

重要事項説明書（居宅介護支援）

あなたに対する居宅介護支援サービスの提供にあたり、当該事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

事業者の名称	有限会社 親和
所在地	広島県福山市鞆町鞆552番地
代表者名	代表取締役 羽田 富美江
電話番号	084-982-4110

2. 事業所の概要

事業所の名称	居宅介護支援事業所 さくらホームおおの家		
所在地	兵庫県相生市大谷町1番20号		
管理者	福田 直樹		
介護保険事業所番号	2874200351		
サービス提供地域	相生市		
電話番号	0791-24-3620	FAX 番号	0791-24-3621

3. 事業所の目的と運営方針

事業の目的	有限会社親和が開設する居宅介護支援事業所さくらホームおおの家が行う事業は、利用者の委託を受けて、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が確保されることを目的とします。
事業の方針	1 居宅サービス計画を作成し、利用者の心身の機能の回復を図ります。 2 事業の実施にあたって、公正中立に情報を提供し、関係市町、地域の保健医療福祉サービス、近隣住民との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 営業日及び地域

実施日	平日（月曜日から金曜日）午前8時30分～午後5時30分までとします。 ただし8月13日から16日まで、及び12月30日から1月3日までを除きます。 電話等により、24時間連絡可能な体制を取ります。
-----	--

5. 職員体制

職種	従事する業務	人員
管理者	事業所の職員及び業務の管理	1名以上（主任介護支援専門員と兼務）
主任介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に係る業務	1名以上（管理者と兼務）

6. 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	アセスメントツールを使用し、厚労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対応可能

7. 利用料

- ① 居宅介護支援利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、下記のとおりとなります。ただし、法定代理受領により、当社の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、自己負担はありません。

介護度	居宅介護支援費
要介護 1・2	1,086 単位
要介護 3・4・5	1,411 単位

加算		
初回加算		300 単位
入院時情報連携加算（Ⅰ）	病院又は診療所に入院したその日のうちに、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	250 単位
入院時情報連携加算（Ⅱ）		200 単位
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 1 回受けていること	450 単位
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	2 回受けていること	600 単位
退院・退所加算(Ⅱ)イ	カンファレンスにより 1 回受けていること	600 単位
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	2 回受けており、うち 1 回はカンファレンスによること	750 単位
退院・退所加算(Ⅲ)	3 回以上受けており、うち 1 回はカンファレンスによること	900 単位
ターミナルケアマネジメント加算	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は把握した上で、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、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者を提供した場合算定	400 単位
通院時情報連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境の必要な情報提供を行い、医師又は歯科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
緊急時等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
介護職員等処遇改善加算	居宅介護支援費の所定単位数に上乘せ	2.1%

※看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価として、サービス提供に至らなかった場合に、必要なケアマネジメント業務が行われたものとして同等に取り扱うことが適当と認め

られた場合は算定可能となる。

※ケアマネジメントの公正中立性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、福祉用具貸与のサービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合を説明、介護サービス情報公表制度に公表する。

※交通費は、通常のサービス提供地域以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。自動車を使用した場合の交通費は、往復の路程 1 k m 当たり 2 0 円とします。料金が発生する場合、月毎の清算とし、毎月 5 日頃までに先月の請求をいたしますので 1 0 日までにお支払ください。

8. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。介護支援専門員がお伺いいたします。契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くだされば随時解約できます。

② 社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あります。その場合は、終了 1 ヶ月前までに文書で通知すると共に、地域の他の居宅介護支援事業所をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合は、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。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合や、（看護）小規模多機能型居宅介護事業所に登録した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受け入れていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）・要支援・事業対象と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

利用者やそのご家族等が当社や当社の介護支援専門員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書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あります。

9. （1）苦情申立先

窓口	居宅介護支援事業所 さくらホームおおの家
担当者	管理者 福田 直樹
苦情解決責任者	羽田 富美江
申立方法	苦情箱（玄関に設置） 電話 0791-24-3620

（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、担当者およ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義を実施し、検討の結果およ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、円滑な対応が図られるようにします。

(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

相生市長寿福祉室	電話：0791-22-7124
兵庫県国民健康保険団体連合会	電話：078-332-5601

10. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関わらず、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、下記のと通りの対応を致します。

① 事故発生の報告

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 処理経理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。

11. 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。

12. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師およ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、当事業所名およ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、当事業所名およ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。

13. 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。
- ② 利用者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。

14. 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ことができること、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。
- ・ 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 終末期との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、主治ノ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の提供することで、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 5. 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 6. 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に努めます。

- 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実施します。

1 7. 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（テレビ電話等を活用して行うことができるものとします）を定期的開催するとともに、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 8. ハラスメント対策

- ① 事業所は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利用者が事業者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の行為を禁止します。

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、政府の方針を踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等において利用者等への説明・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を可能とします。

イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能とします。

令和 年 月 日

居宅介護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。

(乙) 住所 福山市鞆町鞆552番地
 氏名 有限会社 親和
 代表取締役 羽田 富美江

事業所名 居宅介護支援事業所 さくらホームおおの家
所在地 〒678-0043
 兵庫県相生市大谷町1番20号
管理者 福田 直樹

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。

(甲)

住所 相生市

本人氏名

(甲の代理人)

住所

氏名

続柄