

指定居宅介護支援事業利用重要事項説明書

あなたに対する指定居宅介護支援事業利用サービス提供開始にあたり、指定居宅介護支援事業運営規定第 7 条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人嬉野町社会事業助成会
事業所所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿甲 2088 番地
法人の種別	社会福祉法人
事業所代表者名	副島裕二
電話番号	(0954)43-2511
FAX 番号	(0954)43-2660

2 御利用事業所

事業所の名称	居宅介護支援事業所うれしの
事業所所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿甲 2088 番地
管理者名	田島朋子
電話番号	(0954)43-2511
FAX 番号	(0954)43-2660

3 御利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		佐賀県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	9 年 4 月 1 日	4171700059	56 人
	短期入所生活介護	12 年 2 月 29 日	4171700059	14 人
居宅介護支援事業		11 年 8 月 13 日	佐賀県 4171700059 号	

4 事業の目的及び運営方針

- 1 要介護状態となった場合において、その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サービスを提供します。
- 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、利用者の選択に基づいて、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ます。
- 3 指定居宅介護支援の提供にあたっては、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指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の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、市町村等保険者(以下「保険者」という)、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

5 職員の職種、人数及び職務内容（令和8年6月1日現在）

職員の職種	員数	区分				職務内容
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1	1				事業所の管理
介護支援専門員 () は主任介護支援専門員	5 (3)	5 (3)				ケアプラン作成 (サービス提供者との連絡調整、介護支援専門員への助言、指導)

6 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日まで
営業時間	8時30分～17時30分まで

但し、24 時間連絡可能な体制により、緊急時等必要に応じて相談に応じることが可能です。

7 ケアサービスの提供方法及び内容

計画の作成	指定居宅介護支援の提供の開始に際しては、あらかじめ、居宅サービス計画を利用者の希望に沿って作成します。その際、利用者は介護支援専門員に複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求める事が出来ます。又居宅サービス計画原案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事が出来ます。 前6月間に当該指定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の総数のうちに訪問介護、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付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、及び前6月間に当該指定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に同一の指定居宅サービス事業所又は指定居宅密着型サービス事業所によって提供されたものが占める割合について説明を行います。
問い合わせ又は利用申し込み方法	指定居宅介護支援の提供に関する問い合わせ又は利用申込は、電話、文書及び事業所への来所により受け付けます。
提供拒否の禁止	正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒否はいたしません。
サービス提供困難時の対応	事業の実施地域によっては、自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じる場合があります。
受給資格等の確認	指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その人の提示する被保険者証(資格者証を含む)によって、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させていただきます。
要介護認定申請に係る援助	・ 指定居宅介護支援の提供に際し、要介護認定の申請が既に行われているか否かを確認し申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて要介護認定の申請の援助を行います。 ・ 要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 1 ヶ月前には行われるよう、必要な援助を行います。
介護支援専門員の身分証明書の提示	介護支援専門員には、身分を証する書類を携行させ、初回訪問時又は利用者若しくはその家族から身分を証する書類を求められたときは、これを提示します。
医療機関との連携	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、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又診療所に伝えて頂く事で、入院先医療機関との早期からの連携を行います。

8 介護保険給付サービス

居宅サービス計画の作成	利用者の心身の状況や、置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を考えて、居宅サービス計画を作成します。
居宅サービス事業者との連絡調整	居宅サービス計画に基づく居宅サービス等の提供が確保されるよう、居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
介護保険給付管理業務	居宅サービス計画作成後においても、利用者及びその家族、居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況の把握及びこれに基づく給付管理票の提出を行うとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更その他の便宜の提供を行います。
要介護認定等の申請の援助	要介護認定(要介護更新認定、要介護状態の区分変更の認定、サービスの種類の変更を含む。)にかかる申請等について、利用者の意思を確認した上で、申請の代行等必要な援助を行います。

9 同一事業所の提供割合

当事業所のケアプランの総数のうち訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況

- ① 前6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 (R8.3月～R8.8月)

訪問介護	11	%
通所介護	53	%
地域密着型通所介護	16	%
福祉用具貸与	40	%

- ② 前6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、同事業所によって提供されたものの割合

事業所種類	事業所名	事業所名	事業所名
訪問介護	さくら 71.5%	さわやか 9.8% 百花之里 9.8%	ひかり介護サービス 4.9%
通所介護	春風荘 24.5%	芽吹き 17.8%	ともなが介護院 16.0%
地域密着型通所介護	よつ葉 24.6%	さくらさくらデイサービス 19.0%	岩ちゃん家 17.3%
福祉用具貸与	トゥーワンケア 55.6%	ベストケア鹿島 20.2%	大平 M・C 14.7%

10 利用料及びその他の費用

(1) 利用料

居宅介護支援利用料	居宅介護サービスを利用した月ごとに下記のとおりになります		
居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護1．2	1,086 単位／月	
	要介護3．4．5	1,411 単位／月	
特定事業所加算（Ⅱ）		421 単位／月	多様化・複雑化する課題に対応する為の取組みとしてヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度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場合
入院時情報連携加算	入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 単位／月	介護支援専門員が医療機関の職員に対して入院日に必要な情報提供を行った場合＊入院日以前の情報提供含む。営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日含む
	入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 単位／月	介護支援専門員が医療機関の職員に対して入院日翌日又は翌々日に必要な情報提供を行った場合＊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
退院・退所加算	カンファレンス参加無	1 回 450 単位 2 回 600 単位	退院・退所に当たって、病院又は施設職員と面談し必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成した場合 （連携3回算定については、1回以上について入院中の担当医等との会議に参加し計画作成等を行った場合）
	カンファレンス参加有	1 回 600 単位 2 回 750 単位 3 回 900 単位	
ターミナルケアマネジメント加算 （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実施）		400 単位／月	24 時間連絡がと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体制を整備。在宅で死亡した利用者に対して、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所に提供した場合
緊急時等居宅カンファレンス加算		200 単位／回	医療機関の求めにより、医療機関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利用調整を行った場合

通院時情報連携加算		50 単位／月	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サービス計画に記録した場合
初回加算		300 単位／月	新規利用及び要介護状態区分が2段階以上の場合
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	○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の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20人以上居住する建物に居住する利用者
介護職員等処遇改善加算			介護従事者の賃金向上と職場改善を目的とする。前年度の1～12月の介護報酬総単位数から1カ月あたりの総単位数を算出して2.1%を乗じる。
但し、法定代理受領により当事業所の居宅介護支援に対し、介護保険給付が支払われる場合は、利用者の自己負担はありません。			

(2) 交通費

区分	利 用 料
交通費	利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を行う場合には、それに要した交通費を請求します。(下表) 但し、請求は初回訪問時(契約締結時)、居宅サービス作成後(提示)の際に行います。

県市町村境界から利用者宅までの距離	交通費
5 k m未満	2 0 0 円
5 k m以上 7 k m未満	2 5 0 円
7 k m以上 1 0 k m未満	3 0 0 円
1 0 k m以上 1 5 k m未満	3 5 0 円
1 5 k m以上 1 7 k m未満	4 0 0 円
1 7 k m以上	4 5 0 円

1 1 通常の事業の実施区域

事業の実施区域	嬉野市内全域
---------	--------

1 2 苦情申立先

①当施設ご利用相談室	窓口担当者	管理者 田島 朋子
	ご利用時間	毎 日 8 時 30 分～17 時 30 分
	ご利用方法	電 話 0 9 5 4 - 4 3 - 2 5 1 1 面 接 相談室 苦情箱 施設内に設置

②苦情対応の手順

当事業所に対する苦情の対応手順については、以下のとおりです。

①苦情受付窓口にて受付け（苦情受付簿 様式 1）

②苦情受付担当者（部長・副部長）にて苦情内容確認、第三者委員への報告の要否確認（苦情記録表 様式 2）

③苦情解決責任者（施設長・事務長）および第三者委員への報告（苦情の受付について 様式 3）

④苦情解決責任者は苦情解決委員等を招集し協議を行う。

⑤苦情解決結論が申出人に理解得られた場合、苦情解決結果報告書を申出人に提出する（苦情解決結果報告書 様式 4）

⑥苦情受付から改善、経過・結果を記録する（苦情受付台帳 様式 5）

③行政機関等 苦情受付機関	杵藤地区広域市町村圏 組合介護保険事務所	所在地 電話番号 受付時間	佐賀県鹿島市大字中村 917-2 (0954) 69-8222 FAX 69-8220 8 : 30～17 : 00
	嬉野市健康福祉部福祉課 地域・高齢者福祉係（塩田庁舎）	所在地 電話番号 受付時間	嬉 野 市 塩 田 町 大 字 馬 場 下 甲 1769 (0954) 66-9121 8:30～17 : 15
	嬉野市健康福祉部健康福祉課 高齢者福祉係（嬉野庁舎）	所在地 電話番号 受付時間	嬉野市嬉野町大字下宿乙 1185 (0954) 42-3306 8 : 30～17 : 15
	佐賀県庁健康福祉部 長寿社会課	所在地 電話番号 受付時間	佐賀市城内 1 丁目 1 番地 59 号 (0952)25-7266 FAX 25-7265 8 : 30～17 : 00
	国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	佐賀市呉服元町 7 番 28 号 (0952) 26-1477 FAX 26-6123 8:30～17 : 00

1 3 具体的取り扱い方針

居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者が有する能力やその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者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上で解決すべき課題を把握します。
利用者に提供すべきサービスの目標及びその達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
居宅サービス計画に基づいた指定居宅サービス等の提供について、保険給付の対象となるか否かを区分し、その種類、内容、利用料等について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。
居宅サービス計画作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行いながら、居宅サービス計画の実施状況により利用者の必要に応じた居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
利用者が、その居宅において日常生活を営むことが困難となった場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜を図ります。
介護保険施設等から退院または退所しようとする場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行います。
居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスが必要な場合は、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りです。医療サービス以外の指定居宅サービス等が必要な場合は、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、これを尊重します。
利用者が提示する被保険者証に認定審査会意見又は指定に係る居宅サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨(指定に係る居宅サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。)を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成します。
居宅サービス計画の作成又は変更にあたっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保険医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用を含めて居宅サービス計画を作成します。

1 4 秘密保持

正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密は守ります。当事業所職員が退職後も、在職中に知り得た利用者またはその家族等の秘密は守ります。サービス担当者会議等において、利用者またはその家族等の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により同意を得た上で行います。

1 5 事故発生時の対応

利用者に対して、居宅介護支援を提供したことにより事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置（事故原因の究明、主治医、事業所管理者、保険者への連絡）を行います。

1 6 虐待防止に関する事項

指定居宅介護支援の提供開始に際し、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- (1) 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、その結果について職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 職員に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前項に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- (5) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。
- (6) 虐待が発生した場合、その発生原因などの分析から得られる再発防止策に関する。またその効果についての評価

1 7 身体拘束廃止に関する事項

利用者の尊厳を損なう不当な身体拘束は行わず、基本的人権を守る環境整備に取り組むため次の措置を講じます。

- (1) 身体拘束廃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）を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 職員に対し身体拘束を廃止するための定期的な研修を実施します。また適切に実施するための担当者を設置します。
- (3) 要因を特定し、常に代替的な方法を検討します。
- (4) 本人に関わる関係者・関係機関が参加する会議体で緊急やむを得ない身体拘束等について検討・評価します。
- (5) 利用者・家族に対して、身体拘束の目的など出来る限り詳細に説明し十分な理解が得られるよう努めます。
- (6) 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、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、その他の必要な事項を記録します。

1 8 ハラスメント対策に関する事項

利用者やその家族等に対して、提供するサービスの目的、範囲及び方法を理解していただくよう、努力、取り組みを行います。ただし、以下に掲げる内容に関しては相談窓口を設置し、事実があると判断した場合、必要な措置（担当者の変更、サービス休止、外部機関との連携など）、または契約を解除させていただく場合があります。

- (1) 殴る、蹴る、首を絞める、物を投げつけるなどの身体的な攻撃
- (2) 大声で怒鳴る、無視する、脅迫、中傷などの精神的な攻撃
- (3) 威圧的な言動や土下座の要求
- (4) 継続的に繰り返される執拗な言動
- (5) 不退去、居座り、監禁などの拘束的な行動
- (6) 職員の体を触るなど性的な言動、職員の価値を否定する差別的な言動など
- (7) 過剰な要求、理不尽な要求など

私は、本書面に基づいて当事業所職員(介護支援専門員_____)から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利 用 者 住所_____

氏名_____印

利用者の家族 住所_____

氏名_____印

続柄_____