重 要 事 項 説 明 書

（ケアプランセンター介護の太助　天童）

1、事業者

名称、法人種別	株式会社　介護の太助
代表者名	松元　一起
本社所在地、電話番号	千葉県船橋市習志野台2－4－5ヨエムビル202　047－467－2153

2、居宅介護支援事業所

事業所名称	ケアプランセンター介護の太助　天童
所在地、電話番号	山形県天童市鍬ノ町二丁目2番29号2階　023－653－5829
介護保険指定番号	0671601193

3、事業の目的

要介護状態にあるご利用者様に対し、心身の置かれている状況や環境に応じて、様々な障がいを抱えながらも、住み慣れたご自宅で安心して、かつ自立した生活が送れるよう支援します。
ご利用者様やご家族様の意向を元に、適切なサービスの種類、内容等の居宅サービス計画を作成すると共に、適切なサービス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携、調整、その他の便宜を図ります。

4、運営方針

①ご利用者様の自立支援と尊厳の保持に努め、意思及び人格を尊重し、常に、ご利用様の立ち場に立ったサービスを提供できるよう努めます。
②サービス提供が、特定の種類及び居宅サービス事業者に、不当に偏る事のないよう公正中立に行います。
③地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等の保健、医療、福祉サービスとの連携を図ると共に、介護給付対象外のサービスも含め、総合的なサービス提供に努めます。

5、介護支援専門員等の体制

区分	常勤（兼任）	非常勤	職務内容、保有資格
管理者	1名　（1名）	名	居宅介護支援業務総括、主任介護支援専門員、 介護福祉士
介護支援専門員	1名以上　（1名）	名	居宅介護支援業務、介護福祉士

6、営業日、営業時間、ご利用方法

営業日	月曜日～金曜日 （土、日曜、国民の祝日、8月13日～8月15日、12月29日～1月3日は休日となります。）
営業時間	午前9時～午後5時
ご利用方法	来所、電話でのご相談、またご希望があれば訪問も致します。ご相談内容につきましては秘密厳守致します。

7、通常のサービス提供地域

実施地域	山形市、天童市、東根市
交通費について	上記地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費は、自動車利用の場合、地域を越えた時点から1kmにつき40円、有料自動車道路使用、公共交通期間利用はともに実費ご負担頂きます。

8、居宅介護支援提供の流れ、方法、内容

①ご利用者様からの居宅介護支援サービス利用申し込み。

②重要事項説明書の説明、及び契約書の締結。

③ご利用者様、ご家族様の状況、状態の把握、解決すべき課題の明確化。
（課題分析の方法　　居宅サービス計画ガイドライン）

④希望のサービスと頻度を踏まえ、居宅サービス計画書の原案作成。

⑤ご利用者様、ご家族様は介護支援専門員に対して、複数のサービス事業者の紹介を求める事ができます。又、居宅サービス計画に位置づけたサービス事業者の選定理由も説明を求める事ができます。

⑥サービス事業者への個人情報使用等に関する説明と同意。
同意を得た上で、サービス事業所との連絡調整。

⑦医療機関、サービス事業者を含めた担当者会議の開催（原案を元に）。
サービスに関わる担当者が協働、連携し、チームで支援に当たる事を確認。
感染防止や他職種連携推進の観点から、場合によっては利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用します。

⑧医療系サービス利用希望された場合、又は利用が望ましい等、担当者会議等で決まった場合、ご利用者様の同意を得た上で医師等の意見を求めます。
（当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画書を、後日下記⑨後に、医師等に交付）

⑨居宅サービス計画書の交付、計画に対する利用者様の同意。

⑩サービス事業者に対する個別サービス計画書の提出依頼。

⑪居宅サービス計画書とサービス利用票に添ったサービス提供開始。

⑫居宅サービス計画実施の状況把握と評価等。

⑬随時の状況確認、必要に応じた居宅サービス変更の検討。その際は再度、担当者会議開催、又は担当者への照会等にて意見を求めます。

9、平時から、また入退院時における医療機関との連携

①入院時は担当介護支援専門員の氏名、及び連絡先を、早期に医療機関に伝えて貰うよう、ご利用者様、ご家族様にお願いします。介護支援専門員の連絡先が直ぐわかるよう、健康保険証やお薬手帳等と一緒に保管してもらうよう薦めます。

②ご利用者様の生活状況、居宅サービス利用等情報を、入院先の医療機関と共有する事で、退院支援が円滑となりスムーズに在宅生活への移行に繋がります。

③サービス事業者等から、ご利用者様に係る情報（服薬、口腔機能状況、栄養状態等）提供を受けた時、また介護支援専門員がモニタリング等で把握した状態について、必要と認めた際、ご利用者様の同意を得て医師等へ情報伝達を行います。

10、居宅介護支援を受けるにあたってのお願い

①介護保険被保険者資格証、介護保険負担割合証の紛失や、要介護認定区分の変更等、現在お持ちの介護保険被保険者証の記載内容変更時は担当介護

支援専門員に連絡してください。

②交付したサービス計画と異なる事業所からサービスを受けたい、又はサービス内容の変更希望時は担当介護支援専門員にご相談ください。

11、居宅サービス計画書作成以外に提供できる支援。

当事業所では「居宅サービス計画書」作成以外に、ご利用者様の依頼に応じて下記について支援します。ご相談ください。

①要介護認定申請（新規、変更、更新）代行。その際、手続き上、ご利用者様の介護保険被保険者証をお預かりします。

②「居宅サービス計画作成依頼届出書」。ご利用者様に代わり申請代行します。上記同様、介護保険被保険者証をお預かりします。

12、居宅介護サービス利用等についての相談場所

①当事業所内の相談室。

②ご利用者様のご自宅。入院している場合はその病院内。
施設入所の場合は、その介護保険施設内。

③その他必要に応じた場所。

13、提供割合に関する説明及び公表

ケアマネジメントの公正中立性の確保を目的に、各サービスの利用割合、及び前6ヶ月間に作成された居宅サービス計画における、各サービス毎の提供割合の説明を行います。別紙のとおり。

14、居宅介護支援の利用料金

相談、計画書作成等における利用料は、要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額支給されますので、ご利用者様の負担はありません。
（＊但し保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、1ヶ月あたり、国が定めた利用料のご負担を頂く事になります。）

料金の詳細は次のとおりです。

居宅介護支援費（Ⅰ）　取扱い件数45件未満

要介護1、要介護2	月　10，860円
要介護3、要介護4、要介護5	月　14，110円

加算料金

・初回加算　①新規、②要介護区分が2段階以上変更の場合　月　3，000円

・入院時情報連携加算

病院等に入院するに当たって、ご利用者様に関する必要な情報提供した場合。

加算（Ⅰ）　入院当日中に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。　月　2，500円

加算（Ⅱ）　入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。　月　2，000円

・退院、退所加算

病院又は診療所・介護保険施設等の職病院又は診療所・介護保険施設等の職員からご利用者様に係る必要な情報提供を受けて、

居宅サービスの利用に関する調整を行った場合。

	カンファレンス参加なし	カンファレンス参加あり
連携　1回	4，500円	6，000円
連携　2回	6，000円	7，500円
連携　3回		9，000円

・通院時情報連携加算

ご利用者様が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師または歯科医師等に対してご利用者様の係る必要な情報提供を行い、ご利用者様に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合。　　月　　500円

＊看取り期に於いてサービス利用の実績がない場合

居宅サービス等の利用を目指し、入院中にケアマネジメント業務行うも、退院に至らなかった場合。
（当該利用者の介護度に応じた居宅介護支援費）

・介護職員等処遇改善加算

ケアプランデータ連携システムを利用している場合
居宅介護支援費等の2.1％

介護支援専門員一人あたりの担当件数が44件を越えた場合、居宅介護支援費（ⅱ）又は（ⅲ）になります。料金は下記のとおりです。

居宅介護支援費（ⅱ）　取扱い件数45件以上60件未満

要介護1、要介護2　　月　5，440円
要介護3、要介護4、要介護5　　月　7，040円

居宅介護支援費（ⅲ）　取扱い件数60件以上

要介護1、要介護2　　月　3，260円
要介護3、要介護4、要介護5　　月　4，220円

15、事故発生時の対応、及び損害賠償

①居宅介護支援提供時、ご利用者様に事故や体調異変等が発生した場合には、ご家族様に連絡を行うと共に、必要に応じて主治医へ連絡、各市町村への届出等、必要な措置を講じます。

②サービス提供に伴って、事業所の責に帰すべき事由により、ご利用者様の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合、その損害を賠償します。

16、サービス内容に関する相談、苦情

①ご利用者様に提供した居宅介護支援に関する相談、苦情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相談、苦情等遠慮なく、お申し出ください。迅速に対応します。

苦情受付担当者	主任介護支援専門員　　瀧口　幸恵
苦情解決責任者	管理部長　　中川　健
電話番号	023－653－5829
ご利用時間	午前9時～午後5時30分
所在地	天童市鍬ノ町二丁目2番29号2階
相談方法	直接事業所にお越し頂いての相談、又は訪問による相談

②ご利用者様は、当事業所以外にも、各市町村の相談、苦情窓口、国民健康保険連合会に苦情を伝える事ができます。

市の窓口	天童市役所　保険給付課　介護給付係 電話番号　023－654－1111　　FAX番号　023－658－8547
	山形市役所　福祉推進部　介護保険課 電話番号　023－641－1212　　FAX番号　023－624－8887
	東根市役所　福祉課　介護保険係 電話番号　0237－42－1111　　FAX番号　0237－43－5565
県の窓口	苦情、相談センターやまがた　（山形県福祉サービス運営適正化委員会） 電話番号　023－626－1755　　FAX番号　023－626－1770
国の窓口	山形県国民健康保険団体連合会　（介護サービス苦情処理室） 電話番号　0237－87－8006　　FAX番号　0237－83－3354

17、守秘義務

事業所及び介護支援専門員、その他の従業者は、在職中及び退職後においても、正当な理由なく、業務で知り得たご利用者様とご家族様に関しての情報を、第三者に漏らしません。契約終了後も同様です。

18、サービス事業者間の情報提供等について

居宅介護支援事業者が知り得たご利用者様、及びご家族様の情報に関して今後利用するサービス事業者に提供する事、並びに要介護認定等に関する情報等を各市町村介護保険課より受け取る事があります。

19、個人情報の使用に関する同意

上記17、18を踏まえ、必要な情報について同意書を頂き、居宅介護支援に使用させて頂きます。また、個人情報を使用した会議内容、その他の経過等は記録し、請求あれば開示します。

20、業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者様に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

①介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
②定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

21、感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。
①事業所における感染症の予防及び、まん延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事ができるものとする）をおおむね6月に1回

以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
③介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

22、虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
①事業所における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事ができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
②事業所における虐待防止のための指針を整備します。
③介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
④虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。
⑤事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員、又は養護者（ご利用者様のご家族様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ご利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村へ通報します。

23、身体的拘束等の適正化の推進

事業所は、ご利用者様または他のご利用者様等の生命、または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない事とします。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並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

24、ハラスメント対策

①利用者が事業所の職員に対して暴言、暴力、誹謗中傷等の迷惑行為、セクシュアルハラスメントなどの行為が生じた場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。
②当事業所は、従業員に対してハラスメント（セクシュアルハラスメント、パワーハラスメント、カスタマーハラスメント等）の防止のための取り組みとして定期的な研修等を実施しております。

25、サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービス内容や課題等について

実施の有無	無

私（ご利用者及びご家族代表）は、ケアプランセンター介護の太助　天童の介護支援専門員　　より
居宅介護支援についての説明を受け、同意し、本書を受領します。

令和　　年　　月　　日

ご利用者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族代表
（代理人）　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿