

青山和敬荘在宅介護支援センター居宅介護支援重要事項説明書

<令和8年3月1日現在>

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

- (1) 電話番号 019-648-1413
(必要に応じて24時間電話での相談に対応致します。)
- (2) FAX番号 019-648-1414
- (3) Eメール a-sien@wakeisou.or.jp

2. 当事業所の概要

- (1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	青山和敬荘在宅介護支援センター
所在地	岩手県盛岡市南青山町13番30号
介護保険指定番号	居宅介護支援(0370100059号)
サービス提供地域	盛岡市(玉山地区を除く)、滝沢市 (他地域の方でもご希望の方はご相談ください。)

- (2) 職員体制

職種	員数	業務内容	勤務体制	兼務する業務の内容
管理者兼主任介護支援専門員	1名	運営管理・居宅サービス計画作成等	常勤	なし
介護支援専門員	2名以上	居宅サービス計画作成等	常勤	なし

- (3) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
休業日	土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日～1月3日)

- ・上記の営業日、営業時間以外でも利用者等の希望があれば行います。

*緊急連絡電話番号 019-648-1413

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

① 申込	→ 電話でご連絡頂ければお伺い致します。
② 家庭訪問	→ ご家庭にお伺いしてご相談に応じます。
③ 希望確認	→ 利用者や家族の意向を確認致します。
④ 契約	→ サービス提供の同意をいただきましたら契約を致します。
⑤ 原案作成	→ ご希望にそって居宅サービス計画の原案を作成致します。
⑥ 説明同意	→ 居宅サービス計画原案を説明し、よろしければ同意をいただきます。
⑦ サービス開始	→ 居宅サービス計画にそってサービスをご利用いただきます。
⑧ 見守り支援	→ 定期的に訪問し見守り支援を致します。

4. 居宅サービス計画作成について

- (1) 利用者や家族は、居宅サービス計画に位置づけるサービス事業所について、①複数の事業所の紹介を求め、②当該事業所を居宅サービス計画に位置づけた理由を求めることができます。
- (2) 当事業所の居宅サービス計画の訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護の利用状況は別紙の通りです。

5. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方の居宅介護支援にかかる利用料は、原則として介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。但し保険料の滞納等により保険給付金が直接事業所に支払われない場合、以下の該当する項目の料金をいただきサービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を住所地の市町村の介護保険担当課に提出しますと払い戻しを受けられる場合があります。

【居宅介護支援利用料】

算定項目	料 金	説 明
居宅介護支援費(I) (要介護1・2)	10,860円	介護支援専門員一人当たり取扱件数が45～59件の場合 5,440円、60件以上の場合 3,260円
居宅介護支援費(I) (要介護3・4・5)	14,110円	介護支援専門員一人当たり取扱件数が45～59件の場合 7,040円、60件以上の場合 4,220円
初回加算	3,000円	新規に居宅サービス計画を作成した場合、または要介護区分が2段階以上変更になった場合
入院時情報連携加算 (I)	2,500円	原則として入院した日のうちに医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合
入院時情報連携加算 (II)	2,000円	原則として入院した日の翌日、又は翌々日に医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合
退院・退所加算(I)	4,500円	退院・退所にあたり医療機関等の職員から利用者に関する必要な情報収集(※)を行い、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(※の方法がカンファレンスによる場合 6,000円)
退院・退所加算(II)	6,000円	退院・退所にあたり医療機関等の職員から利用者に関する必要な情報収集(※)を2回以上行い、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(※の方法が1回以上カンファレンスによる場合 7,500円)
退院・退所加算(III)	9,000円	退院・退所にあたり医療機関等の職員から利用者に関する必要な情報収集(※)を3回以上行い、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(※の方法が1回以上カンファレンスによる場合)
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円	医療機関の求めにより、当該医療機関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、必要に応じてサービス利用調整を行った場合

特定事業所加算(Ⅰ)	5,190円	専ら指定居宅介護支援の提供に当たる主任介護支援専門員2名以上を配置し、常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置する等、算定要件を満たしている場合
特定事業所加算(Ⅱ)	4,210円	専ら指定居宅介護支援の提供に当たる主任介護支援専門員を配置し、常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置する等、算定要件を満たしている場合
特定事業所加算(Ⅲ)	3,230円	専ら指定居宅介護支援の提供に当たる主任介護支援専門員を配置し、常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置する等、算定要件を満たしている場合
特定事業所医療介護連携加算	1,250円	特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ退院・退所加算の算定にかかる医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以上算定している場合
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円	終末期の利用者又は家族の意向を把握した上で、在宅で亡くなった利用者に対して、当該日及び当該日前14日以内に2日以上在宅を訪問し主治医の助言を得て利用者への支援を行う等一定要件を満たした場合
通院時情報連携加算	500円	利用者の診察に同席し、医師又は歯科医師等とそれぞれが必要な情報提供を行った場合
特定事業所集中減算	2,000円減算	正当な理由なく居宅サービス計画に位置付けた訪問介護サービス等の提供総数のうち、その割合が80%を超えた場合
運営基準減算	50%減算	運営基準を満たせなかった場合(所定単位数から減算)
	100%減算	上記減算が2か月以上続いている場合(同上)
高齢者虐待防止措置未実施減算	1%減算	虐待防止に関する必要な措置が講じられていない場合(同上)
業務継続計画未実施減算	1%減算	感染症、自然災害に関する業務継続計画を策定していない場合(同上)

(2) 交通費

- ・前記2の(1)のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。
- ・それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費が必要です。但し自動車を使用した場合はサービス提供地域を越えた地点から片道1km毎に10円いただきます。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができます。その場合の料金は一切かかりません。

(4) 利用料のお支払い方法(利用料の支払いが発生する場合)

月ごとの精算とし、翌月10日頃までに前月分の請求を致しますので、請求をしたその月内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行致します。お支払い方法は、現金、銀行振込、口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺い致します。
- ② 重要項目の説明を致します。
- ③ サービス提供の同意をいただいた後に契約を締結し、サービスの提供を開始致します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合、お申し出下さればいつでも解約できます。
- ② 人員不足等やむを得ない事情により当事業所の都合で、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の居宅介護支援事業所をご紹介致します。
- ③ 以下の場合、事業所からの通知がなくても自動的にサービスを終了致します。
 - ・利用者が介護保険施設（※）に入所した場合（※介護老人保健施設を除きます）
 - ・居住系施設等に入所し当事業所以外の介護支援専門員が担当する場合
 - ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援1、要支援2になった場合
 - ・契約締結後において利用者が6ヶ月間介護保険居宅サービスを利用しなかった場合
 - ・利用者がお亡くなりになった場合
- ④ その他
利用者や家族等が当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して、サービスの提供を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合がございます。

■ お願い ■

利用者、家族等の皆様との信頼関係のもと、適切なサービスを提供できますように、次のような行為は固くお断り致します。よろしくお願い致します。

① ハラスメント行為

○身体的な攻撃

(例；物を投げる、唾を吐く、大声を出す、罵声を浴びせる、刃物を向ける等)

○精神的な攻撃

(例；長時間の拘束、無視、睨み付ける、過度な要求、脅迫等)

○性的な嫌がらせ

(例；手を握る、体を触る、卑猥な言葉を口にする等)

② その他の行為

○職員の自宅の住所や電話番号をしつこく聞いたり、ストーカー行為をすること

○職員の写真や動画の撮影、録音等をインターネット等に掲載すること

7. 当法人の居宅介護支援の特徴等

(1) 事業の目的

介護保険の基本理念を念頭に、利用者が可能な限り居宅で生活が送れるよう、適切な居宅介護支援を提供していきます。

(2) 運営の方針

利用者が要介護状態に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、利用者の心身の状況やそのおかれている環境等に配慮し、利用者の選択に基づき、適切な保険医療サービスおよび福祉サービスが事業所から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。また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います。

(3) 居宅介護支援の実施概要等

- ① 利用者本位を実践するために、評価項目に利用者、家族の希望を優先させます。
- ② 居宅サービス計画は十分な説明と同意を大切に致します。

(4) サービス利用のために

事 項	有・無	備 考
介護支援専門員の変更	○ (有)	変更を希望される方はお申し出ください。 ※但し事業所の都合により担当者が変更すること もございます。
課題分析の方法	○ (有)	居宅サービス計画ガイドライン等
介護支援専門員への研修の実施	○ (有)	2か月に1回程度施設内実施・外部研修等随時
その他		

8. サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の居宅介護支援及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

(1) 相談・苦情受付窓口

① 当事業所の相談・苦情受付窓口

- 担当 管理者及び各担当介護支援専門員
- 電話番号 019-648-1413
(平日 午前8時30分から午後5時15分まで)
- FAX番号 019-648-1414
- Eメール a-sien@wakeisou.or.jp

② 当法人の相談・苦情受付窓口

- 評価委員会(役職会議) 電話番号 019-648-1411

③ その他の相談・苦情受付窓口

上記①、②の他に、下記へ相談、苦情等を伝えることができます。

- 盛岡市役所介護保険課受付相談係 電話番号 019-626-7561
- 滝沢市役所高齢者福祉課 電話番号 019-684-2111
- 岩手県国民健康保険団体連合会 電話番号 019-604-6700

(2) 相談・苦情受付の体制及び手順

① 自ら提供した居宅介護支援について

・その内容を事業所内または法人内で検討し検討結果、改善内容を回答致します。

② 居宅サービス計画に位置づけた居宅サービスについて

- ・利用者、サービス事業者はその内容を確認し利用者に説明、報告致します。

9. 秘密保持

事業所及び事業所の職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。この守秘義務は契約終了後、従事者でなくなった後においても同様です。

10. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービス提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに事業者は利用者の家族及び市町村等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また事故状況、事故に際してとった処置について記録を致します。
- (2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

11. 高齢者虐待の防止

- (1) 指針の整備、また対策を検討する委員会を定期的で開催し事業所の職員に周知をします。
- (2) 虐待の防止のための研修を事業所の職員に対し定期的を実施します。

12. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 岩手和敬会	
代表者役職・氏名	理事長 三田 光男	
法人所在地・電話番号	岩手県盛岡市浅岸3丁目23番50号 019-651-6111	
定款の目的に定めた事業	社会福祉事業、公益事業、その他これに付随する業務	
施設・拠点等 (※括弧内の数字は施設、事業所の数を示します)	介護保険事業	介護老人福祉施設(2)、短期入所生活介護(空床型)(2)、通所介護(通所型サービス含)(2)、居宅介護支援(2)、介護予防支援(2)
	盛岡市委託事業	地域包括支援センター(2)、配食サービス(2)

13. その他

利用者が入院する必要がある場合には、担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先医療機関に提供するようにお願い致します。

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

事業所	
所在地	岩手県盛岡市南青山町13番30号
名称	青山和敬荘在宅介護支援センター
	施設長 小笠原 千恵 印
説明者	氏名 _____ 印

令和 年 月 日

私は本書面により事業所から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意を致します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印