

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業の目的及び運営の方針

1) 事業の目的

社会福祉法人宗像市社会福祉協議会（以下、「事業者」という。）が開設する宗像市社会福祉協議会居宅介護支援センター（以下、「事業所」という。）が行う指定居宅介護支援事業は、事業所の介護支援専門員が、常に指定居宅介護支援を受ける利用者の人格を尊重し、要介護状態又は要支援状態にある利用者の心身の状況及びその有する能力に応じて、自立した日常生活を可能な限り営むことができるよう適切な居宅介護支援を提供することを目的とします。

2) 運営方針

- (1) 事業の運営は、常に指定居宅介護支援を受ける利用者の立場に立ち、要介護者等の要介護状態及び要支援状態の軽減、若しくは悪化の防止、又は要介護状態となることの予防に資するように事業を運営します。
- (2) 事業の運営については、公正・中立の立場から他の指定居宅サービス事業者や医療機関との連携を密にするとともに、宗像市及び地域の諸団体の協力を得て行います。
- (3) 事業の運営は管理者が一元的に管理し、指定居宅介護支援が適切に行われるよう必要な配慮を行います。

2. 職員の職種、人数、及び職務内容

1) 事業所に勤務する職種、員数は次のとおりです。

(1)管理者（主任介護支援専門員）（介護支援専門員と兼務）	1名
(2)介護支援専門員	常勤（1名は管理者と兼務） 非常勤
	4名以上 1名
(3)庶務（常勤）	1名

2) 職員の職務内容は次のとおりです。

(1) 管理者

- ア 居宅介護支援事業の一元的管理
- イ 介護支援専門員の勤務体制の確保、及び職務に関する相談・助言及び指導
- ウ 介護保険事業者、医療機関、市町村、地域包括支援センター等との連絡調整・・・等

(2) 介護支援専門員

- ア 介護保険の申請代行及び区分変更手続き・介護認定調査
- イ 居宅介護支援サービス計画書（ケアプラン）の作成、再評価、記録の管理
- ウ サービス担当者会議の開催
- エ 他の居宅サービス事業や医療機関との連携

(3) 庶務

- ア 居宅介護支援事業に係わる報酬等の請求事務
- イ その他一般事務

3. 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりです。

- (1) 日曜日、国民の祝日及び12月29日～1月3日までを除く全ての日です。
- (2) 営業時間は、午前8時半から午後5時までです。

4. 事業所

宗像市社会福祉協議会居宅介護支援センター

(住所) 宗像市久原180番地

(電話) (0940) 37-2780

(FAX) (0940) 34-2412

(携帯電話) 090-9482-1277

5. 提供する指定居宅介護支援サービスの内容

事業者が提供する指定居宅介護支援サービスの内容については、次のとおりです。

- (1) 介護保険の申請代行及び区分変更手続き
- (2) 居宅介護支援サービス計画の作成及び変更にあたり、複数の指定居宅介護サービス事業所等の紹介と位置付けた指定居宅サービス事業所の選定理由の説明と同意
- (3) 退院後の円滑な在宅生活への移行支援。入院先医療機関との早期からの連携促進のため、利用者又は家族に担当介護支援専門員の氏名及び連絡先の伝達協力依頼
- (4) 利用者又は家族等へ必要な介護サービス等の情報提供
- (5) 利用者の同意のもと、主治医・歯科医師・薬剤師等との情報提供・連携

6. 利用料及びその他の費用

居宅介護支援を提供した場合の利用料金は介護保険から給付されるので、利用者の利用料負担はありません。なお下記利用料は国が定める指定居宅介護支援給付費単位表によるものです。

但し、契約者の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、契約者は重要事項説明書に定めるサービス利用料金の金額を事業者に対し、いったん支払うものとします。支払い頂いた後、事業所から領収書及びサービス提供証明書を発行いたしますので、保険者担当窓口に提出・手続きを行うと、払い戻しを受けることができます（償還払い）。

【居宅介護支援費】

(1) 居宅介護支援費（Ⅰ）〈担当件数が45件未満〉

要介護1・2 ⇒ 10,860円／月

要介護3・4・5 ⇒ 14,110円／月

利用者の退院時等に一連の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も基本報酬を算定する場合があります。

【加算】

●初回加算

3, 000円／月

適切かつ質の高いケアマネジメントを実施するため、新規に居宅介護支援ならびに要介護状態区分が2段階以上変更になった利用者に対し、居宅介護支援を行なった場合。

●特定事業所加算（Ⅱ）

4, 210円／月

- ◇ 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ◇ 常勤の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ◇ 利用者に関する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等の相談に対応する体制を確保していること。
- ◇ 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、当該支援が困難な事例に係る者に居宅介護支援を提供していること。
- ◇ 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。
- ◇ 特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ◇ 指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が介護支援専門員1人あたり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「ケアマネジ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指定居宅介護事業所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が提供する生活支援サービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されるようなケアプランを作成していること。

●入院時情報連携加算（Ⅰ）

2, 500円／月

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、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提供していること。

●入院時情報連携加算（Ⅱ）

2, 000円／月

利用者が病院又は診療所に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提供していること。

●退院・退所加算（Ⅰ）イ

4, 500円／月

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていること。

●退院・退所加算（Ⅰ）ロ

6, 000円／月

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていること。

●退院・退所加算（Ⅱ）イ

6,000円／月

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けていること。

●退院・退所加算（Ⅱ）ロ

7,500円／月

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

●退院・退所加算（Ⅲ）

9,000円／月

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

●緊急時居宅カンファレンス加算

2,000円／回

病院又は診療所の求めにより当該病院又は診療所の医師又は看護師と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス又は地域密着型サービスの利用調整を行った場合。1月に2回を限度として所定単位数を加算する。

●ターミナルケアマネジメント加算

4,000円／月

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うえで、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所に提供した場合。

●通院時情報連携加算

500円／回

利用者が病院または診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

2) 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の実費の支払いを利用者から受けるものとします。

なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額を負担していただきます。

- | | |
|-------------------------|------|
| (1) 事業所から片道おおむね9km未満 | 330円 |
| (2) 事業所から片道10km以上20km未満 | 370円 |

3) 前項に規定する費用の額にかかわるサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得るものとします。

7. 通常の事業の実施地域について

通常の事業の実施地域は、宗像市、福津市です。

8. 秘密の保持について

- 1) 事業に従事する居宅介護支援専門員等の職員は正当な理由がなくその業務上知りえた利用者等の本人、及びその家族の秘密を他に漏らしません。また、本事業の職員でなくなった場合においても同様です。
- 2) 事業者は、職員が正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者等の本人及びその家族の秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約で締結します。
- 3) 管理者又は介護支援専門員は、サービス担当者会議等において利用者等の本人及びその家族等の個人情報を用いる場合は、事前に文書で利用者等の本人及び家族の同意を得ます。

9. 虐待防止及び身体拘束等の適正化について

事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げる必要な措置を講じます

- 1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます
- 2) 虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合は、地域包括支援センターに報告し、共同して支援にあたります。
- 3) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

10. サービス契約の終了

事業所は、当会のハラスメント防止規程第7条に定める以下のような行為が利用者及び家族等からあった場合は、契約書第16条の規定により、この契約を解除することができます。

【社会福祉法人宗像市社会福祉協議会ハラスメント防止規程】 第7条 第1項

- (1) 物を投げる、叩く、蹴る、唾を吐く等身体的な力を使って危害を及ぼす行為
- (2) 大声で威圧する、怒鳴る、理不尽な要求、暴言等、個人の尊厳や人格を言葉や態度で傷つけたり、貶めたりする行為
- (3) 意に添わない性的な誘い掛け、好意的態度の要求、性的嫌がらせ行為
- (4) その他前各号に準じる相手方からの不快感を受ける言動（インターネット、SNS上でのものを含む）

11. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急車の要請、ご家族、サービス事業所などへの連絡をします。

主 治 医	病院名及び住所	
	氏 名	
	電 話	

<第1番の連絡先>

ご 家 族	住 所	
	氏 名	続柄：
	電 話	自宅： 携帯または勤務先：

＜ 2 番目の連絡先＞

ご 家 族	住 所	
	氏 名	続柄：
	電 話	自宅： 携帯または勤務先：

12. サービス内容に関する苦情の受け先

宗像市社会福祉協議会居宅介護支援センター	(0940) 37-2780
宗像市健康福祉部介護保険課	(0940) 36-4877
福津市健康福祉部高齢者サービス課	(0940) 43-8191
国民健康保険団体連合会	(092) 642-7859

13. 当事業所作成の居宅介護サービス計画に位置付けた主なサービス事業所について

当事業所においては、利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ち、利用者に提供されるサービス等が特定のサービス事業所に不当に偏することのないよう公正中立に居宅介護支援業務を行います。当事業所のケアプランに位置付けた主なサービス状況は以下のとおりです。

(令和 6 年 9 月～令和 7 年 2 月サービス提供分)

サービス種類とそれを位置付けた割合	各サービスごとの同一事業所によって提供された割合	利用割合
訪 問 介 護 (40 %)	宗像市社会福祉協議会ホームヘルパーステーション	49 %
	みなとヘルパーワン	11 %
	ヘルパーステーションみのり	7 %
通 所 介 護 (44 %)	ライトリハセンター	14 %
	通所介護ライズ	10 %
	デイサービスみあらか	9 %
福 祉 用 具 貸 与 (61 %)	フランスベッド株式会社北九州営業所	36 %
	クローバー宗像営業所	25 %
	ベストケア	14 %
地 域 密 着 型 通 所 介 護 (16 %)	宗像デイサービスセンターなごみ	27 %
	デイサービスゆいまーる	15 %
	デイサービスセンター温々庵	13 %

居宅介護支援事業の開始にあたり、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>

住 所 : 宗像市久原180番地

事業者名 : 宗像市社会福祉協議会居宅介護支援センター
(指定番号: 4073300032)

代表者氏名: 社会福祉法人 宗像市社会福祉協議会
会長 吉田 善仁

令和 年 月 日

<説明者>介護支援専門員

所 属: 宗像市社会福祉協議会居宅介護支援センター

氏 名: _____

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援事業についての重要事項の説明を受けました。

<利用者>

住 所: _____

氏 名: _____

<家族または代理人>

住 所: _____

氏 名: _____

続柄 _____