5	4, 210 円
---------	----------

* 算定要件

- ア 常勤かつ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。
- イ 常勤かつ専従の介護支援専門員を 3 名以上配置していること。
- ウ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- エ 24 時間連絡体制を確保し、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。
- オ 介護支援専門員に対して、計画的に研修を実施していること。
- カ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても当該支援が困難な事例に係わる者に指定居宅介護支援を提供していること。
- キ 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。
- ク 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。
- ケ 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援を行う利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり 45 名未満であること。
- コ 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」等に協力又は協力体制を確保していること。
- サ 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。
- シ 必要に応じて多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービス含む）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。

4) 特定事業所医療介護連携加算（居宅介護支援）

要介護 1 ～ 5	1, 250 円
-----------	----------

* 算定要件

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ア 前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において退院・退所加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）イ、（Ⅱ）ロ又は（Ⅲ）の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数の合計が 35 回以上であること。
- イ 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 15 回以上算定していること。
- ウ 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していること。

5) 入院時情報連携加算（居宅介護支援）

入院時情報連携加算（Ⅰ）	要介護 1 ～ 5	2, 500 円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	要介護 1 ～ 5	2, 000 円

* 算定要件

ア 入院時情報連携加算（Ⅰ）

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

イ 入院時情報連携加算（Ⅱ）

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

6) 退院・退所加算（居宅介護支援）

（要介護 1 ～ 5 共通）

退院・退所加算（Ⅰ）イ	カンファレンス参加 無	連携 1 回	4, 500 円
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	カンファレンス参加 有	連携 1 回	6, 000 円
退院・退所加算（Ⅱ）イ	カンファレンス参加 無	連携 2 回	6, 000 円
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	カンファレンス参加 有	連携 2 回	7, 500 円
退院・退所加算（Ⅲ）	カンファレンス参加 有	連携 3 回	9, 000 円

* 算定要件

病院若しくは診療所に入院していた利用者の退院・退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型老人福祉施設又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又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合、入院又は入所期間中につき 1 回を限度として所定単位数を加算する。ただし、いずれかの退院・退所加算を算定する場合においては、その他の退院・退所加算は算定しない。また、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

7) 通院時情報連携加算（居宅介護支援）

要介護 1 ～ 5	5 0 0 円
-----------	---------

＊算定要件

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等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等から、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅計画サービス等に記録した場合。なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で医師又は歯科医師等と連携を行う。利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として算定できる。

8) 緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援）

要介護 1 ～ 5	2, 0 0 0 円
-----------	------------

＊算定要件

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利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービスなどの利用調整を行った場合。月に 2 回を限度として算定できる。

9) ターミナルケアマネジメント加算（居宅介護支援）

要介護 1 ～ 5	4, 0 0 0 円
-----------	------------

＊算定要件

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、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日前 1 4 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付けた居宅サービス事業者に提供した場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。

居宅介護支援費に係るターミナルケアマネジメント加算の基準ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24 時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること。

(3) 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。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(2)～(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日まで銀行振り込みでお支払い下さい。

振込先 社会福祉法人恵泉会 理事長 松坂勝司
仙台銀行 米川支店 口座番号 普通 1130754

6. 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、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

②利用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。

但し、利用者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

(3) 病院又は診療所に入院した場合

利用者及びその家族は、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所にお伝えください。

7. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対す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

責任者 施設長
担当者 管理者
受付時間 午前9時～午後5時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

第三者委員	松 村 正	***** 電話 *****
	千 葉 ますみ	***** 電話 *****
	伊 藤 浩	***** 電話 *****
登米市福祉事務所 長寿介護課	所在地	登米市南方町新高石浦 1 3 0
	電話番号	0 2 2 0 - 5 8 - 5 5 5 1
	受付時間	午前 9 時～午後 5 時
宮城県国民健康保険団体連 合会	所在地	仙台市青葉区上杉 1 丁目 2 番 3 号
	電話番号	0 2 2 - 2 2 2 - 7 7 0 0
	受付時間	午前 9 時～午後 4 時

8. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

(1) 事業者の記録作成・交付の義務

①利用者に提供した介護予防支援又は居宅介護支援について記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管するとともに、利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

②次の場合、利用者に対し、直近の介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。

1) 利用者が他の介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業者の利用を希望する場合

2) 利用者から直近の介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類の交付の申し入れがあった場合

(2) 守秘義務等

事業者、介護支援専門員または従業員は、介護予防支援及び居宅介護支援を提供するうえで知り得た利用者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。ただし、サービス担当者会議など、利用者に係る他の介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

（３）業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護予防支援及び居宅介護支援の提供を継続的に受けられるよう、「業務継続計画」を策定するとともに、必要な研修及び訓練を実施します。

（４）虐待防止について

虐待等の事案を発見しやすい立場にあることから、虐待についての理解と早期に発見できるよう必要な措置を講じます。虐待を発見した場合は、所轄の行政機関（登米市福祉事務所等）へ通報し対応します。

例）①身体的虐待：殴る、蹴るなどの暴行を加えること。

②介護・世話の放棄・放任

：衰弱させるような著しい減食、濡れたままの下着など介護放棄、放任を思わせる状態。監禁・隔離を疑わせる状態

③心理的虐待：侮辱する、脅すなどの言葉の暴力、無視、嫌がらせなど

④性的虐待：人前で下着やオムツ交換をするなど性的虐待を疑わせる状態

⑤経済的虐待：貯金が説明なく引き出される、不動産などが勝手に処分されるなどの経済的虐待を疑わせる状態

（５）身体的拘束等の適正化について

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、身体的拘束等を行いません。身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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。

９．損害賠償について

事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

１０．サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の２日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

① 利用者が死亡した場合

② 利用者が介護保険施設に入所した場合（老人保健施設を除く）

- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ 利用者から解約又は契約解除の申し入れがあった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）利用者からの解約・契約解除

契約の有効期間であっても、利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに解約を申し入れてください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 事業者が作成した介護予防サービス・支援計画又は居宅サービス計画に同意できない場合
- ② 事業者もしくは介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める介護予防支援及び居宅介護支援を実施しない場合
- ③ 事業者もしくは介護支援専門員が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（２）事業者からの契約解除

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 利用者又はその家族等が、故意又は重大な過失により事業者もしくは介護支援専門員の生命・身体・財産・信用等を傷つけた場合
- ③ 利用者又はその家族等から以下のような著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）を受け、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

１）身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

例) コップを投げつける、殴る、蹴る、唾を吐くなど

２）精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

例) 暴言、怒鳴る、いやがらせをする、テーブルを叩く、テーブルを蹴る、理不尽なサービスを要求するなど

３）セクシャルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)

例) 必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、あからさまに性的な話をするなど

4) 営業の受付時間内外を問わず、相談、緊急時以外の内容の電話を頻回に掛けてきた場合

5) 飲酒した状態で、相談や担当者会議等へ出席した場合

④ 利用者が登米市外に住居を移し事業者がケアマネジメントの継続が困難と判断した場合

1 1. 利用者又は家族によるサービスの同意

利用者又はその家族は、利用者が終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者になった場合において、居宅介護支援費に係るターミナルケアマネジメント加算の基準ターミナルケアマネジメントを開始することに同意します。

事業者は自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、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、同加算の基準ターミナルケアマネジメントを開始します。また、その場合は24時間連絡できる体制を確保し、必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備するものとします。

説明日 令和 年 月 日

介護予防支援及び居宅介護支援の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

恵泉会介護支援センターらくらく

職・氏名 主任介護支援専門員

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防支援及び居宅介護支援の提供開始に同意します。

契約者
(利用者)

住 所

氏 名

印

署名代行者

住 所

氏 名

印