重要事項説明書

（居宅介護支援）

**（メモ）このモデル重要事項説明書は、あくまでモデルとして示すものです。**

**事業者の実態に応じ、事業者の責任において作成してください。**

**メモは注意事項です。作成時は必ず削除してください。**

 重 要 事 項 説 明 書 　（指定居宅介護支援）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

|  |
| --- |
| この「重要事項説明書」は、「西宮市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」の規定に基づき、指定居宅介護支援提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。 |

１　指定居宅介護支援を提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地（連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）（連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

２　利用者に対しての指定居宅介護支援を実施する事業所について

1. 事業所の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 事業所所在地 | （事業所の所在地、ビル等の場合には　建物名称、階数、部屋番号まで） |
| 連絡先相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号）（部署名・相談担当者氏名） |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | （運営規程記載の実施地域を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 管理者 | 1　従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。2　従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常勤１名 |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援業務を行います。 | 〇名以上（うち１名以上は常勤） |
| 事務職員 | 居宅介護支援事業の業務の事務 | 〇名 |

1. 居宅介護支援の内容及び利用料等について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援の内容 | 提供方法 | 介護保険適用有無 | 利用料・利用者負担額（介護保険適用の場合） |
| 1. 居宅サービス計画の作成
 | 別紙1に掲げる「居宅介護支援業務の実施方法等について」を参照下さい。 | 左の①～⑦の内容は、居宅介護支援の一連業務として、介護保険の対象となるものです。 | 介護保険適用となる場合、利用者負担はありません。（全額介護保険により負担されます。） |
| 1. 居宅サービス事業者との連絡調整
 |
| 1. サービス実施状況把握、評価
 |
| 1. 利用者状況の把握
 |
| 1. 給付管理
 |
| 1. 要介護認定申請に対する協力、援助
 |
| 1. 相談業務
 |

 (6)前６月間に居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等の割合等について

別紙2のとおり

３　その他の費用について

|  |  |
| --- | --- |
| ① 交通費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 |

４　利用者の居宅への訪問頻度の目安

|  |
| --- |
| 介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安 |
| 利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも１月に１回 |

* + ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

５　その他の費用の請求及び支払い方法について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. その他の費用の請求方法等
 | 1. その他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
 |
| 1. その他の費用の支払い方法等
 | 1. 請求書の内容を確認のうえ、請求月の△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(ア)事業者指定口座への振り込み(イ)利用者指定口座からの自動振替(ウ)現金支払い1. お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）
 |

**（メモ）支払い方法については、あくまで例示です。利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の方法を採用するようにしてください。**

６　居宅介護支援の提供にあたって

1. 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（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。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
2. 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

７　虐待防止のための取り組みについて

　　事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じています。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果については介護支援専門員に周知します。

(2) 虐待の防止のための指針を整備しています。

(3) 介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。

(4) 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を定めています。

８　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 利用者及びその家族に関する秘密の保持について
 | ①　事業者は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。②　事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。③　また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。④　事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| 1. 個人情報の保護について
 | ①　事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。②　事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。③　事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。) |

９　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏　　名　　　　　　　　　　　　 続柄住　　所電 話 番 号携 帯 電 話勤　務　先 |

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

10　身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

11　記録の整備

　　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する記録を整備し、完結の日から５年間保存します。

12　指定居宅介護支援内容（ケアプラン）の見積もりについて

　　当事業所は、契約締結前にケアプランの見積もりの作成が可能です。

13　サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順
	1. 提供した指定居宅介護支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
	2. 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
		*

（**メモ）指定申請時に提出された「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。**

* + -
1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】（事業者の担当部署・窓口の名称） | 所 在 地電話番号ﾌｧｯｸｽ番号受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】西宮市役所　健康福祉局　法人指導課 | 所 在 地　西宮市六湛寺町10-３電話番号　0798-35-3082 (直通)ﾌｧｯｸｽ番号 0798-34-5465　(直通)受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【公的団体の窓口】兵庫県国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　神戸市中央区三宮町１-９-１-1801電話番号　078-332-5617受付時間　8:45～17:15（土日祝は休み） |

14　重要事項説明の年月日

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年　　　月　　　日 |

上記内容について、「西宮市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

　上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の　ご家族 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 続柄 |  |

（別　紙　1）　居宅介護支援業務の実施方法等について

* + 1. 居宅介護支援業務の実施
1. 事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成関する業務を担当させるものとします。
2. 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
3. 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、利用者は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ことができ、また居宅サービス計画に位置付けられ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ことができます。
4. 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、前６月間に作成し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（以下、「訪問介護等」という。）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について利用者又はその家族に対し説明を行い、理解を得られるよう努めます。
5. 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、前６月間に作成した居宅サービス計画に位置付け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者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合について利用者又はその家族に対し説明を行い、理解を得られるよう努めます。
6. 居宅介護支援の提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。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。
	* 1. 居宅サービス計画の作成について
7. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案作成に際しては、次の点に配慮します。
	1. 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族に面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
	2. 利用する居宅サービス等の選択にあたっては、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関する情報を利用者またはその家族に提供します。
	3. 介護支援専門員は、利用者に対して居宅サービスの内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導または指示を行いません。
	4. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス等の担当者から、専門的な見地からの情報を求めます。
8. 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する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。
9. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案について、介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者またはその家族に対して説明します。
	1. 介護支援専門員は、利用者の居宅サービス計画の原案への同意を確認した後、原案に基づく居宅サービス計画を作成し、改めて利用者の同意を確認し、同意を得られた場合、利用者、その家族及び居宅サービス計画に位置付けされた居宅サービス事業者に居宅サービス計画を交付します。（居宅サービス計画の変更・更新時も含みます。）
	2. 利用者は、介護支援専門員が作成した居宅サービス計画の原案に同意しない場合には、事業者に対して居宅サービス計画の原案の再作成を依頼することができます。
10. 居宅サービス計画の新規作成や変更時、要介護認定の更新や区分変更時に、サービス担当者会議の開催等を行います。
	* 1. サービス実施状況の把握、評価について
		2. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後において、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定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。
		3. 上記の把握に当たっては、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うこととし、少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するとともに一月に一回、モニタリングの結果を記録します。
		4. ②による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行います。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができます。
			1. テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
			2. サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主事の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

・利用者の心身の状況が安定していること。

・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。

・介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

* + 1. 介護支援専門員は、居宅サービス計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します。
		2. 介護支援専門員は、その居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断した場合、または利用者が介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、事業者は利用者に介護保険施設に関する情報を提供します。
		3. 居宅サービス計画の変更について

事業者が居宅サービス計画の変更の必要性を認めた場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画の変更を、この居宅介護支援業務の実施方法等の手順に従って実施するものとします。

* + 1. 給付管理について

事業者は、居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

* + 1. 要介護認定等の協力について
1. 事業者は、利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。
2. 事業者は、利用者が希望する場合は、要介護または要支援認定の申請を利用者に代わって行います。
	* 1. 居宅サービス計画等の情報提供について

利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合には、利用者の居宅サービス計画作成が円滑に引き継げるよう、利用者の申し出により、居宅サービス計画等の情報の提供に誠意をもって応じます。

（別　紙　2）　前６月間に居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等の割合等について

　(メモ)下記の表は、特定事業所集中減算集計票の説明用シートを活用した場合の例示です。

　実際に説明する際には、下記の表を参考に、サービスごとに必要事項を記載したものを作成して

ください。

(注意：訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与 のサービスごとに必要です。)



**5**

**6**

5

5