

居宅介護支援重要事項説明書

< 令和 7年 4月 1日 現在 >

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話

48-0366

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 居宅介護支援事業所サービスプラン博愛の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	指定居宅介護支援事業所サービスプラン博愛
所在地	鳥取県米子市両三柳1880
介護保険指定番号	居宅介護支援（鳥取県 第3170200285号）
サービスを提供する地域 *	米子市、境港市、日吉津村

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容
管理者	1名		サービス管理全般
主任介護支援専門員	2名		サービス計画の立案・管理等
介護支援専門員	2名		サービス計画の立案・管理等

(3) 営業時間

月～金	午前8時45分～午後5時15分
-----	-----------------

※緊急連絡電話（土・日・祝日・夜間） 48-0366(夜間および休業日転送電話にて対応)

(4) 休業日

土、日、祝日、年末年始(12/29～1/3)

3. 利用料金

(1) 介護保険法に基づいて、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、契約者の自己負担はありません。

※ 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。
このサービス提供証明書を後日米子市の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

【居宅介護支援費】

居宅介護支援費（Ⅰ）

●居宅介護支援費（ⅰ） 取扱件数が介護支援専門員1人あたり45件未満

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

●居宅介護支援費（ⅱ） 取扱件数45件以上

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

（45件以上60件未満の部分についてのみ適用）

●居宅介護支援費（ⅲ） 取扱件数60件以上

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

（60件以上の部分についてのみ適用）

※ 令和3年9月30日までの間は基本報酬に係る経過処置により、経過処置に規定される所定単位数の1001/1000に相当する単位数を算定します。

【加算】

特定事業所加算（Ⅰ）	5,190円/月
特定事業所加算（Ⅱ）	4,210円/月

初回加算	3,000円/月
------	----------

※ 算定要件

- ①新規に居宅サービス計画を作成する場合
- ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
- ③サービス利用が2ヶ月以上空いた後に居宅サービス計画を作成する場合
- ④要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

入院時情報連携加算	入院時情報連携加算（Ⅰ） 2,500円/月
	入院時情報連携加算（Ⅱ） 2,000円/月

※ 算定要件

＜入院時情報連携加算（Ⅰ）＞

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を提供していること。

※入院日以前の情報提供を含む。

※営業時間終了後又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。

＜入院時情報連携加算（Ⅱ）＞

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を提供していること。

※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 が営業日でない場合は、その翌日を含む。

退院・退所加算 (入院又は入所期間中 1回限度)	退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,500円/回
	退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,000円/回
	退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,000円/回
	退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,500円/回
	退院・退所加算（Ⅲ）	9,000円/回

※ 算定要件

利用者の退院又は退所に当たって、病院、診療所、介護保険施設等の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合

＜退院・退所加算（Ⅰ）イ＞

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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＞

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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＞

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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回受けていること。

＜退院・退所加算（Ⅱ）ロ＞

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供を2回受けており、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）＞

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報の提供を3回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

通院時情報連携加算	500円/月
-----------	--------

※ 算定要件

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うけた上で、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。

緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円／回
-----------------	----------

※ 算定要件

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合

ターミナルケアマネジメント加算	4,000円／月
-----------------	----------

※ 算定要件

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上で、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者に提供した場合

業務継続計画未実施減算(新設)	所定単位数の1.0%を減算
-----------------	---------------

※ 算定要件

以下の基準に適合していない場合。

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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(業務継続計画)を策定すること
- ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること

※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の設備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。

高齢者虐待防止措置未実施減算(新設)	所定単位数の1.0%を減算
--------------------	---------------

※ 算定要件

虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ・虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(2) ご利用者様はいつでも契約を解約することができ、解約手続き等に関して一切料金はかかりません。

※ 但し、介護保険料等未納による介護サービス利用料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月、5日を締日として前月分の利用料金を請求いたしますので、7日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

4. サービスの利用方法

(1) ご相談いただき、当事業所をご希望されましたら、契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) ① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

ご解約をしたいご希望日などがあれば、そのことを記載の上、文書等でお申し出下さればいつでも解約できま

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書等で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援と認定された場合

※ この場合、ご希望があれば引き続き担当させていただくことができます。

- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④ その他

ご利用者様やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書等で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

5. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

- (1) ご利用者様の皆様の意思を尊重し、適正な介護保険サービスをご利用いただくためのお手伝いをさせていただきます。また、地域に根ざし、開かれた居宅介護支援事業を行います。
- (2) 介護支援専門員がご相談のうえ、ご利用者様及びそのご家族様の置かれた状況等を考慮して、必要な介護保険等のサービス計画書を作成し、ご提案をさせていただきます。
- (3) ご利用者様のサービス事業者選択への支援を行うにあたっては、ご利用者様の希望、必要性に反し特定の事業者・法人への利益誘導を行うことがないよう、複数の事業所を提示しその選定また推薦に関しては公正中立に行っています。
- (4) ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、以下について、別紙を用いて利用者様に説明を行います。
 - ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合。
 - ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合。

6. 介護支援専門員の交代等

- (1) ご利用者様やご家族様に対して、サービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。
- (2) 担当の介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情、その他交代を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交代を申し出る事ができます。

7. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- ⑤ 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知徹底

虐待防止に関する担当者	管理者 船原 優子
-------------	-----------

8. 暴力・ハラスメントについて

暴力・ハラスメントは利用者・職員の安全を損なうものであると同時に、介護サービスの提供を困難にします。ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

9. 災害・感染症発生時の対応

感染症蔓延及び災害等発生時は、その規模や被害状況により通常の業務を行えない可能性があります。災害時の情報、被害状況を把握し、安全を確保したうえで、利用者の安否確認や支援、主治医や関係機関との連携、必要時の訪問を行います。

10. サービス内容に関する苦情

- ① 当事業所ご利用者様相談・苦情担当
当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情およ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ご相談・苦情を承ります。

担当：介護支援専門員 船原 優子 電話：48-0366

② その他

当事業所以外に、市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名 米子市

担当 長寿社会課 電話 (0859)23-5156

鳥取県国民健康保険団体連合会

担当 苦情・相談窓口 電話 (0857)20-2100

11. 当法人の概要

名称・法人種別 社会医療法人同愛会

代表者役職・氏名 理事長 石部 裕一

本部所在地・電話番号 〒683-0853 米子市両三柳1880
29-1100(代)

定款の目的に定めた事業

- 1、博愛病院の経営
- 2、博愛こども発達・在宅支援クリニックの経営
- 3、介護老人保健施設やわらぎの経営
- 4、指定居宅介護支援事業
- 5、指定訪問看護事業
- 6、指定介護予防訪問看護事業
- 7、指定訪問介護事業
- 8、指定介護予防訪問介護事業
- 9、指定通所リハビリテーション事業
- 10、指定介護予防通所リハビリテーション事業
- 11、指定訪問リハビリテーション事業
- 12、指定介護予防訪問リハビリテーション事業
- 13、指定短期入所療養介護事業
- 14、指定介護予防短期入所療養介護事業
- 15、指定居宅療養管理指導事業
- 16、指定介護予防居宅療養管理指導事業

居宅介護支援の提供開始にあたり、本書面を交付し、これに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名称 サービスプラン博愛

事業所住所 米子市両三柳1880

代表者氏名 管理者 船原 優子

説明者氏名

私は、本書面に基づいて、事業者から居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を受け、サービスの提供に同意しました。

(利用者) 住所

名前

印

(代理人) 住所

名前

印