

重 要 事 項 説 明 書

令和 7 年 4 月 1 日

1. 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 日吉津村社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所
所在地	〒689-3553 鳥取県西伯郡日吉津村大字日吉津 9 7 3 - 9
事業所指定番号	3 1 7 1 5 0 0 3 2 9 号
管理者及び連絡先	社会福祉法人 日吉津村社会福祉協議会 内 藤 直 子 電 話 0 8 5 9 - 2 7 - 5 3 5 1
サービス提供地域	日 吉 津 村

2. 事業者の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管 理 者	統 括 責 任	1 名
介護支援専門員	利用者に対するケアプラン作成、請求事務等	1 名以上 (管理者 1 名含む)

3. 営業時間

区 分	月 ～ 土曜日
営業時間	8 : 3 0 ～ 1 7 : 1 5

(注意) 5 月連休 (5/3～5/5)・年末年始 (12/31～1/3) は「祝祭日」の扱いとなります。

4. 居宅介護支援内容流れ

①	居宅サービス計画作成依頼受理	介護保険制度について説明、利用者の状態把握
②	アセスメント	利用者の居宅を訪問して利用者家族と面談した上で、ニーズの把握、課題分析
③	居宅サービス計画原案作成	アセスメント後居宅サービス計画原案の作成
④	サービス担当者会議の開催	居宅サービス原案を基に利用者、家族、各居宅サービス提供事業者とサービス担当者会議開催
⑤	文書による同意	サービス担当者会議にて居宅サービス計画書の検討後、利用者又は家族より文書による同意を受けて交付
⑥	モニタリングの実施	少なくとも月 1 回、利用者を訪問して、モニタリングを実施結果を記録
⑦	居宅サービス計画の変更	利用者の状態が変化した場合などは、速やかに居宅サービス計画の変更のため上記②～⑤の実施

5. サービス利用料及び利用者負担

(1) 居宅介護支援については、介護保険制度から全額支給されるため自己負担はありません。

居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護１・２	要介護３・４・５
	１０，８６０円	１４，１１０円

(2) 対象となる場合に対象月のみ加算させていただきます。

初回加算	３，０００円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	２，５００円
入院時情報提供加算（Ⅱ）	２，０００円
退院・退所加算（Ⅰ）イ	４，５００円
退院・退所加算（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）イ	６，０００円
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	７，５００円
退院・退所加算（Ⅲ）	９，０００円
通院時情報連携加算	５００円
緊急時等居宅カンファレンス加算	２，０００円

(3) 介護支援専門員が通常のサービス地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その旅費（実費）の支払が必要となります。

移動手段	交 通 費
交通機関	実 費
自動車	(1) 本所から片道４km未満 １００円
	(2) 本所から片道４km以上 ２００円

6. 当事業所のサービスの基本方針

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有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるよう配慮して行います。

7. 公正・中立な立場の堅持

利用者の利益を最優先に行い、所属する事業・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持します。

8. 秘密の保持

- (1) 当事業所は、業務上知り得た利用者と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従事者であった者から、業務上知り得た利用者とその家族の秘密が漏れることの内容、管理を徹底いたします。
- (3) 当事業所は、サービス担当者会議等におきまして、利用者の個人情報を用いる場合は、あらかじめ利用者またはその家族からの同意をいただきます。

9. 事故発生時の対応等

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ました居宅介護支援により、損害賠償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。

10. 虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	事務局 課長 棚田 勝至
-------------	--------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業者に対する虐待防止の啓発・普及するため研修を実施しています。

(4) サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者(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は、速やかにこれを市町村に通報します。

11. 第三者による評価の実施状況について

第三者による評価の実態状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の揭示	1. あり 2. なし
	②. なし		

12. 居宅介護支援に係る事業所の義務について

- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、利用者について病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めています。
- ・ 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業所等から利用者に係る情報を受けたとき、その他必要と認めたときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを利用者の同意を得て、主治医の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。
- ・ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めます。その場合において介護支援専門員は、居宅サービス計画書を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治医の医師等に交付します。
- ・ 指定居宅介護支援事業所は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものである事を説明し、利用者は複数の居宅サービス事業所を紹介するよう求めることができます。

13. 特例事項に関する内容について

【要介護認定前に居宅介護支援の提供が行われる場合の特例事項に関する重要事項説明書】

- ・ 利用者が要介護認定申請後、認定結果がでるまでの間、利用者自身の依頼に基づいて、介護保険による適切な介護サービスの提供を受けるために、暫定的な居宅サービス計画の作成によりサービス提供を行う際の説明を行います。

(1) 提供する居宅介護支援について

- ・ 利用者が要介護認定までに、居宅介護サービスの提供を希望される場合には、この契約の締結後迅速に居宅サービス計画を作成し、利用者にとって必要な居宅サービス提供のための支援を行います。
- ・ 居宅サービス計画の作成にあたっては、計画の内容が利用者の認定申請の結果を上回る過剰な居宅サービスを位置づけることのないよう、配慮しながら計画の作成に努めます。
- ・ 作成した居宅サービス計画については、認定後に利用者等の意向を踏まえ、適切な見直しを行います。

(2) 要介護認定後の契約の継続について

- ・ 要介護認定後、利用者に対してこの契約の継続について意思確認を行います。このとき、利用者から当事業所に対してこの契約を解約する旨の申し入れがあった場合には、契約は終了し、解約料はいただきません。
- ・ また、利用者から解約の申し入れがない場合には、契約は継続しますが、この付属別紙に定める内容については終了することとなります。

(3) 要介護認定の結果、自立（非該当）または要支援となった場合の利用料について

- ・ 要介護認定等の結果、自立（非該当）又は要支援となった場合は、利用料をいただきません。

(4) 注意事項

- ・ 要介護認定の結果が不明なため、利用者は以下の点にご注意いただく必要があります。
 - ① 要介護認定の結果、自立（非該当）又は要支援となった場合には、認定前に提供された居宅介護サービスに関する利用料金は、原則的に利用者にご負担いただくことになります。
 - ② 要介護認定の結果、認定前に提供されたサービスの内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合には、保険給付とならないサービスが生じる可能性があります。この場合、保険給付されないサービスにかかる費用の全額を利用者においてご負担いただくことになります。

14. 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

日吉津村社会福祉協議会 相 談 窓 口	電話番号	0 8 5 9 - 2 7 - 5 3 5 1
	Fax 番号	0 8 5 9 - 2 7 - 5 9 3 1
	相 談 員	棚 田 勝 至
	対応時間	午前8時30分 ～ 午後5時

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

日吉津村役場福祉保健課 介護保険相談窓口	電話番号	0 8 5 9 - 2 7 - 5 9 5 2
	Fax 番号	0 8 5 9 - 2 7 - 0 9 0 3
	対応時間	午前8時30分 ～ 午後5時
鳥取県国民健康保険連合会 介護保険課	所 在 地	鳥取市立町6丁目176 (東部庁舎5階)
	電話番号	0 8 5 7 - 2 0 - 3 6 8 1
	Fax 番号	0 8 5 7 - 2 9 - 6 1 1 5
	対応時間	午前8時30分 ～ 午後5時

15. 当社の概要

名 称・法人種別	社会福祉法人 日吉津村社会福祉協議会
代 表 者 名	会 長 松 田 義 人
所在地・電話	西伯郡日吉津村大字日吉津973-9 電 話 0 8 5 9 - 2 7 - 5 3 5 1

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所 所在地 鳥取県西伯郡日吉津村大字日吉津 9 7 3 - 9

社会福祉法人 日吉津村社会福祉協議会
事業者名 会 長 松 田 義 人

説明者 _____ 印

居宅介護支援契約にあたり、上記のとおり説明を受け同意しました。

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人又は立会人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

事業者、利用者双方の署名・押印しそれをもって上記の重要事項の確認を証するため、
本書 2 通を作成し利用者・事業所 1 通ずつ保有するものとします。