重 要 事 項 説 明 書

（指定居宅介護支援事業所）

令和7年4月

1　事業者

事業者の名称	社会福祉法人　　東根福祉会
事業所の所在地	東根市本丸南一丁目10-16
代表者名	理事長　　横尾　昭男
電話番号	0237－43－6980

2　ご利用施設

施設の名称	ケアプランセンター東根
施設の所在地	東根市大字野川2074－99
電話番号	0237－44－2786
FAX番号	0237－44－2376

3　事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者は、契約者の委託を受けて、介護保険法及び関係法令の趣旨に基づき、契約者の心身の状況、置かれている環境等や契約者及びその家族等の希望を考慮して提供する指定居宅介護支援等の適正かつ円滑な履行をはかることを目的としています。
施設運営の方針	当施設にあっては、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立った計画の作成を心がけ、利用者及びご家族のご希望を反映させながら、可能な限りその有する能力に応じて、少しでも自立した生活が可能なように総合的かつ適切な計画を作成いたします。

4　職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				保有資格	職務内容
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名		1			主任介護支援専門員	管理業務
介護支援専門員	5名	5				介護支援専門員/主任介護支援専門員	居宅介護支援業務

5　営業日およびご利用方法

営業日	月曜日～金曜日の8：30～17：30、土・日・祝祭日、年末年始（12/30～1/3）は休業となります。休業日及び夜間につきましても緊急時は連絡体制をとっております。
ご利用の方法	ご利用の方法としましては、来所や電話での相談、また御希望があれば訪問もいたします。御相談いただいた内容につきましては、秘密を厳守いたします。御相談における利用料金は、すべて介護保険から支給されます。

6　通常のサービス提供地域

通常の事業実施地域	東根市、天童市、村山市

7　居宅介護支援のサービス内容

介護保険制度の要介護1～5の要介護認定審査を受けた上で、介護が必要と認定を受けられた方に対して、介護支援専門員が居宅サービス計画(ケアプラン)を作成いたします。また、計画作成後も利用者の状態に変わりがないか、サービスが計画通りに提供されているか等、特段の事情がない限り、少なくとも、月1回利用者宅に訪問し面接をいたします。また、要介護認定や更新、変更があった場合は、その都度居宅サービス計画（ケアプラン）を交付し、サービス担当者会議の開催や担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の内容について、担当者より意見を求めます。要介護更新認定・要介護変更認定の申請代行の便宜を図ります。居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には紹介その他の便宜の提供を行います。利用者の相談を受ける場所としては、利用者宅又は2に記載する当事業所相談室とし、使用する課題分析票の種類としては、居宅サービス計画ガイドラインを使用しています。サービス利用中に、病院等に入院する必要が生じた場合は、入院先に担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えていただくように依頼します。ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄの公正中立の確保を図る観点から、当事業所における前6ケ月間ケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合、各サービスごとの同一事業所によって提供されたものの割合状況は、別紙にて説明を行うと共に介護サービス情報公表制度において公表いたします。

8　申し込みから在宅サービス提供開始までの流れ

① 重要事項説明書の説明及び契約書の締結
② サービス事業者への個人情報使用に関する同意
③ 利用者・家族の状態の把握
　＊訪問し、面接により情報収集、整理し、問題点や解決すべき課題を分析します。
④ 居宅サービス計画原案の作成
　＊複数の居宅サービス事業者等の紹介・情報提供し、利用者にサービスの選択を求めます。
　＊当該事業所を居宅サービス計画原案に位置づけた選定理由の十分な説明を行います。
⑤ サービス事業者との連絡・調整
⑥ サービス担当者会議による専門的意見の聴取
　＊各担当者に専門的な見地からの意見を求め情報の共有を図り必要時調整を行います。
⑦ 居宅サービス計画に対する利用者への説明・同意と交付
⑧ 在宅サービスの提供開始
⑨ 定期的な評価の実施
　＊提供されている居宅サービス計画が適切に行われているか、生活課題の充足度はどうかを検証します。

＊順序が異なる場合があります。

9 利用料金

居宅サービス計画の作成、ご相談等の利用料は、介護保険より全額支給されます。	*介護保険が適用となる場合には居宅介護支援に係わる自己負担はありません。		
	居宅介護支援費（Ⅰ－ⅰ） （取り扱い件数が45件未満）	要介護1又は要介護2 要介護3、要介護4又は要介護5	月10，860円 月14，110円
	*ケアマネジャー1人当たりの担当件数が40件以上を超えた部分のみ、居宅介護支援費Ⅰ－ⅱ、居宅介護支援費Ⅰ－ⅲとなる場合があります。料金については、下記の通りになります。		
	居宅介護支援費（Ⅰ－ⅱ.） （取り扱い件数が45件以上である場合60件未満の部分 ）	要介護1又は要介護2 要介護3，要介護4又は要介護5	月5，440円 月7，040円
	居宅介護支援費（Ⅰ－ⅲ） （取り扱い件数が45以上である場合60件以上の部分）	要介護1又は要介護2 要介護3、要介護4又は要介護5	月3，260円 月4，220円
	*当事業所は特別地域加算該当となりますので、上記の料金に15％加算されます。 *初回加算　①新規の場合 ②要介護状態区分が2段階以上変更となった場合　月3，000円 ＊入院時情報連携加算（Ⅰ）介護支援専門員が入院した日のうちに医療機関に対して必要な情報提供を行った場合。※入院日以前の情報提供を含む。※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、入院日の翌日を含む。　月2，500円 ＊入院時情報連携加算（Ⅱ）介護支援専門員が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。※ 営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。　月2，000円 *退院・退所加算（カンファレンス参加有） 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、退院・退所にあたって医療機関等の職員とカンファレンス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 ①連携1回・・・月6，000円　②連携2回・・・月7，500円　③連携3回・・・月9，000円 ◎連携3回の算定には、そのうち1回以上担当医との会議(カンファレンス等)に参加する事が必要 ◎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カンファレンスへ参加するものとする ＊退院・退所加算（カンファレンス無） 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、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 ①連携1回・・・月4，500円　②連携2回・・・月6，000円 ＊緊急時等居宅カンファレンス加算　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回2,000円（1月に2回の算定を限度） *通院時情報連携加算 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、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、医師等から利用者に関する必要な情報を受けた上で、居宅サービス計画書に記録した場合 500円/月（1月に1回の算定を限度）		

	＊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付けた居宅サービス事業者に提供した場合　　4000円/月　（1人につき1回限り）

居宅サービス計画の作成、ご相談等の利用料は、介護保険より全額支給されます。	＊特定事業所加算（Ⅱ）　　月4，210円 〈算定要件〉 ・主任介護支援専門員等を配置し、並びに常勤専従の介護支援専門員3人以上配置していること ・利用者の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に開催すること ・24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者からの相談に対応する体制を確保していること ・当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること ・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、当該支援困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること ・地域包括支援センター等が実施する事例検討会へ参加していること ・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 ・当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具の利用状況は※別紙のとおり。 ・居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける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1人当たり45名未満であること ・介護支援専門員実務研修における科目「ｹｱﾏﾈｼﾞ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 ・他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること ・必要に応じて多様な主体等が提供するサービス（インフォーマルサービスを含む）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 ・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
	*退院時等にｹｱﾏﾈｼﾞ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の算定 ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞやサービス担当者会議における検討等必要なｹｱﾏﾈｼﾞ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、基本報酬を算定。なお、その際は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、書類等を管理する。 ＊業務継続計画(BCP)未策定減算 ・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、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。＜経過措置1年間（※）＞　所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算 （※）居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。 ＊ 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 ・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

10　苦情相談対応手順

相談方法	受付担当者　　菅　東洋　　（管理者） ご利用時間　午前8時30分から～午後17時30分（土日祝日及び12/30～1/3を除く　） ご利用方法　　電話による相談　　44-2786 直接来荘していただいての相談又は訪問による相談 ＊法人による相談・苦情窓口 受付窓口　　社会福祉法人東根福祉会　　法人事務局　横尾　智 解決責任者　社会福祉法人東根福祉会　　法人事務局長　村田　嘉正 ご利用時間　午前8時30分から～午後17時30分（土日祝日及び12/30～1/3を除く　） 第3者による相談・苦情窓口 第三者委員　　弁護士：伊藤　三之　　評議委員：遊佐　靖彦 ＊また、利用者のお住まいの市町村窓口や山形県国民健康保険団体連合会にも、苦情相談窓口が設置されています。 山形県国民健康保険団体連合会　　電話番号：0237－87－8006 東根市健康福祉部福祉課介護保険係　　電話番号：0237－42－1111 天童市役所福祉課　　電話番号　　023－653－0704 村山市役所福祉課　　電話番号　　0237－55－2111

対 応 手 順	・受付 ・問題点の把握→責任者への報告→緊急の場合は即時対応 ・処理見込みの期間の説明 ・必要な調査の実施 ・改善方策の検討 ・ご利用者、ご家族へのご報告 ・改善策の周知徹底

11　事故発生時の対応及び損害賠償

利用者に対する居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに県・市町村窓口、利用者の家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また、利用者の居宅介護支援の提供に伴って、自己責めに帰すべき事由により、利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償します。

尚、当事業所では、利用者に対する居宅介護支援の提供による「身体、財物の損壊を伴わない経済的損失」に対する損害事故補償保険に加入しております。

12　利用者及びその家族に関する秘密保持について

事業所及び介護支援専門員その他の従業者は在職中及び退職後においても正当な理由なくその業務上知り得た契約者又はその家族の秘密を正当な利用なく第三者に漏らしません。またこれはサービス提供契約が終了した後においても継続いたします。

事業所はサービス担当者会議等において契約者及びその家族の個人情報を用いる場合は契約者の同意をあらかじめ文書により得ておくものとします。

13　個人情報の使用に対する同意について

利用者のための居宅サービス計画（ケアプラン）作成に伴い、業務上知り得た利用者又はその家族の情報について守秘義務がありますが、適切な居宅介護支援を行う上で、利用するサービス事業所に対して、必要な情報に同意をいただき、サービス担当者会議や照会、連絡調整に使用させていただきます。また個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示いたします。

私（利用者及びその家族）は、ケアプランセンター東根の介護支援専門員 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

より、居宅介護支援事業所についての重要事項の説明を受けたことを確認し、これに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

利用者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿