

# 「居宅介護支援事業所きらら」重要事項説明書

- 本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、介護保険法令に基づき、当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説明するものです。また、説明を行うに当たり、利用者の介護保険証を確認させていただきます。

## 1. 事業者概要

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名   | 医療法人社団 きらら友正会        |
| (2) 法人所在地 | 広島県広島市安佐北区亀山西一丁目2番1号 |
| (3) 電話番号  | 082-819-0333         |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 有吉 正憲            |
| (5) 設立年月  | 平成21年2月1日            |

## 2. 事業所の概要

- |              |  |
|--------------|--|
| (1) 事業所名     | 居宅介護支援事業所きらら（事業所番号 3470106141）                     |
| (2) 事業所所在地   | 広島県広島市安佐北区亀山西1丁目2番1号                               |
| (3) 連絡先      | 電話 082-819-1221<br>FAX 082-815-1038                |
| (4) 開設年月     | 平成21年2月1日  |
| (5) 営業日      | 月曜から金曜日まで。但し国民の祝日、12月30日から1月3日を除く。（但し電話の対応は365日対応） |
| (6) 営業時間     | 午前9：00～午後6：00（但し電話の対応は24時間365日対応）                  |
| (7) サービス提供地域 | 安佐北区・安佐南区・西区・東区・北広島町                               |

## 3. 事業所の職員体制

- 管理者：佐伯 裕幸（主任介護支援専門員）  
介護支援専門員：常勤 1名（管理者兼務）

## 4. 事業の目的及び運営の方針

### (1) 事業の目的

介護保険法の理念に基づき、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人や家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設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します。

### (2) 運営の方針

- ① 本事業は、利用者が要介護状態等となった場合においても、可能な限り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て援助に努めるものとし、

- 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、多様なサービス事業者の連携を得て、総合的かつ効果的に介護計画を提供されるよう配慮して行います。
- 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サービス等が特定の種類又は特定の事業所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、市、他の居宅介護支援事業所、介護保険施設等の連携に努めるものとします。
- ⑤ 利用者の介護認定等に関する申請に対して、利用者の意思を踏まえ、その支援を行います。また、要介護認定が行われているか否かを確認し、その支援も行います。

「きらら友正会の理念」

■ 倫理と高潔

- ・ 私達は常に、責任感があり信頼される職業人であり、かつ社会人であること
- ・ 利用者様を尊重し、高い品質と誠実なサービスを提供すること
- ・ 利用者様が自立した日常生活を営むことができるように支援すること
- ・ 地域との連携が図れる事業所であること

5. サービス提供における事業者の義務

- (1) 契約者又は利用者に提供した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、契約者又は利用者の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。
- (2) 契約者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合その他契約者から申し出があった場合には、契約者に対し、直近の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。
- (3) 事業者、介護支援専門員又は従業者は、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。

6. 居宅介護支援利用料金及び利用者負担

- (1) 居宅サービス計画の作成は、原則として介護保険制度から全額給付されますので、利用者の負担はありません。但し、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ください。

「居宅介護支援費」

要介護1・2	1076単位
要介護3・4・5	1398単位

- ※ 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扱う事が適当と認められるケースについても居宅介護支援の基本報酬の算定をさせていただきます。

「初回加算」 300 単位

- 1・新規に居宅サービス計画を作成した場合。  
※過去2ヶ月以上当該事業所で居宅サービス計画を作成してない場合も含まれます。
- 2・要介護状態が2段階以上変更となった場合。
- 3・要支援者が要介護認定を受け、居宅サービス計画を作成する場合。

「入院時情報提供加算（Ⅰ）」 200 単位

入院後3日以内に医療機関へ情報提供した場合（提供方法は問わない）  
※「入院時情報提供加算（Ⅱ）」と同時算定不可です。

「入院時情報提供加算（Ⅱ）」 100 単位

入院後7日以内に医療機関へ情報提供した場合（提供方法は問わない）  
※「入院時情報提供加算（Ⅰ）」と同時算定不可です。

「通院時情報連携加算」 50 単位/月

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提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記載した場合

「退院・退所加算」 450 単位～900 単位

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450 単位	600 単位
連携2回	600 単位	750 単位
連携3回	×	900 単位

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事とする。

※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。

「ターミナルケアマネジメント加算」 400 単位

末期の悪性腫瘍で在宅において死亡した場合（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）。

24時間連絡が取れる体制を確保し、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備している場合。

利用者または家族の同意を得た上で、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービスの変更の必要性等の把握、利用者への支援実施した場合。

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、主治の医師等およびケアプランに位置付けたサービス事業者へ提供した場合。

「緊急時等カンファレンス加算」 200単位

病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の職員ととも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ヶ月に2回を限度に算定することが可能。

「運営基準減算」 所定単位数の50/100に相当する単位数

(2ヶ月以上継続した際には100/100に相当する単位数)

利用者への適正なサービス提供を確保するため、居宅介護支援業務が適切に行われず、国が定める減算要件に該当する場合、一定割合を減算する。

利用者や家族に対して、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下記の説明を行わなかった場合を追加する。

- ・複数の事業所の紹介を求めることが可能であること。
- ・当該事業所を位置付けた理由を求めることが可能であること。
- ・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、福祉用具貸与の各サービスの利用割合を書面（別紙 サービス利用割合等説明書）にて説明・書面での同意を得ること。
- ・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、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合（上位3位）を書面（別紙 サービス利用割合等説明書）にて説明・書面にて同意を得ること。

「特定事業所集中減算」 200単位

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与を位置付けた計画数において、各法人の計画数の占める割合が80%を超える場合。

「居宅サービス計画の届出」

訪問介護（生活援助中心型）サービスにおいて、訪問回数が多い居宅サービス計画については、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用との視点から保険者（市区町）が確認し、必要に応じて是正を促していく事が必要であり、介護支援専門員が、統計的に見て通常の居宅サービス計画より、かけ離れた回数(※)、訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、保険者（市区町）に居宅サービス計画を届けます。

(※)

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

届けられた居宅サービス計画は、検証を受けるように位置付けられており、保険者（市区町）は必要に応じて介護支援専門員に対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の視点から、サービス内容の是正を促される場合があります。

検証の仕方については、地域ケア介護のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等で対応を行います。

提出頻度については、検証したケアプランの次回の届出は1年後とします。

(2) 通常のサービス地域以外の利用者の場合、訪問にかかる交通費の負担はありません。

(3) 利用料金の支払い方法（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）

前記（1）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下の方法でお支払いください。

- ・ 窓口での現金での支払い

## 7. 秘密保持

事業者及び事業者の従事員は、正当な理由がない限り、利用者に対する居宅サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密は漏らしません。

事業者は、事業者の従事員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことが無いよう必要な措置を講じます。

事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者又は利用者の家族の個人情報は用いません。

## 8. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

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7日前までに契約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が限り、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。

- ・ 利用者が死亡した場合
- ・ 要介護認定により利用者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合
- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 利用者・契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- ・ 事業者から契約解除を申し出た場合

### (1) 契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約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日前までに通知ください。

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。

- ・ 事業者が作成した居宅サービス計画に同意できない場合
- ・ 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居介護支援を実施しない場合
- ・ 事業者もしくは介護支援専門員が秘密保持に違反した場合
- ・ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失により契約者の身体・財産・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の申し出

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。

- ・ 利用者・契約者が、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
- ・ 利用者・契約者が、故意又は重大な過失により事業者又は従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

9. 利用者等の人権擁護、虐待防止等の措置

事業者は、利用者等の人権擁護、虐待の発生又はその再発防止等のために、指針の整備、研修の実施、担当者を定めます。

1 虐待防止に関する責任者を選定している。

虐待防止に関する責任者 佐伯 裕幸

2 成年後見制度の利用を支援する。

3 苦情解決体制を整備している。

4 従業者に対し利用者等の人権擁護や虐待に対する意識の啓発を図るとともに、研修会への参加を義務づけている。

10. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症の予防及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等取り組みます。

11. 業務継続計画（BCP）の対策等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的で開催するなどの措置を講ずる。

12. 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保

男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

- ・ 従業者に対するハラスメント指針の周知・啓発
- ・ 従業員からの相談に応じ、適切に対処するための体制の整備
- ・ その他のハラスメント防止のための必要な措置

### 13. 苦情等の受付について

#### (1) 当事業所における苦情等の受付

ご要望・苦情等の受付番号      電話番号 082-819-1221  
FAX 番号 082-815-1038  
苦情受付担当者      管理者兼介護支援専門員      佐伯 裕幸  
苦情解決責任者      事務長      有吉 陽子  
受付時間      毎週月曜日～金曜日      午前9:00～午後6:00

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

安佐北区厚生部	健康長寿課	介護保険係	TEL	082-819-0621
安佐南区厚生部	健康長寿課	介護保険係	TEL	082-831-4943
西区厚生部	健康長寿課	介護保険係	TEL	082-294-6585
東区厚生部	健康長寿課	介護保険係	TEL	082-568-7732
北広島町役場	保健課	介護保険係	TEL	050-5812-1853
その他 各市区町行政機関	介護保険担当窓口			
広島県国民健康保険団体連合会			TEL	082-554-0783

### 14. 事故発生時の対応

当事業所は、下記の損害保険に加入しています。

保険会社名      東京海上日動火災保険株式会社  
保険名      介護事業者賠償責任補償  
補償の概要      賠償責任補償・傷害補償

### 15. 損害賠償責任について

事業者の責任により契約者及び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。秘密保持に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者又は利用者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

### 16. 緊急時の対応方法

利用者の家族に連絡し、家族の指示に従います。また、急病等で救急を必要と判断した場合は主治医・家族に連絡して救急車の出動を依頼します。

【緊急時の連絡先】①

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

**【緊急時の連絡先】②**

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

**【主治医の連絡先】**

主治医 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_



令和 年 月 日

契約にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	広島市安佐北区亀山西一丁目2番1号	
	名称	医療法人社団 きらら友正会	
	理事長	有吉正憲	印
説明者		居宅介護支援事業所きらら	
	氏名		印

医療法人社団きらら友正会の居宅介護支援を利用するにあたり、居宅介護支援事業所きららの利用契約書及び重要事項説明書（別紙含む）を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

利用者	住所		
	氏名		印
契約者又は代理人	住所		
	氏名		印