

「みなかみ社協ケアプランセンター」重要事項説明書

社会福祉法人 みなかみ町社会福祉協議会
みなかみ社協ケアプランセンター
令和8年6月1日現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。
居宅介護支援（群馬県指定 第 1072700667 号）

当事業所はご契約者に対して居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を申請中の方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 みなかみ町社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 群馬県利根郡みなかみ町月夜野 1 1 8 番地
- (3) 電話番号 0278-62-0081
- (4) 代表者氏名 会長 林 耕 平
- (5) 設立年月 平成17年10月3日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の概要

- ① 種類 指定居宅介護支援事業所
- ② 名称 みなかみ社協ケアプランセンター
- ③ 目的 当居宅介護支援事業所の行う指定居宅介護支援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、当事業所の介護支援専門員が要介護状態にある高齢者等に対し、適正な指定居宅介護支援を提供します。
- ④ 所在地 群馬県利根郡みなかみ町新巻 301 番地 1
- ⑤ 電話番号 0278(64)2366
- ⑥ FAX 番号 0278(64)2318
- ⑦ 管理者 林 佐由里
- ⑧ 運営方針 当事業所の介護支援専門員は、要介護状態になった場合で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配慮します。また、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、複数事業所の紹介や説明をしたうえで利用者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所から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮するとともに、関係各市町村、地域包括支援センター・他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。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ます。介護情報基盤を通じて利用者の医療・介護に関する情報を取得・活用し、より質の高い居宅サービス計画の作成に努めます。

- ⑨ 開設年月日 平成17年10月3日
 ⑩ 営業日 月曜日～金曜日（12月29日～1月3日を除く）
 ⑪ 営業時間 午前8時30分～午後5時30分
 ⑫ 通常の事業の実施地域 みなかみ町全域

3. 職員の配置状況

<職員の配置状況>

従事者の種類	人数	区 分		常勤換算後の人数	保有資格
		専従	兼務		
管 理 者	1		1	0.1	主任介護支援専門員
主任介護支援専門員	2	1	1	1.9	主任介護支援専門員
介護支援専門員	4	4		4.0	介護支援専門員

<職員の勤務体制>

従事者の種類	勤 務 体 制	休暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
主任介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
その他の職員		

4. サービスの概要と費用

（1）サービスの概要

種 類	内 容	提 供 方 法
申 請 代 行	訪問・来所・電話	申請書類の作成及び提出
サービス計画の作成	利用者宅訪問	利用者及び家族の希望等に基づき計画を立案する
情 報 提 供	訪問・来所・電話	介護保険サービス内容・利用方法及びその他必要な情報の提供
連 絡 調 整	訪問・来所・電話	各関係機関とのサービスについての連絡調整等

（2）サービス費用

要介護または要支援認定を受けられた方に対するサービスの費用は、介護保険から全額給付されるので、自己負担はありません。ただし、下記にご留意ください。

（介護保険料の滞納等がある場合）

保険料の滞納等により保険給付金が当事業所に支払われない場合があります。その場合はいったん1ヶ月につき決められた金額（下記参照）をお支払いいただきます。

なお、この場合、当事業所から「サービス提供証明書」を発行しますので、市町村担当窓口へ提出していただきますと全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費 10,860円/月 要介護1・2の方
 14,110円/月 要介護3～5の方

初回加算	3, 000円/月 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 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 ④ 過去2ヵ月以上に渡って居宅支援サービスの提供がされておらず、居宅介護支援費が算定されていない利用者に対して、居宅サービス計画の作成を行った場合
入院時情報連携加算Ⅰ	2, 500円/月 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利用者に関する必要な情報を提供した場合（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算Ⅱ	2, 000円/月 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利用者に関する必要な情報を提供した場合（提供方法は問わない）
退院・退所加算	4, 500円（Ⅰ）イ（カンファレンス参加無し：連携1回） 6, 000円（Ⅰ）ロ（カンファレンス参加有り：連携1回） 6, 000円（Ⅱ）イ（カンファレンス参加無し：連携2回） 7, 500円（Ⅱ）ロ（カンファレンス参加有り：連携2回） 9, 000円（Ⅲ）（カンファレンス参加有り：連携3回） ※（Ⅲ）うち1回以上担当医等との会議に参加 退院又は退所にあたって、病院等の職員と面談を行い、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（同一利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限り） （入院又は入所期間中につき1回を限度とする） ※初回加算を算定する場合、退院・退所加算は算定できない
緊急時等居宅カンファレンス加算	2, 000円/回 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の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、必要に応じて居宅サービス又は地域密着型サービスの利用調整を行った場合 （月2回を限度）
ターミナルケアマネジメント加算	4, 000円/月 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同意を把握した上で、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を提供した場合
通院時情報連携加算	500円/月 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（1人につき1月1回）
特別地域居宅介護支援加算	所定単位数の15%

特定事業所加算（Ⅱ） 4, 210円／月
厚生労働大臣が定める基準に適合し、指定権者へ届出
済の事業所として加算

特定事業所医療介護連携加算
1, 250円／月
特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、
かつ、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・退所加算の算定に係る医療機関との連携を
年間35回以上行くと共に、前々年度の3月から前年
度の2月までの間において、ターミナルケアマネジメ
ント加算を年間15回以上算定している場合

介護職員等処遇改善加算 所定単位数の2. 1%

5. 居宅介護支援の提供方法

利用者から相談を受ける場所は、利用者の居宅もしくは利用者の指定する場所又は事業所内の相談室等とします。

使用する課題分析票の種類は、居宅サービス計画ガイドライン（全社協方式）を基本とします。

サービス担当者会議の開催場所は、可能な限り利用者の居宅とし、その他状況に応じて、院内もしくは施設内又はICT(テレビ電話装置)活用等適切な場所及び方法での開催とします。

当該事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）にあたり少なくとも1月に1回利用者の居宅に訪問し、本人との面接の上、実施状況等を記録に残すものとします。また質の高い公正中立なケアマネジメントとして、以下の要件のもと他のサービス事業者との連携によるモニタリングが可能となります。

- ① 文書により利用者の同意を得ること。
- ② サービス担当者会議において以下の条件に、主治医・担当者・その他の関係者の合意を得ていること。（i 利用者の状態が安定していること／ii 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／iii テレビ電話装置等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回は利用者の居宅を訪問すること。

6. 居宅介護支援に係る事業所の義務について

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者及びその家族の同意を得て主治医の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。

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している場合その他必要な場合には、利用者及びその家族の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者及びその家族は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めること、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。

指定居宅介護支援事業者は、ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から、前「6ヶ月間」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や、同一事業所によって提供されたものの割合について利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することとします。（努力義務）

7. 秘密の保持と個人情報の使用に関する事項

(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 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べき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の使用について

- ① 利用者又はその家族の個人情報を、利用者のための居宅サービス計画を作成（変更）する際に実施されるサービス担当者会議の際また関係する事業者、主治医との連絡調整等において必要な場合に、心身の状況等を含む情報を連携するサービス担当者間で共有し、利用者が円滑にサービスを利用できることを目的として使用します。
- ② 原則として、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、医療機関など関連のある担当者間で本契約の期間内で使用します。
- ③ 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

8. 事故発生時の対応について

事業所は、サービスの提供に際して事故が発生した場合は、市町村・利用者の家族等に連絡を行うと共に、その他必要な措置を講じます。

9. 虐待の防止について

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ます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待に関する担当者	職 管理者	氏名	林 佐由里
-----------	-------	----	-------

(2) 苦情解決体制を整備しています。

- ・第三者委員会の設置（3名）

(3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(4) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(5) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(6) 当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

10. 身体拘束の禁止について

身体拘束は利用者の生活の自由を制限することであり、事業者及び介護支援専門員は利用者の尊厳と主体性を尊重するとともに、利用者の身体的・精神的弊害を理解し、利用者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、身体拘束禁止のための措置を講じます。

- (1) 身体拘束禁止及び改善に関する研修を実施しています。
- (2) 緊急やむを得ない場合の対応。
 - ① 身体拘束選択における「例外3要件」
 - i 切迫性 利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
 - ii 非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
 - iii 一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。
 - ② 利用者及びその家族への説明を行います。
 - ③ 記録と再検討による禁止の取組を行います。

11. 衛生管理等について

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定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (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ています。
- (3) 従業者に対し、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実施します。

12. 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）を策定し、当該業務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. ハラスメント対策について

- (1) 事業所は定期的な研修等の実施により職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者及び家族が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなど、次の行為を禁止します。
 - ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為 等）
 - ② 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為 等）
 - ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為 等）

これらの行為が認められた場合には複数名での対応やサービス提供方法の見直し等について相談させていただくことがあります。なお、サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては誠意をもって対応いたします。

14. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者（主任介護支援専門員） 林 佐由里
主任介護支援専門員 山本 智子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日
午前8時30分～午後5時30分

○電話番号 0278-64-2366

(2) 行政機関その他苦情受付機関

みなかみ町役場 町民福祉課 高齢介護係	所在地 利根郡みなかみ町後閑318 電話番号 0278-62-2111（代表） 0278-25-5012（直通） 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
群馬県国民健康 保険団体連合会 介護保険課苦情 処理相談係	所在地 前橋市元総社町335-8 電話番号 027-290-1323 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
社会福祉法人 みなかみ町 社会福祉協議会	（本所） 所在地 利根郡みなかみ町月夜野118 電話番号 0278-62-0081 （水上支所） 所在地 利根郡みなかみ町阿能川1059-1 電話番号 0278-72-4524 （新治支所） 所在地 利根郡みなかみ町新巻301-1 電話番号 0278-64-2366 受付時間 午前8時30分～午後5時30分
沼田市役所 介護高齢課 介護保険係 （沼田市内に住 所を有する方）	（〒372沼田） 所在地 沼田市下之町888 電話番号 0278-23-2111

15. 事業所の24時間連絡体制について

緊急時等の連絡は下記の番号で24時間受け付けます。

《みなかみ社協ケアプランセンター》

林 佐由里 ・080-7783-8637 山本智子 ・080-7783-8641
村山弘枝 ・080-7783-8635 中島範子 ・080-7783-8642
田村奈緒子・080-7783-8634 塩原 民 ・080-7783-8640

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、同意を得て交付しました。

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付と説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始及び個人情報について最小限の範囲内で使用することに同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者本人が自署困難なため、私が署名を代行しました。

代筆者 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付と説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始及び個人情報について最小限の範囲内で使用することに同意しました。

代理人（家族等）

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____ 印