

居宅介護支援
の
重 要 事 項 説 明 書

まずはじめに
あなた又はあなたの家族が利用しようと
考えている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頂きたい
内容を説明致します。わからないこと、
わかりにくいことがあれば、遠慮なく質
問して下さい。
わかりやすくご説明致します…。

事業所（サービス提供者）

ファクトケアプランセンター
（株式会社 日本ファクト）

重 要 事 項 説 明 書

あなた又はあなたの家庭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、「和泉市指定居宅介護支援事業者の指定に関する基準並びに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を定める条例」(平成 30 年和泉市条例第 16 号)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概要

事 業 者 名 称	株式会社 日本ファクト
代 表 者 氏 名	代表取締役 松 本 忠 男
本 社 所 在 地	大阪府和泉市伯太町二丁目 1 番 13 号
電 話 ・ F A X	TEL : (0725) 46 - 5910 FAX : (0725) 46 - 5040
法人設立年月日	平成 2 年 1 月 31 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

(1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	ファクトケアプランセンター
指定事業者番号	大阪府指定 第 2770500573 号
所 在 地	大阪府和泉市伯太町二丁目 1 番 13 号
連 絡 先	TEL : (0725) 46 - 5910 FAX : (0725) 46 - 5040
事 業 実 施 地 域	和泉市、泉大津市、岸和田市、高石市、堺市、泉北郡忠岡町

(2) 事業の目的及び運営方針

< 事業目的 >

居宅介護支援事業の円滑な運営管理を図り、事業所の介護支援専門員が要介護者等からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況や環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの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絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。

< 運営の方針 >

事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、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日常生活を営むことができるように配慮したものとする。
利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自ら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が、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。
利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行なう。
事業所を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

(3) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日（ただし、祝日及び 8/13～8/15、12/29～1/3 は除く）
営 業 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分

営業日及び営業時間外は、下記の携帯電話連絡先で24時間対応いたします。（なお、運転中や諸事情等により対応出来ないときには折り返しとなります。）尚、携帯電話は、当番制での対応となるため担当ケアマネジャーへの連絡が必要な場合は改め連絡させていただくことになります。
携帯電話番号：090-8348-7054

(4) 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 従業者の管理及び申し込みに係る調整、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、法令等の規定を厳守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1 名 （介護支援専門員と兼務）
介護支援専門員	・居宅介護支援業務を行います。 ・介護給付等の請求業務及び通信事務等を行います。	常勤 3 名

(5) 居宅介護支援の内容、利用料及びその他の費用について

居宅介護支援の内容	提供方法	介護保険適応有無	利用料（月額）	利用者負担額（介護保険適応の場合）
居宅サービス計画の作成	別紙に掲げる「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～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ります。	下表のとおり	介護保険適応となる場合には、利用料を支払う必要がありません。（全額介護保険により負担されます。）
居宅サービス事業者との連絡調整				
サービス実施状況把握、評価				
利用者状況の把握				
給付管理				
要介護認定申請に対する協力、援助				
相談業務				

居宅介護支援費（ ）

	要介護度区分 取扱い件数区分	要介護 1 ・ 2	要介護 3 ～ 5
	介護支援専門員 1 人に当りの利用者の数が 45 人未満の場合	居宅介護支援費 （ 1086 単位 ） 11,316 円	居宅介護支援費 （ 1411 単位 ） 14,702 円
	” 45 人以上の場合において、45 以上 60 未満の部分	居宅介護支援費 （ 544 単位 ） 5,668 円	居宅介護支援費 （ 704 単位 ） 7,335 円
	” 45 人以上の場合において、60 人以上の部分	居宅介護支援費 （ 326 単位 ） 3,396 円	居宅介護支援費 （ 422 単位 ） 4,397 円

当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の 50 / 100 となります。また、2 ヶ月以上継続して該当する場合には、算定いたしません。

特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より 2,084 円を減額することとなります。

指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者。

指定居宅介護支援事業所における 1 月当たりの利用者が同一建物に 20 人以上居住する建物（ を除く）に居住する利用者。

に該当する利用者は、所定単位数の 95%を算定します。

高齢者虐待防止措置未 実施減算 虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合、基本報酬を減算します。

居宅介護支援費（ ）45 人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、45 人以上になった場合に居宅介護支援費（ - ）又は（ - ）を算定します。

	加 算	加算額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	初 回 加 算 （単位数 300）	3,126 円/回	一月につき
	入院時情報連携加算（ ） （単位数 250）	2,605 円/月	利用者が病院又は診療所に入院した場合、入院当日に、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（一月につき）
	入院時情報連携加算（ ） （単位数 200）	2,084 円/月	利用者が病院又は診療所に入院した翌日又は翌々日に、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（一月につき）
	退院・退所加算（ ）イ （単位数 450）	4,689 円/回	病院職員等から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 回受けた場合（入院又は入所期間中 1 回を限度）
	退院・退所加算（ ）ロ （単位数 600）	6,252 円/回	病院職員等から必要な情報提供をカンファレンスにより 1 回受けた場合（入院又は入所期間中 1 回を限度）
	退院・退所加算（ ）イ （単位数 600）	6,252 円/回	病院職員等から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 回以上受けた場合（入院又は入所期間中 1 回を限度）
	退院・退所加算（ ）ロ （単位数 750）	7,815 円/回	病院職員等から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 回受けた（内 1 回はカンファレンスによる）場合（入院又は入所期間中 1 回を限度）
	退院・退所加算（ ） （単位数 900）	9,378 円/回	病院職員等から必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により 3 回以上受けた（内 1 回はカンファレンスによる）場合（入院又は入所期間中 1 回を限度）
	通院時情報連携加算 （単位数 50）	521 円/回	利用者に 1 人につき一月に 1 回が限度
	緊急時等 居宅カンファレンス加算 （単位数 200）	2,084 円/回	一月につき 2 回を限度
	ターミナル ケアマネジメント加算 （単位数 400）	4,168 円/月	一月につき
	特定事業所	1,302 円	一月につき

	医療介護連携加算 （単位数 125）		一月につき
	特 定 事 業 所 加 算（ ） （単位数 519）	5,407 円	
	特 定 事 業 所 加 算（ ） （単位数 421）	4,386 円	
	特 定 事 業 所 加 算（ ） （単位数 323）	3,365 円	
	特 定 事 業 所 加 算（A） （単位数 114）	1,187 円	

初回加算は、新規に居宅サービス計画を作成した場合や要支援者が介護認定を受けた場合、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した場合に算定します。

入院時情報連携加算（ ）は、入院日以前の情報提供を含みます。また、営業時間終了又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含みます。

入院時情報連携加算（ ）は、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、その翌日を含みます。

特定事業所事業所医療介護連携加算は、前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において退院、退所加算加算の算定に係る病院等との連携が 35 回以上であり、同期間の間においてターミナルケアマネジメント加算を 15 回以上算定している場合で、特定事業所加算（ ）（ ）又は（ ）を算定している場合に算定します。

入院時情報提供連携加算は、利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に算定します。

退院、退所加算は、病院・介護保険施設等に入院・入所していた利用者が退院又は退所し、居宅において居宅サービスを利用する場合に、当事業所の介護支援専門員が当該病院職員等と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画の作成及びサービス調整を行った場合に算定します。情報提供の回数、方法により算定区分がこととなります。

通院時情報連携加算は、利用者が病院・診療所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、医師又は歯科医師等へに対して必要な情報提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に、算定します。

緊急時等居宅カンファレンス加算は、病院又は診療所の求めにより医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要なサービス調整を行った場合に算定します。

ターミナルケアマネジメント加算は、在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケア方針に関して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の前 14 日以内に 2 日以上、利用者又はその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス事業者に提供した場合に算定します。

特定事業所加算は、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価する視点から、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、地域全体のケアマネジメントの質の向上を目指した対応を行っている事業者認められる加算です。

地域区分の単価（6 級地 10.42 円）を含んでいます。

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、運営規定の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。
- なお、自動車を使用した場合は下記の金額を請求いたします。

事業所から片道おおむね 3km 未満	2,400 円
事業所から片道おおむね 3km 以上	3,600 円

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、利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも 1 月に 1 回は居宅に訪問いたします。
ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼及び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. 居宅介護支援の提供にあたって
- (1) 利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選択理由について説明を求めることができます。
 - (2) 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。
 - (3) 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。
 - (4) 利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等と情報共有や連携を図ることによって退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院等へ伝えて下さい。
 - (5) 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

6. 虐待防止について
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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- | | |
|-------------|------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者： |
|-------------|------|
- (2) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 カ月に 1 回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (6) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の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。

7. 身体拘束について
事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。
また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

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
事業者は、利用者又は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り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。
従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又は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旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

- (2) 個人情報の保護について
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において、利用者の個人的情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者およ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、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
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。

市町村： _____ 担当部・課名： _____

TEL： _____

家族等連絡先：氏名 _____ （続柄： _____）

住所： _____

TEL：（自宅） _____ （携帯） _____

- 尚、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：損保ジャパン日本興亜株式会社
保 険 名：総合賠償責任保険
補償の概要：業務遂行に起因する事故、受託物の損壊等、人格権侵害等

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所は、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、

サービス提供の日から 5 年間保存します。

12. 衛生管理等

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。

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をおおむね 6 月に 1 回以上開催（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

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ています。

事業所における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実施します。

13. 業務継続計画の策定等について

- （1）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、及び非常時の体制で早期の事業再開を図るための計画（事業継続計画）を策定し、当該継続計画に従って必要な措置を講じます。
- （2）従業者に対し、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実施します。
- （3）定期的に事業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。

14. サービス利用にあたっての禁止事項について

- ご利用者様、ご家族様、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。
- （1）従業者に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
 - （2）パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
 - （3）サービス利用中に、従業者の写真や動画撮影、録音などを無断でおこなうことやそれらを SNS などに掲載をすること。
 - （4）正当な理由なく、介護支援専門員の訪問を拒否される場合。

15. 指定居宅介護支援内容の見積もりについて

- （1）担当介護支援専門員

氏名 _____（連絡先：0725 - 46 - 5910）

- （2）提供予定の指定居宅介護支援の内容と料金

介護保険 適応の有無	利用料（月額）	利用者負担（月額）	交通費の有無
○	円	0 円	（有・無）サービス提供 1 回当り...（円）

この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 ヶ月以内とします。

16. サービス内容に関する相談・苦情について

- （1）苦情処理の体制及び手順

- ア 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けるための窓口を設置します。（下表に記す【お客様相談・苦情窓口】のとおり）
- イ 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通りとします。
 - ・苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ状況の聞き取りのための訪問を実施し事情の確認を行います。
 - ・事業所に関する苦情は利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。
 - ・相談担当者は、把握した状況を管理者に報告を行い今後の対応を検討します。

- ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに利用者対応方法を含めた結果報告を行います。

（2）苦情申立の窓口

当社お客様相談・苦情担当窓口

お客様サービス課 住 所：大阪府和泉市伯太町二丁目 1 番 13 号

電 話：0 7 2 5 - 4 6 - 5 9 1 0

F A X：0 7 2 5 - 4 6 - 5 0 4 0

受付時間：午前 9 時～午後 5 時

（土・日・祝及び 8/13～8/15・12/29～1/3 を除く）

市区町村の窓口

市区町村名：和泉市

担当部署：高齢介護室

住 所：大阪府和泉市府中町二丁目 7 番 5 号

電 話：0 7 2 5 - 4 1 - 1 5 5 1（代表）

F A X：0 7 2 5 - 4 0 - 3 4 4 1

受付時間：午前 9 時～午後 5 時 15 分

（土・日・祝及び年末年始を除く）

公的団体の窓口

大阪府国民健康保険団体連合会（介護保険室 介護保険課）

住 所：大阪府大阪市中央区常盤町 1 丁目 3 番 8 号

中央大通 FN ビル内

電 話：0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 8

F A X：0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 7

受付時間：午前 9 時～午後 5 時 30 分

（土・日・祝及び年末年始除く）

17. 重要項説明の年月日

令和 年 月 日

上記内容について、「和泉市指定居宅介護支援事業者の指定に関する基準並びに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を定める条例」(平成 30 年和泉市条例第 16 号)の規定に基づき利用者に説明を行いました。

また、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、当該サービス事業所をケアプランに位置づけた選定理由を求めることが可能であること、当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況について説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府和泉市伯太町二丁目 1 番 13 号		
	法人名	株式会社 日本ファクト		
	代表者名	代表取締役	松 本 忠 男	㊞
	事業所名	ファクトケアプランセンター		
	説明者			㊞

私は、上記内容の説明を事業者から確かに受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者	住 所			
	氏 名			㊞
	電 話 番 号			

代理人	住 所			
	氏 名			㊞
	本人との関係		署名を代行した理由	
	電 話 番 号			