

# 居宅介護支援重要事項説明書

## 1. 事業者

|         |              |
|---------|--------------|
| 事業者の名称  | ケアプランサービスあかね |
| 法人 所在地  | あかね株式会社      |
| 法 人 種 別 | 営利法人         |
| 代表者 氏名  | 代表取締役 寺上義隆   |
| 電 話 番 号 | 092-404-7880 |

## 2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携及び連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

（重要事項をウェブサイトに掲載していく）

## 3. 概要

### (1)居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

|          |                                            |
|----------|--------------------------------------------|
| 事業所名     | ケアプランサービスあかね                               |
| 所在地      | 福岡県大野城市東大利 1-13-27-2                       |
| 介護保険指定番号 | 4073200927                                 |
| サービス提供地域 | 大野城市、春日市、太宰府市、筑紫野市、那珂川市、福岡市南区、福岡市博多区、福岡市東区 |

### (2)当法人のあわせて実施する事業

| 種 類    | 事 業 者 名       | 事 業 者 指 定 番 号 |
|--------|---------------|---------------|
| 訪問看護   | 訪問看護ステーションあかね |               |
| 計画相談支援 | 相談支援センターあかね   |               |
|        |               |               |
|        |               |               |
|        |               |               |

### (3)職員体制

| 従 業 員 の 職 種 | 業 務 内 容           | 人 数  |
|-------------|-------------------|------|
| 管理者         | 事業所の運営及び業務全般の管理   | 1人以上 |
| 主任介護支援専門員   | 居宅介護支援サービス等に係わる業務 | 1人以上 |
| 介護支援専門員     | 居宅介護支援サービス等に係わる業務 | 2人以上 |

### (4)勤務体制

|                |                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------|
| 平 日<br>(月)～(金) | 午前9時00分～午後5時30分<br>(土・日・祝祭日及びお盆(8月13-15日)・年末年始(12月29-1月3日)を除く) |
| 緊急連絡先          | 担当介護支援専門員携帯(緊急連絡先:事務所電話転送で対応)                                  |

### (5)居宅介護支援サービスの実施概要

| 事 項         | 備 考                                                                                       |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 課題分析の方法     | 全社協・在宅版(ケアプラン作成方法検討委員会作成)アセスメントシートを使用し、厚生省の標準課題項目に準じて最低月1回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行う |
| 研 修 の 参 加   | 現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加                                                                 |
| 担 当 者 の 変 更 | 担当の介護支援専門員の変更を希望する方は他の指定居宅介護支援事業者を紹介(地域の事業所の一覧表を提示)                                       |

## 4. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

### (1)当事業所相談窓口

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 相談窓口  | ケアプランサービスあかね      |
| 担 当 者 | 三石 京子             |
| 電話番号  | 092-404-7880      |
| 対応時間  | 平日) 午前9時から午後5時30分 |

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者及びサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果及び具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) 苦情申立機関が下記のとおり設置されております。

外部苦情相談窓口

|                                 |         |                  |
|---------------------------------|---------|------------------|
| 大野城市役所介護支援課<br>介護サービス担当         | 電話 番号   | 092-580-1860     |
|                                 | ファックス番号 | 092-573-8083     |
| 福岡県国民健康保険団体<br>連合会（介護サービス相談窓口）  | 電話 番号   | 092-642-7859     |
|                                 | ファックス番号 | 092-642-7856     |
| 春日市役所 高齢課（高齢<br>者支援担当）          | 電話 番号   | 092-584-1111（代表） |
|                                 | ファックス番号 | 092-584-3090     |
| 那珂川市高齢者支援課（高<br>齢者担当）           | 電話 番号   | 092-953-2211     |
|                                 | ファックス番号 | 092-953-2312     |
| 大宰府市役所介護保険課<br>介護保険係            | 電話 番号   | 092-921-2121     |
|                                 | ファックス番号 | 092-921-1601     |
| 筑紫野市役所健康福祉部<br>高齢者支援課           | 電話 番号   | 092-923-1111     |
|                                 | ファックス番号 | 092-920-1786     |
| 福岡市南区保健福祉セン<br>ター・介護保険課         | 電話 番号   | 092-559-1525     |
|                                 | ファックス番号 | 092-512-8811     |
| 福岡市博多区保健福祉セ<br>ンター・介護保険課        | 電話 番号   | 092-419-1082     |
|                                 | ファックス番号 | 092-441-1455     |
| 福岡市東区保健福祉セン<br>ター・介護保険課         | 電話 番号   | 092-645-1071     |
|                                 | ファックス番号 | 092-631-2191     |
| 福岡県運営適正化委員会<br>（福岡県社会福祉協議<br>会） | 電話 番号   | 092-915-3511     |
|                                 | ファックス番号 | 092-584-3790     |

## 5. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関らず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合は、下記のとおりの対応を致します。

### ①事故発生時の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、速やかに市町村（保険者）に報告します。

### ②処理経過及び再発防止策の報告

①の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険者）に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

## 6. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

## 7. 主治の医師及び医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師及び関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

①利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名及び担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。

②また入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名及び担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

## 8. 他機関との各種会議等

①利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「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」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を行います（必要に応じて）。

②利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施します（必要に応じて）。

## 9. 秘密の保持

- ①事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及び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。  
この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ②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。
- ③事業者は、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において、当該家族の個人情報を用いません。

## 10. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- ①利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。
  - ・指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
  - ・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
  - ・居宅介護支援の提供開始に際し、あらかじめ利用者またはその家族に対し、前六か月間に当事業所で作成された居宅サービス計画の総数の内、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づけられた居宅サービス計画の数が占める割合等（上位3事業所）について説明を行い、理解を得るよう努めます
  - ・居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。
- ②末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

## 1 1. 業務継続計画の策定

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事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、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の実施するよう努めます。

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。

## 1 2. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

①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（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月に1回以上開催します。

その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。

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介護支援専門員に対し、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の実施します。

## 1 3. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

①事業所における虐待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事ができるものとします）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。

②事業所における虐待防止のための指針を整備します。

③ 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的の実施します。

④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

## 1 4 ハラスメント事項

### ◎ サービス利用に関する留意事項

＜利用者及び利用者の家族等の禁止行為＞

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）

例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く

② 職員に対する精神的暴力（個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）

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する

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）

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

## ◎ サービス契約の終了

（利用者からの中途解約）

- ・利用者は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の7日前までに事業所に通知するものとします。
- ・利用者は事業所が作成した居宅サービス計画に同意できない場合は本契約を即時に解約することができます。

（事業所からの契約解除）

事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができる。

- ・居宅介護支援サービスの実施に際し、利用者がその心身の状況に及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

## 15 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、その完結の日から2年間保存します。

※利用申し込み者またはその家族からの申し出があった場合には、承諾を得たのち、当該文書に記すべき重要事項を電磁的方法（電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法）により提供することができます。それにより交付したこととみなされます。

＜以下、記録整備の内容＞

- ・第十三条第二号の三の規定による身体的拘束等の態様及び時間、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の記録
- ・市町村への通知に係る記録
- ・苦情の内容の記録
- ・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

## 16 身体拘束について

指定居宅介護支援の提供にあたっては当該利用者また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うことがないようにします

（二の三）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ていきます

## 17 その他事項

- ・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時、その他必要と認めるときは利用者の服薬状況、口腔機能、その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報の内、必要と認める情報を利用者の同意を得て主治の医師等または薬剤師に提供します

- ・サービス実施状況の把握（モニタリング）について、一部方法の追加があります。

- ①少なくとも月 1 回は居宅にて利用者への面談をすること

- ②少なくとも 2 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面談する時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談を行うこと

- ※②については、利用者等に文書により同意を得ること、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の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていることとする

- ・心身が安定していること

- ・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、

- ・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を担当者から提供

地域包括支援センターからの委託を受けての支援の場合、現行利用者数の件数は 2 分の 1 の件数として件数を数えるが、件数 3 分の 1 を乗じての件数に加えることとする（令和 6 月 4 月から）。

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。

この証として本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名・押印の上、各自 1 通を保有するものとします。

但し、利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、

- ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応も可能とします。

- イ その場合に利用者等の署名・押印について、求めないことを可能とします。



令和     年     月     日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名     ケアプランサービスあかね  
所 在 地     福岡県大野城市東大利 1-13-27-2  
管 理 者     三石     京子

説 明 者     三石     京子

令和     年     月     日

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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     福岡県 \_\_\_\_\_

氏     名     \_\_\_\_\_

代     理     人

住     所     福岡県 \_\_\_\_\_

氏     名     \_\_\_\_\_

( 続     柄     )

別紙 1

## 利用料金及び居宅介護支援費

### 居宅介護支援費Ⅰ

|           |                                                           |           |          |
|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------|----------|
| 居宅介護支援（ⅰ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 45 未満である場合又は 45 以上である場合において、45 未満の部分 | 要介護 1・2   | 1,086 単位 |
|           |                                                           | 要介護 3・4・5 | 1,411 単位 |
| 居宅介護支援（ⅱ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 45 以上である場合において、45 以上 60 未満の部分        | 要介護 1・2   | 544 単位   |
|           |                                                           | 要介護 3・4・5 | 704 単位   |
| 居宅介護支援（ⅲ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 45 以上である場合において、60 以上の部分              | 要介護 1・2   | 326 単位   |
|           |                                                           | 要介護 3・4・5 | 422 単位   |

### 居宅介護支援費Ⅱ

|           |                                                           |           |          |
|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------|----------|
| 居宅介護支援（ⅰ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 50 未満である場合又は 50 以上である場合において、50 未満の部分 | 要介護 1・2   | 1,086 単位 |
|           |                                                           | 要介護 3・4・5 | 1,411 単位 |
| 居宅介護支援（ⅱ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 50 以上である場合において、50 以上 60 未満の部分        | 要介護 1・2   | 527 単位   |
|           |                                                           | 要介護 3・4・5 | 683 単位   |
| 居宅介護支援（ⅲ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 50 以上である場合において、60 以上の部分              | 要介護 1・2   | 316 単位   |
|           |                                                           | 要介護 3・4・5 | 410 単位   |

### 利用料金及び居宅介護支援費[減算]

|           |                                                                            |                 |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 特定事業所集中減算 | <p>正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中等</p> <p>（指定訪問介護・指定通所介護・指定地域密着型通所介護・指定福祉用具貸与）</p> | 1 月につき 200 単位減算 |
| 運営基準減算    | <p>適正な居宅介護支援が提供できていない場合</p> <p>運営基準減算が 2 月以上継続している場合算定できない</p>             | 基本単位数の 50%に減算   |

特定事業所加算

| 算定要件 |                                                                              | 加算<br>(Ⅰ)<br>(519 単位) | 加算<br>(Ⅱ)<br>(421 単位) | 加算<br>(Ⅲ)<br>(323 単位) | 加算<br>(A)<br>(114 単位) |
|------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ①    | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置していること                                              |                       | ○                     | ○                     | ○                     |
| ②    | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員 2 名以上配置していること                                               | ○                     |                       |                       |                       |
| ③    | 常勤かつ専従の介護支援専門員を 3 名以上配置していること                                                | ○                     | ○                     |                       |                       |
| ④    | 常勤かつ専従の介護支援専門員を 2 名以上配置していること                                                |                       |                       | ○                     |                       |
| ⑤    | 常勤かつ専従の介護支援専門員を 1 名以上、専従の介護支援専門員を常勤換算で 1 名以上配置していること（非常勤は他事業所との兼務可）          |                       |                       |                       | ○                     |
| ⑤    | 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事項等を目的とした会議を定期的に開催すること                       | ○                     | ○                     | ○                     | ○                     |
| ⑥    | 24 時間連絡体制を確保し、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                               | ○                     | ○                     | ○                     | ○<br>(連携でも可)          |
| ⑦    | 算定日が属する月の利用者総数のうち要介護 3～要介護 5 である者が 4 割以上であること                                | ○                     | ×                     | ×                     | ×                     |
| ⑧    | 介護支援専門員に対し計画的に研修（ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等他制度に関する事例検討会、研修等）に参加していること）を実施していること | ○                     | ○                     | ○                     | ○<br>(連携でも可)          |
| ⑨    | 地域包括支援センターから支援から支援困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること                          | ○                     | ○                     | ○                     | ○                     |
| ⑩    | 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること                                              | ○                     | ○                     | ○                     | ○                     |
| ⑪    | 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと                                                | ○                     | ○                     | ○                     | ○                     |
| ⑫    | 介護支援専門員 1 人あたりの利用者の平均件数が 40 名未満（居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は 45 名未満であること）            | ○                     | ○                     | ○                     | ○                     |
| ⑬    | 介護支援専門員実務研修における科目等に協力または協力体制を確保していること                                        | ○                     | ○                     | ○                     | ○<br>(連携でも可)          |
| ⑭    | 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等実施していること                                   | ○                     | ○                     | ○                     | ○<br>(連携でも可)          |
| ⑮    | 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     | ○                     | ○                     | ○                     | ○                     |

特定事業所医療介護連携加算 125 単位

| 算定要件 |                                                                 |
|------|-----------------------------------------------------------------|
| ①    | 前々年度の3月から前年度の2月迄の間、退院退所加算の算定における病院及び介護保険施設との連携の回数の合計が35回以上であること |
| ②    | 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5回以上算定していること             |
| ③    | 特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定していること                                  |

加算について

|                     |                                                                                              |        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 初 回 加 算             | 新規として取り扱われる計画を作成した場合                                                                         | 300 単位 |
| 入院時情報連携加算（Ⅰ）        | 病院又は診療所に入院当日（もしくは休日を挟む場合は翌日）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                                  | 200 単位 |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ）        | 病院又は診療所に入院から3日以内に、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                                              | 100 単位 |
| イ）退院・退所加算（Ⅰ）イ       | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること                                   | 450 単位 |
| ロ）退院・退所加算（Ⅰ）ロ       | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けていること                                        | 600 単位 |
| ハ）退院・退所加算（Ⅱ）イ       | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回受けていること                                   | 600 単位 |
| 二）退院・退所加算（Ⅱ）ロ       | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによること                                  | 750 単位 |
| ホ）退院・退所加算（Ⅲ）        | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回はカンファレンスによること                                | 900 単位 |
| 通院時情報連携加算           | 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合 | 50 単位  |
| ターミナル<br>ケアマネジメント加算 | 在宅で死亡した利用者に対して死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者に提供した場合算定          | 400 単位 |
| 緊急時等<br>居宅カンファレンス加算 | 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、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合                   | 200 単位 |

|      |
|------|
| 別紙 2 |
|------|

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含む）、福祉用具貸与の利用状況は以下のとおりです。

- ① 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

|        |     |
|--------|-----|
| 訪問介護   | 27% |
| 通所介護   | 72% |
| 福祉用具貸与 | 57% |
|        |     |

- ② 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毎、同一事業者によって提供されたものの割合

|                   |                     |                     |                    |
|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| 訪問介護              | 訪問介護事業所逢いあい 42.2%   | ホームヘルプペアレント春日 13.3% | ニチイケア 13.3%        |
| 通所介護              | デイサービスグッドスマイル 11.9% | さくらデイサービス大野城 8.9%   | ツクイ大宰府 8.9%        |
| 地域密着型通所介護（1事業所のみ） | デイサービスやよいの樹 100%    | なし                  | なし                 |
| 福祉用具貸与            | アルク九州 17.0%         | 介護の太助 14.5%         | アクトヒューマンケア福岡 10.2% |

# 申請代行委任状

利用者及びその家族は、次に定める条件にあって、必要最低限の範囲内で要介護認定等の申請代行を希望します。

## 1. 申請代行の理由

利用者及びその家族等が申請書を提出することが困難な場合であって申請代行を依頼された場合

## 2. 申請代行する書類等の範囲

- ・ 要介護認定更新・変更申請書
- ・ その他( )

## 3. 申請代行を行なう期間

- (1) 居宅介護支援契約の契約締結の日から、利用者の要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」といいます）の有効期間満了日
- (2) 契約満了日の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新される

令和          年          月          日

事 業 者

利 用 者 \_\_\_\_\_

代 理 人 \_\_\_\_\_