

居宅介護支援事業所重要事項説明書

介護保険法の定めるところにより、当該事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会医療法人社団 三草会
事業者の所在地	札幌市東区本町2条4丁目8-20 クラーク病院内
法人種別	社会医療法人社団
代表者氏名	石橋 輝雄
電話番号	011-782-6160

2. ご利用の事業所

事業所の名称	社会医療法人社団三草会 指定居宅介護支援事業所 クラーク在宅支援相談センター
事業所の所在地	札幌市東区本町2条4丁目8-20 クラーク病院内
管理者の氏名	飯田 功一
電話番号	011-789-6620
ファクシミリ番号	011-780-5202
指定年月日	平成26年6月1日
指定事業所番号	0170206544

3. 事業目的

事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある利用者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

4. 運営方針

- (1) 要介護状態にある利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるように配慮し、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じ、利用者及び家族等（以下、「利用者等」という。）の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービス（以下、「指定居宅サービス等」という。）が多様な事業所から総合的かつ効果的に提供されるよう支援を行う。
- (2) 事業の実施にあたっては、関係市町村、各指定居宅サービス事業所や指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設等との綿密な連携を図るとともに、利用者等の意思や人格を尊重し、常に利用者等の立場に立って、その提供される指定居宅サービス等が特定の種類や特定の居宅サービス事業所に不当に偏ることのないよう、公正中立な業務に努めるものとする。

5. 職員の職種及職務内容

職 種	区分及び員数	業務内容	備 考
管理者	常勤 1名、非常勤 名	管理業務	
介護支援専門員	常勤 10名 以上 非常勤 名	居宅介護支援業務	
その他の職員	常勤 名、非常勤 名	居宅介護支援の補助業務	
事務員	常勤 名、非常勤 名	必要な業務	

6. サービス提供時間

営業時間	月～金曜日 8:30～17:00、土曜日 8:30～12:15
休日	日曜日、祝日、年末年始（12/30～1/3）
その他	利用者等の状況に応じて、営業時間以外でも対応可能である 携帯電話転送にて24時間連絡可能な体制をとる

7. 通常の事業の実施地域 札幌市全域

8. 利用料等

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、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場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご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、下記のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

ア 基本料金（居宅介護支援費Ⅰ）

区分	取扱い件数	要介護1・2	要介護3・4・5
i	45件未満	11,088円/月	14,406円/月
ii	45件以上60件未満	5,554円/月	7,187円/月
iii	60件以上	3,328円/月	4,308円/月

イ 加算

(1) 特定事業所加算（Ⅱ）

要介護1・2・3・4・5
4,298円/月

※ 算定要件

- ① 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること
- ② 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を3名以上配置していること

※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない。(①②)

- ③ 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を開催すること
- ④ 24時間体制を確保し、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
- ⑤ 当該指定居宅介護支援事業所における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
- ⑥ 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指定居宅介護支援を提供していること
- ⑦ 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
- ⑧ 居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと
- ⑨ 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり45名未満であること
- ⑩ 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
- ⑪ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等を実施していること
- ⑫ 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（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居宅サービス計画を作成していること

(2) 初回加算

初回に介護サービスを作成する場合

要介護 1・2・3・4・5
3,063 円/月

(3) 入院時情報提供加算

区分	状況	要介護 1・2・3・4・5
Ⅰ	入院した日のうちに病院又は診療所に情報提供した場合 *入院日以前の情報提供を含む *営業時間終了後または、営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む	2,552 円/月
Ⅱ	入院した日の翌日または翌々日に病院又は診療所に情報提供した場合 *営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日ではない場合は、その翌日を含む	2,042 円/月

(4) 退院・退所加算

医療機関・施設職員と面談し、情報提供を受けサービス計画作成しサービス調整した場合

要介護 1・2・3・4・5		
	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	4,594 円/回	6,126 円/回
連携 2 回	6,126 円/回	7,657 円/回
連携 3 回		9,189 円/回

(5) 緊急時居宅カンファレンス加算

医療機関の求めにより、職員と共に居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

要介護 1・2・3・4・5
2,042 円/回

(6) 通院時情報連携加算

- ・利用者 1 人につき、1 月に 1 回の算定を限度とする
- ・利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科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、医師又は歯科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上で、居宅サービス計画に記録した場合

要介護 1・2・3・4・5
510 円/月

ウ 減算

(1) 特定事業所集中減算

要介護 1・2・3・4・5
2,042 円の減算/月

*算定要件

正当な理由なく、前 6 か月間に作成されたケアプランに位置づけられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等それぞれについて、特定事業所割合が 80%以上である場合に減算。ただし、ケアプラン数が一定数以下である場合等一定の条件を満たす場合を除く

(2) 運営基準減算

状況	要介護 1・2・3・4・5
算定要件に該当	基本料金の 50%を算定
上記減算が 2 ヶ月以上継続	算定しない

*算定要件

居宅介護支援の業務が適切に行われない場合に減算する

- ① 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、利用者が複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求められることや、居宅サービス計画に位置づ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られることを文書により説明・交付を行っていない場合
- ② 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、前 6 月間に作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護等（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）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と、前 6 月間に作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの各事業所における提供回数のうち、同一事業所によって提供されたものの割合を文書により説明・交付を行っていない場合
- ③ 居宅サービス計画の新規作成・変更のためのアセスメントにあたり、介護支援専門員が利用者の居宅を訪問し、利用者やその家族に面接をしていない場合
- ④ 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり、介護支援専門員がサービス担当者会議を開催していない場合
- ⑤ 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容について、利用者またはその家族に説明し、利用者からの同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者と担当者に交付していない場合
- ⑥ 居宅サービス計画作成後、モニタリングにあたり、介護支援専門員が 1 月に 1 回、利用者の居宅を訪問して利用者に面接をしていない場合
居宅サービス計画作成後、モニタリングにあたり、介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が 1 月以上継続する場合

*モニタリングについて

以下の要件を満たした上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリング(オンラインモニタリング)が可能

- ① 利用者の同意を得ること。
- 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治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - ・利用者の状態が安定していること。
 - ・利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)

・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。

③ 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

(3) 業務継続計画未実施減算

* 12. 業務継続計画の策定等の基準に適合していない場合
(所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算)

(4) 高齢者虐待防止措置未実施減算

* 14. 虐待の防止についての基準に適合していない場合
(所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算)

9. 秘密保持

(1) 事業者の介護支援専門及び従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 事業者は利用者等から同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者等の個人情報はいりません。

10. 事故発生時の対応

(1) 事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

(2) 当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録をします。

(3) 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には損害賠償を速やかに行います。

(4) 事故が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

11. 苦情処理体制

(1) 相談窓口・苦情対応窓口は次のとおりです

連絡先	クラーク在宅支援相談センター 電話番号 789-6620
相談苦情担当責任者	管理者 飯田 功一

(2) クラーク在宅支援相談センター以外でも下記の窓口でも相談・苦情をお受けします

北海道国民健康保険連合会 介護保険課企画・苦情係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 電話番号 231-5175 F A X 番号 233-2178 営業時間 月～金曜日 午前8時45分～午後5時
-----------------------------	---

札幌市介護保険課	所在地 札幌市中央区北1条西2丁目 電話番号 211-2972 FAX番号 218-5117 営業時間 月～金曜日 午前8時45分～午後5時15分
----------	---

(3) 処理手順

苦情があった際には、詳しい状況を聞かせていただき、その内容や状況を分析し、検討させていただきます。施設全体での対応が必要と判断される場合には、管理職会議等を開催し検討いたします。検討結果に基づき速やかに具体的な返答をいたします。もし、返答が遅れる際にはその旨の連絡をいたします。

12. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）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。
- (2) 事業所は、従業員に対し、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行います。
- (3) 事業所は、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。

13. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次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の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (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) 従業員に対し、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行います。

14. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 飯田 功一
-------------	-----------
 - ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
 - ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。

- (2) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
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。

15. 身体拘束の適正化

- (1) 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、身体的拘束等を行いません。
(2) 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。

16. 事業所からのお願い

- (1) 職員に対し、個人の尊厳や価値を無視し精神的に傷つけることを意図した乱暴な言葉・脅かし・悪質なクレーム、身体的に危害を及ぼしたり物を投げるなどの器物破壊等の行為をされた場合、契約を終了するとともに法的手段を取らせていただく場合もあります。
(2) 職員に対し卑猥な発言、意に添わない性的な勧誘や強要、好意的態度の要求、身体接触等の性的嫌がらせがあった場合、契約を終了するとともに法的手段を取らせていただく場合もあります。
(3) 職員に対してのおもてなしやお心づけは、固くご辞退させていただきます。
(4) 当事業所は【介護支援専門員実務研修】に協力しています。実務研修生を同席させる場合がありますのでご了承ください。
(5) ペットをお飼いの場合は、居宅介護支援の実施にあたり支障がないよう、適宜ご配慮頂きますようお願い致します。
(6) 職員の訪問中の喫煙はご遠慮ください。

17. 担当職員

担当する介護支援専門員は（氏名：_____）です。

18. 担当職員の変更

変更の申し出は何時でも可能です。

19. 居宅介護支援の提供開始時に文章交付での説明が必要な項目について
別紙1を参照の事

R3.4.1 居宅介護支援重要事項説明書 別紙1 (R7.4.1～)

居宅介護支援の提供開始時に文章交付での説明が必要な項目について

- ① 前6か月間【令和6年9月1日から令和7年2月末日】に作成したケアプランの総数の中で、訪問介護等のそれぞれが位置づけられた、ケアプランが占める割合

種別	ケアプラン総数	サービス利用数	割合
訪問介護	1901件	450件	23.6%
通所介護	1901件	703件	36.9%
福祉用具貸与	1901件	1358件	71.4%
地域密着型通所介護	1901件	242件	12.7%

- ② 前6か月間【令和6年9月1日から令和7年2月末日】に作成したケアプランに位置づけられた、訪問介護等について、同一の事業者（法人）によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）

種別	1位事業所名 (法人) 割合 (%)	2位事業所名 (法人) 割合 (%)	3位事業所名 (法人) 割合 (%)
訪問介護	藤苑訪問介護事業所 (社福)伏古福祉会 15.3%	社会福祉協議 東ヘルパーセンター (社福)札幌市社会福祉 協議会 12.0%	ほっとの木 ケアセンター (有)ホットドリーム 9.3%
通所介護	次世代デイトレ センター エルパサ (有)おいらーく 30.8%	グッドタイムクラブ 伏古 (株)創生事業団 10.9%	藤苑通所介護事業所 (社福)伏古福祉会 9.3%
福祉用具貸与	北海道フォレスト (株)北海道フォレスト 17.8%	グッドタイム介護 ショップ・札幌東 (株)創生事業団 11.6%	ニック株式会社 札幌営業所 ニック(株) 11.1%
地域密着型通所介護	札幌東デイサービス センターアンジュ (株)U 22.3%	リハビリ型 デイサービス ベル (株)フックアップ 9.5%	リハビリ特化型 デイサービス Care for (株) Care for 8.6%

以上、上記内容に関して担当介護支援専門員からの説明をもって同意確認とさせていただきます。

個人情報に関する同意書

居宅介護支援業務で利用者の方々に関わらせて頂くにあたり、利用者及びその家族等の情報を外部に提供させて頂くことがあります。この個人情報は、ご本人の状況にあった支援やサービスを提供させて頂く上で必須のものであり、それ以外の目的で使用することはありません。外部とは、利用者の方々が利用されているサービス事業者やこれから利用を考えているサービス事業者、保険者である市町村、利用されている医療機関、その他関連のある機関等を指します。

また、居宅介護支援契約書 第8条（秘密保持）において述べております通り、正当な理由がないときには、秘密保持が遵守されております。

以上の主旨につきまして、ご理解の上、下記に同意頂きたくお願い申し上げます。

私は上記内容を理解した上で、契約をした指定居宅介護支援事業所クランク在宅支援相談センターが、正当な理由がある時に関係各機関へ個人情報を提供することについて同意致します。

令和 年 月 日

社会医療法人社団 三草会

理事長 石橋 輝雄 殿

【利用者】

氏 名 _____

住 所 _____

【署名代行者】（利用者との関係： _____ ）

氏 名 _____

住 所 _____

署名代行の理由 _____

【家族】（利用者との関係： _____ ）

氏 名 _____

住 所 _____