

指定居宅介護支援 重要事項説明書

ご利用者氏名_____様

居宅介護支援事業所「しんえい」



医療法人 尚仁会

当事業所はご契約者に対して居宅介護支援を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 尚仁会
事業者の所在地	札幌市清田区真栄331番地 真栄病院内
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 小笠原 俊夫
電話番号	(011) 883-1122
FAX番号	(011) 883-0111

2. 事業所の概要

事業所の名称	医療法人尚仁会 指定居宅介護支援事業所「しんえい」
事業所の所在地	札幌市清田区真栄331番地 真栄病院内
管理者の氏名	相川 治徳
電話番号	(011) 883-1555
FAX番号	(011) 883-1577
開設年月日	平成12年4月1日
指定事業所番号	0110314705

3. 事業所の職員の配置状況

	職務内容	人員数
管 理 者 (主任介護支援専門員)	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤1名 ※介護支援専門員と兼務
主任介護支援専門員	ケアマネジメント業務を行います。	常勤3名以上 ※うち1名、管理者を兼務
介護支援専門員	ケアマネジメント業務を行います。	常勤2名以上 非常勤1名

4. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜～金曜	9：00～12：15 (昼休み 12：15～13：15) 13：15～17：20
休業日	土曜・日曜・祝日、年末年始(12/29～1/3)

5. 事業所の目的と運営の方針

事業目的	医療法人尚仁会が設置する居宅介護支援事業所しんえい(以下「事業所」という。)において実施する、指定居宅介護支援事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護者等からの相談に応じ、要介護者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。
事業方針	1 利用者が要介護状態となった場合においても、利用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営むことができるよう配慮したものとする。 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、利用者自ら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配慮して行う。 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 事業を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

6. 居宅介護支援サービス内容

当事業所のサービス内容は以下の通りです。

アセスメント	利用者を訪問し、利用者の心身の状況や生活環境などを把握し、課題を分析します。
サービス調整	アセスメントの結果を踏まえ、利用する介護サービス事業者等へ連絡調整を行います。
ケアプランの作成	介護サービス等を利用するためのケアプランを作成します。
サービス担当者会議	介護サービス事業者等が集まり、ケアプランの内容等について話し合います。
モニタリング	少なくとも月に1回、ケアマネジャーが利用者の居宅を訪問し、本人の心身の状態やケアプランの利用状況等について確認します。
給付管理	ケアプラン作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。
要介護認定の申請に係る援助	利用者の要介護認定の更新申請や状態変化に伴う区分変更申請を円滑に行えるように援助します。利用者が希望する場合、要介護認定の申請を代行します。

介護保険施設等の紹介	利用者が自宅での生活が困難になった場合や利用者が介護保険施設等の入居を希望した場合、利用者に介護保険施設等に関する情報を提供します。
------------	--

②居宅介護支援の業務範囲外の内容

ケアマネジャーはケアプランの作成やサービスの調整を行いますが、下記に示すような内容は基本的に業務範囲外となります。緊急やむを得ない場合を除き、必要に応じて他の専門職等を紹介いたします。

居宅介護支援の業務範囲外の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車の同乗 ・入退院時の手続きや生活用品調達等の支援 ・家事代行業務 ・直接の身体介護 ・病院受診同行（但し医師との連携を目的とした同行が必要と判断した場合は対応いたします） ・金銭や通帳の管理 ・死後事務
-----------------	---

7. 利用料

① 要介護又は要支援の認定を受けた方は、介護保険からの全額給付により自己負担は発生しません。但し、保険料の滞納により法定代理受領が出来ない場合、1ヶ月につき要介護度に応じた下記の金額を頂き、事業所からサービス提供証明書を発行します。後日、サービス提供証明書を保険者の窓口に提出すると、全額が払い戻しされます。

取扱件数区分	単位数（料金）	
	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援（Ⅰ） ＊介護支援専門員1人あたりの利用者45名未満	居宅介護支援費Ⅰ (i) (単位数 1086) 11,088 円	居宅介護支援費Ⅰ (i) (単位数 1411) 14,406 円

※ 当事業所が運営基準減算：（居宅介護支援の業務が適切に行われない場合の減算）に該当する場合は、上記金額の50/100となります。また2ヶ月以上継続して該当する場合には、算定しません。

※ 特定事業所集中減算：（居宅サービスの内容が特定の事業者に不当に偏っている場合の減算）に該当する場合は、上記金額より2,042円を減額することとなります。

※業務継続計画未策定減算：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の徹底を求める観点から、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未策定の場合、基本報酬から1/100の減算となります。

※高齢者虐待防止措置未実施減算：利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く。）について、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に、基本報酬から1/100の減算となります。

※同一建物減算：介護報酬が業務に要する手間・コストを評価するものであることを踏まえ、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、基本報酬の95／100を算定します。

① 加算関係は以下の通りです。

加算名称	単位数	算定要件
初回加算(1月につき300単位)	3,063 円/回	<ul style="list-style-type: none"> ・新規に居宅サービス計画を作成する場合 ・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を作成する場合 ・要介護状態区分が2区分変更された場合
入院時情報連携加算		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
(I) (1月につき 250 単位)	2,552 円/月	入院当日中に情報提供していること。
(II) (1月につき 200 単位)	2,042 円/月	入院した日の翌日又は翌々日に情報提供していること。
退院退所加算		病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって病院等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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
(I) イ (450 単位)	4,594 円/回	必要な情報提供を1回、カンファレンス以外の方法で受けた場合
(I) ロ (600 単位)	6,126 円/回	必要な情報提供を1回、カンファレンスにより受けた場合
(II) イ (600 単位)	6,126 円/回	必要な情報提供を2回以上、カンファレンス以外の方法で受けた場合
(II) ロ (+750 単位)	7,657 円/回	必要な情報提供を2回以上受け、うち1回以上カンファレンスにより受けた場合
(III) (900 単位)	9,189 円/回	必要な情報提供を3回以上受け、うち1回以上カンファレンスにより受けた場合
通院時情報連携加算 (50 単位)	510 円/回	利用者の口腔衛生の状況等を適切に把握し、医療と介護の連携を強化した上でケアマネジメントの質の向上を図る観点から、医師の診察を受ける際の介護支援専門員の同席に加え、利用者が歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席した場合
緊急時等居宅カンファレンス加	2,042 円/回	病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職

算 (1月に2回を限度に200単位)		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
ターミナルケアマネジメント加算 (死亡日及び死亡日14日以内に2日以上在宅の訪問等を行った場合+400単位)	4,084円/回	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付けた居宅サービス事業者に提供した場合
特定事業所加算(Ⅰ) (1月につき519単位)	5,298円/月	質の高いマネジメントを実施している事業所を積極的に評価する観点から、人材の確保や、サービス提供に関する定期的な会議を実施しているなど厚生労働大臣の定める基準に当事業所が適合する場合
特定事業所加算(Ⅱ) (1月につき421単位)	4,298円/月	
特定事業所加算(Ⅲ) (1月につき323単位)	3,297円/月	
特定事業所加算(A) (1月につき114)	1,163円/月	
特定事業所医療介護連携加算 (1月につき12単位)	1,276円/月	特定事業所加算Ⅰ～Ⅲを算定かつ前々年度の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1年に15回以上算定している事。

8 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

(1) 利用者は介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、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について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

(2) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認します。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(3) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(4) 居宅介護支援事業所と入院医療機関との連携がスムーズに図れるよう、利用者が入院した場合には、担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先を入院先の医療機関にお伝えください。

訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから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。

(5) 前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与（以下、訪問介護等という。）の各サービスの利用割合および前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護等のサービスごとの同一事業者によって提供されたものの割合について、別紙をもちいて説明いたします。

(6) 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の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います。

9 ハラスメントの防止

(1) 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律 第 11 条第1項 及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律 第 30 条の2第1項 の規定に基づき、セクシュアルハラスメントやパワーハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じます。

(2) 利用者及びその家族はサービス利用に当たって、次の行為を禁止します

- ① 介護支援専門員その他従業者に対する身体的暴力（直接的、間接的を問わず有形力を用いて危害を及ぼす行為）
- ② 介護支援専門員その他従業者に対する精神的暴力（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）
- ③ 介護支援専門員その他従業者に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為等）

10 感染症や災害の対応力強化

感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護支援専門員その他の従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。感染症が発生、又はまん延しないように 次の措置を講じるものとします。

(1) 感染症の発生又はそのまん延を防止するための指針の整備

(2) 感染症の発生又はそのまん延を防止するための研修及び訓練の実施

11 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 利用者の人権擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生またはその再発を防止するための指針を整備します。
- (2) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。

(5) 苦情解決体制を整備しています。

(6) サービス提供中に、当該事業所授業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通知します。

虐待防止に関する責任者

管理者 相川治徳

12 交通費について

指定居宅介護支援に要した交通費については徴収しません。

13 計画書等の交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出下さい。

14 事業実施地域

札幌市内・北広島市

15 苦情申立

① 苦情相談窓口

窓口担当者 相川 治徳

利用時間 9:00~17:20

電話 (011) 883-1555

FAX (011) 883-1577

② 当事業所以外の苦情申立先

① 札幌市介護保険課

所在地 札幌市中央区北1条西2丁目

電話 (011) 211-2547

FAX (011) 218-5187

営業時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15

(土・日、国民の祝日、年末年始はお休み)

② 北海道国民健康保険団体連合会

所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

電話 (011) 231-5161

営業時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15

(土・日、国民の祝日、年末年始はお休み)

③ 苦情発生時の対応方法

1) 苦情の受付 → 2) 内容の把握 → 3) 苦情会議（随時）

→ 4) 利用者へ改善策の説明及び提示 → 5) 改善状況の把握

- 1) 苦情を受付した者が応対し、管理者等に報告をします。
- 2) 管理者等が迅速に利用者・家族からの苦情内容の詳細について確認をします。
- 3) 随時、苦情解決のための会議を開催し、改善策について検討します。
- 4) 利用者に検討した改善策を説明し、同意を得ます。
- 5) 管理者等は改善策が実施されているか、改善状況の確認を行い、再発予防に努めます。

16 事故発生時の対応方法

当事業所が利用者に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市区町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して提供した居宅介護支援により、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

保険契約者	一般社団法人札幌医師会
保障の概要	身体事故・財物事故・人格侵害に対する慰謝料・経済的損失

17 秘密保持

- ① 当事業所は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を厳守します。
- ② 当事業所は、介護支援専門員その他サービス事業者等から、業務上知り得た利用者又は家族の秘密が漏れることのないよう、管理を徹底します。
- ③ 当事業所は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合、予め利用者又は家族からの同意を頂きます。

18 個人情報の保護

- ① 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めます。
- ② 個人情報の取扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応します。

以上、指定居宅介護支援の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

2025年 月 日

医療法人尚仁会

指定居宅介護支援事業所「しんえい」

説明者 _____ 印

私は指定居宅介護支援事業所「しんえい」の「重要事項説明書」についての説明を受け、これに同意します。

年 月 日

サービス利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族等

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

利用者の代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

関 係 _____

