

新生会介護保険相談室

重要事項説明書

(居宅介護支援)

医療法人 新生会

〒740-0018 山口県岩国市麻里布町3丁目5-5

TEL 0827-30-0700

新生会介護保険相談室

〒740-0302 山口県岩国市下342-1

TEL 0827-37-0700

重要事項説明書 (居宅介護支援)

介護保険法関係厚生労働省令に基づき、当事業所が説明すべき事項は以下の通りです。

1 事業者

| | |
|------|---------------------------------------|
| 名称 | 医療法人 新生会 |
| 所在地 | 岩国市麻里布町3丁目5-5 |
| 代表者名 | 理事長 石井 忍 |
| 連絡先 | TEL (0827) 30-0700 FAX (0827) 30-0702 |

2 事業所

| | |
|------------|--|
| 名称 | 新生会介護保険相談室 |
| 所在地 | 岩国市下342 - 1 |
| 管理者 | 松重 弥生 |
| 連絡先 | TEL (0827) 37-0700 FAX (0827) 37-0701 |
| 介護保険事業所番号 | 3570800502 |
| 介護支援専門員 | 3名 (内主任介護支援専門員2名) |
| サービス提供実施地域 | 御庄地区・師木野地区・北河内地区・南河内地区・美川地区・美和地区 |
| 営業日 | 毎週月曜日～金曜日 但し (年末年始12月31日から1月3日を除く) |
| 営業時間 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 ※時間外をご希望の方は、個別にご相談ください。 |

3 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護状態にある高齢者が、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送ることができるよう、適切な居宅介護支援を提供し、もって利用者の心身機能の維持、社会的孤立感の軽減ならびにその利用者の家族の精神的、身体的負担感の軽減を図ることを目的とします。 |
| 運営の方針 | 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者の心身の状況、その置かれている環境を考慮し、適切な保健医療福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、公正中立に行います。 |

4 居宅介護支援のお申し込みからサービス利用までの流れ

- ① 要介護認定又はその申請手続きがなされているかを確認し、未申請の方には、申請手続きを致します。
- ② 要介護認定済みの方はその要介護度に応じて、結果待ちの方はその心身の状況から予測される要介護度に応じて、利用者の置かれている環境も考慮の上、必要かつ利用可能な介護サービスを提案します。（アセスメント・居宅サービス計画原案）
- ③ 居宅介護サービス原案を基に、利用者・家族様の希望をお伺いしながら、サービス事業所の担当者と原案を修正し、居宅サービス計画を作成します。（担当者会議）
- ④ 居宅サービス計画に基づき、介護サービスの利用が始まります。
- ⑤ 居宅サービス計画が動き出した後も、利用者の心身の状況やその置かれている環境に変化があり、修正が必要となった際には、上記②に戻って居宅サービス計画の修正を図ります。（モニタリング）この一連の作業は、契約の終了まで繰り返されます。

※③担当者会議及び⑤モニタリングについては、情報通信機器を利用することが可能。

情報通信機器を利用する場合には、以下の要件を満たす必要あり。

③担当者会議で通信機器を使用する場合（主治医、担当者、その他の関係者の合意を得る必要あり）

⑤モニタリングで通信機器を使用する場合

利用者の同意が得られ状態が安定していること。

家族のサポートがある場合も含めて、利用者がテレビ電話装置を介して意思疎通ができる。

テレビ電話装置等の情報通信機器を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他サービス事業者と連携を行うことで情報が収集できる。

少なくとも2か月間に1回（介護予防支援の場合は6か月間に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

5 居宅介護支援の終了

①利用者のご都合で居宅介護支援提供の終了を希望される場合

文書でお申し出ただけでしたら、いつでも解約することができます。

②当事業所の都合で居宅介護支援の提供を終了する場合

災害・事故等により、当事業所が事業を継続することができなくなった場合、居宅介護支援の提供を終了します。その際には、利用可能な他の居宅介護支援事業者を紹介します。

③自動終了（双方の通知なしに自動的に居宅介護支援の提供が終了する場合）

- ・入院・介護保険施設に入所し在宅生活が継続できない場合
- ・お亡くなりになられた場合
- ・要介護等認定で「要支援1・要支援2・非該当」と認定された場合

上記のほか、利用者・家族が当事業所、当事業所の従業者に対し契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合には、文書での通知により即座に居宅介護支援の提供を終了させていただきます。

6 利用料

| | |
|--------------------------------|---|
| 要介護等の認定を受けておられる方で法定代理受領を受けられる方 | 介護保険から全額給付されます。自己負担はございません。 |
| 保険料の滞納等の理由により法定代理受領を受けられない方 | 下記に説明する居宅介護支援給付費をお支払い頂きます。その際には介護保険法に基づき「サービス提供証明書」、「領収証」を発行いたしますので、この書類を持って後日市役所で手続きをされますと、全額の払戻を受けることができます。 |
| サービス提供実施地域外にお住まいの方 | サービス提供実施地域を越えた地点から、路程1kmあたり35円をいただきます。 |

7 定居宅介護支援介護給付費

ア、居宅介護支援費

居宅介護支援費（Ⅰ） 取扱件数が45件未満の場合

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

居宅介護支援費（Ⅱ） 取扱件数が40件以上60件未満の場合

| | |
|-------------------|---------------------|
| 要介護1・2 ☞ 5,440円/月 | 要介護3・4・5 ☞ 7,040円/月 |
|-------------------|---------------------|

居宅介護支援費（Ⅲ） 取扱件数が60件以上の場合

| | |
|-------------------|---------------------|
| 要介護1・2 ☞ 4,180円/月 | 要介護3・4・5 ☞ 4,220円/月 |
|-------------------|---------------------|

*Ⅱについて：45件以上60件未満の部分について算定

*Ⅲについて：60件以上の部分について算定

※利用者が要介護1、2の場合は、居宅介護支援費Ⅰに特別地域居宅介護支援加算15%を乗じた額、12,490円の支払いを受けるものとします。

利用者が要介護3、4、5の場合は、居宅介護支援費Ⅰに特別地域居宅介護支援加算15%を乗じた額、16,230円の支払いを受けるものとします。

利用者が要介護1、2の場合は、居宅介護支援費Ⅱに特別地域居宅介護支援加算15%を乗じた額、6,260円の支払いを受けるものとします。

利用者が要介護3、4、5の場合は、居宅介護支援費Ⅱに特別地域居宅介護支援加算15%を乗じた額、8,100円の支払いを受けるものとします。

利用者が要介護1、2の場合は、居宅介護支援費Ⅲに特別地域居宅介護支援加算15%を乗じた額、4,810円の支払いを受けるものとします。

利用者が要介護3、4、5の場合は、居宅介護支援費Ⅲに特別地域居宅介護支援加算15%を乗じた額、4,850円の支払いを受けるものとします。

イ、初回加算 ☞ 3,000円/月

*算定要件

- ・新規に居宅サービス計画を作成した場合。
- ・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を作成する場合。
- ・要介護状態区分が2区分以上変更となった場合。

ウ、退院・退所加算

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

*算定要件

医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、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。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。

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もの。

※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可。

エ、入院時情報提供連携加算

| | |
|------------|-------------|
| 入院時情報連携加算Ⅰ | ☞ 2, 500円/月 |
| 入院時情報連携加算Ⅱ | ☞ 2, 000円/月 |

*算定要件

Ⅰ入院当日に情報提供（提供方法は問わない）※営業時間終了後や営業日以外の場合は入院日の翌日を含む

Ⅱ入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※Ⅰ、Ⅱの同時算定は不可

オ、ターミナルケアマネジメント加算 ☞ 4, 000円/月

*対象利用者

末期の悪性腫瘍であって在宅で死亡した利用者（在宅訪問後24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

*算定要件

- ・24時間連絡がとれる体制を確保し、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。
- ・終末期の医療やケアの方針に関し利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要等の把握、利用者への支援を実施している。
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ情報提供している。
- ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行う

カ、通院時情報連携加算 ☞ 500円/月

※利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする。

*算定要件

- ・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、医師等からの利用者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（ケアプラン）に記録した場合。

キ、緊急時居宅カンファレンス加算 ☞ 2, 000円/月

*算定要件

- ・病院又は診療所の求めにより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等の利用調整を行った場合1月に2回まで算定。

ク、看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価 ☞ 居宅支援費算定

- ・居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を行う。

*算定要件

- ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など請求にあたって必要な書類の整備を行っていること
- ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと

ケ、特定事業所集中減算 ☞ 2, 000円減/月

*減算要件

- ・正当な理由なく、当該事業所において前6ヶ月間に作成されたケアプランに位置づけられた居宅サービス（訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与）の提供総数のうち同一の居宅サービスに係る事業者によって、提供されたものの占める割合が80%を超える場合。

コ、運営基準減算 ☞ 居宅介護支援費 5 割減 / 月

*減算要件 以下の項目について1つでも行っていない場合は減算

- ・利用者の居宅に訪問して計画作成をしていない。
- ・サービス担当者会議を開催していない。
- ・サービス計画に同意を得て、利用者及びサービス担当者に交付していない。
- ・モニタリングで月1回居宅を訪問しその状態を評価、記録をしていない。
- ・利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、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であることの説明を行わなかった場合
- ・前6月間に当該居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画書の総数の内訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6月間に当該居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち同一の指定居宅サービス事業所者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）等につき十分説明を行わなかった場合

※運営基準減算の状態が2ヶ月以上続く場合は算定しない。

サ、業務継続計画未策定減算 ☞ 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

*減算要件

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

シ、高齢者虐待防止措置未実施減算 ☞ 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

*減算要件

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

ス、同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント ☞ 所定単位数の95%を算定

*減算要件

対象となる利用者

- ・指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一建物に居住する利用者
- ・指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に23人以上居住する建物（上記を除く）に居住する利用者

7 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治医および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いします。

- ・利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いします。
- ・入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

8 利用者自身によるサービスの選択と同意

①利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。

- ・指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅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。
- ・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはしません。
- ・居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。

②末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師や居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々の状態に即したサービス内容の調整等を行います。

③利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、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います。

【選択制の対象とする福祉用具の種目・種類】

○ 固定用スロープ ○ 歩行器（歩行車を除く） ○ 単点杖（松葉づえを除く） ○ 多点杖

【対象者の判断と判断体制・プロセス】

利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行う。

9 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。

その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

①事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。

②事業所における虐待防止のための指針を整備します。

③介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。

④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

12 身体拘束等の適正化の推進□

①事業所は、指定居宅介護支援の提供にあたっては、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、身体的拘束その他利用者の言動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。

②事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由、その他必要な事項を記録しなければならない。

③事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

・身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

・従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。□

□

13 事故発生時の対応

事故発生時：状況把握、家内等の安全確認を行い、速やかに行動します。

利用者の生命にかかわる事態：生命の安全を最優先に行動します。

※ 利用者の家族等、市役所等にも速やかに連絡します。

※ 事故が発生した場合のために介護事業者賠償責任補償保険に加入しています。

但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

14 当事業所に対する苦情

◎苦情の受付

当事業所に対する苦情や相談は以下の専用窓口にてうけつけます。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 松重 弥生 連絡先 0827-37-0700

○苦情受付時間

月曜日から金曜日 8:30 ～ 17:30

※担当者不在の時は、基本的な事項については、誰でも対応できる様にするるとともに、担当職員に必ず引き継ぎます。

◎苦情処理体制及び手順

- (1) 直ちに担当職員が利用者に連絡を取り、苦情についての内容確認を行います。
- (2) 苦情処理について検討し、必要な場合には管理者を含めた検討会議を開催します。
- (3) 苦情処理について関係機関との連携を行います。
- (4) 苦情処理は原則として遅滞なく具体的な対応を行います。
- (5) 苦情処理結果について利用者に必ず確認を行います。
- (6) 苦情処理台帳を整備し、再発防止に役立てます。

◎苦情があったサービス事業者に対する対応方針

- (1) サービス事業所に直ちに連絡をとり、苦情処理と改善について指示を行います。
- (2) 苦情につき改善されない場合は、利用者に説明し他のサービス事業者を選択して頂きます。
- (3) 必要であると判断した場合は管理者も含めて検討会議を行います。

公的機関においても、次の機関において苦情の申出ができます

| | |
|----------------------|---|
| 岩国市役所本庁 介護保険課 | 所在地 〒740-8585 岩国市今津町一丁目14-51 電話番号 (0827) 29-2511 対応時間 午前8時30分～午後5時15分 |
| 山口県国民健康保険 団体連合会 | 所在地 〒753-8520 山口市朝田1980番地7 電話番号 (083) 995-1010 対応時間 午前9時～午後5時 |
| 山口県福祉サービス 運営適正化委員 | 所在地 〒753-0072 山口市大手町9-6 電話番号 (083) 929-2837 対応時間 午前8時30分～午後5時 |

* その他ご利用に際してご不明な点がございましたら、お尋ねください。

重要事項説明同意書

(居宅介護支援)

令和 年 月 日

(説明者)

事業所 新生会介護保険相談室

氏名

(利用者) 私は、以上の重要事項に基づき説明を受け、内容を理解しました。

住所 〒

岩国市

TEL

—

氏名

(署名代行者) 私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いました。

私は利用者本人の契約意思を確認しました。

住所 〒

TEL

—

氏名

続柄

署名を代行した理由

1. 利用者の身体的な理由により
2. 利用者の認知症等の理由により
3. その他 ()