

「指定居宅介護支援」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
大垣市指定 第2172100782号

当事業所はご契約者に対して指定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
次のとおり説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の体制
5. 当事業所が提供するサービス
6. 利用料金
7. サービスの利用に関する留意事項
8. 事故発生時の対応方法
9. 守秘義務について
10. 身体拘束について
11. 高齢者虐待防止法に基づく通報義務について
12. カスタマーハラスメントについて
13. 事業継続計画(BCP)の策定について
14. 損害賠償について
15. 苦情の受付について

社会福祉法人 墨友会
居宅介護支援事業所 サンヴェール大垣

(特別養護老人ホーム サンヴェール大垣併設事業所)

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 墨友会
- (2) 法人所在地 岐阜県大垣市東町4丁目43番地2
- (3) 電話番号 0584-81-2215
- (4) 代表者氏名 理事長 岩田 一司
- (5) 設立年月 平成15年7月10日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
- (2) 事業所指定番号 平成15年10月1日指定 第2172100782号
- (3) 事業の目的 社会福祉法人 墨友会が設置運営する指定居宅介護支援事業所(以下「事業所」という。)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、事業所の介護支援専門員が要介護状態(以下「要介護状態」という。)にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。
- (4) 事業所の名称 居宅介護支援事業所 サンヴェール大垣
- (5) 事業所の所在地 岐阜県大垣市東町4丁目43番地2
- (6) 電話番号 電話番号 0584-81-2215 FAX 0584-77-7058
- (7) 管理者氏名 細野 和明
- (8) 運営方針 要介護者の意思を踏まえ、その可能な限り居宅において、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、適切な保健医療サービス及び福祉サービス、施設等の連携を得て総合的かつ効果的に介護サービス計画を提供する。
- (9) 開設年月日 平成15年10月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 大垣市 ・ 瑞穂市 ・ 安八郡全域
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ※ただし12月31日～ 1月3日は除く
営業時間	8時30分～ 17時30分

※上記以外の営業日、および時間帯の連絡先 0584-81-2215

4. 職員の体制

当事業所では、契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する人員として、以下の職種の職員を配置しています。

職員体制と職務内容

主な職員の配置状況 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	職務内容
管理者 兼介護支援専門員	1		1	管理業務 居宅介護支援業務
介護支援専門員	1	1	1.7	居宅介護支援業務
事務職員		1	0.75	請求業務等

5. 当事業所が提供するサービス

当事業所では居宅介護支援として次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、契約者の利用料負担はありません。

(1) 居宅サービス計画の作成

契約者の家庭を訪問して、契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握した上で、居宅介護サービスおよびその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅介護サービス計画を作成します。

※ サービスの選択に関して、契約者は複数のサービス事業者等の紹介と選択理由を求めることができます。（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1のとおり。）

※ 全社協在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成若しくは独自方式により、課題分析を行います。

(2) 居宅介護サービス計画作成後の便宜の供与

契約者およびその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。

契約者の意思を踏まえて要介護認定の更新などに必要な援助を行います。

(3) 居宅サービス計画の変更

契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

(4) 介護保険施設への紹介

契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合、または契約者が介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

6. 利用料金

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、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。ただし、契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が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ことができない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただく場合があります。

契約者は通常の事業の実施地域以外の地域の居宅への訪問を受けて居宅介護支援の提供を受ける場合には、交通費実費相当額を事業者に支払うものとします。

居宅介護支援の利用料金は(基本料金及び加算料金)は以下の通りです。

1単位=10.21円で換算

区分・要介護度			基本単位
居宅介護支援費(Ⅰ)	(i)介護支援専門員1人当りの取扱件数が45未満	要介護1・2	1,086
		要介護3・4・5	1,411
	(ii)介護支援専門員1人当りの取扱件数が45以上60未満	要介護1・2	544
		要介護3・4・5	704
	(iii)介護支援専門員1人当りの取扱件数が60以上	要介護1・2	326
		要介護3・4・5	422
居宅介護支援費(Ⅱ)	(i)介護支援専門員1人当りの取扱件数が50未満	要介護1・2	1,086
		要介護3・4・5	1,411
	(ii)介護支援専門員1人当りの取扱件数が50以上60未満	要介護1・2	527
		要介護3・4・5	683
	(iii)介護支援専門員1人当りの取扱件数が60以上	要介護1・2	316
		要介護3・4・5	410

※居宅介護支援費(Ⅱ)については事務職員の配置を行っている場合に算定できる。

【加算料金】・・・各々についての要件を満たした場合に算定されます。

加算	内容
初回加算 300単位	新規に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上に変更された場合
入院時情報連携加算(Ⅰ)250単位	入院した日のうちに病院等の職員に必要な情報提供をした場合
入院時情報連携加算(Ⅱ)200単位	入院した日の翌日又は翌々日に病院等の職員に必要な情報を提供した場合
退院・退所加算(Ⅰ)イ 450単位	(Ⅰ)イ 連携1回
退院・退所加算(Ⅰ)ロ 600単位	(Ⅰ)ロ 連携1回(カンファレンス参加による)
退院・退所加算(Ⅱ)イ 600単位	(Ⅱ)イ 連携2回以上
退院・退所加算(Ⅱ)ロ 750単位	(Ⅱ)ロ 連携2回(内1回以上カンファレンス参加)
退院・退所加算(Ⅲ) 900単位	(Ⅲ) 連携3回以上(内1回以上カンファレンス参加) 退院退所に当たり当該病院、施設の職員と面談して利用者に関する必要な情報の提供を受け、居宅サービス計画を作成しサービス調整を行った場合
通院情報連携加算 50単位	病院等で医師等の診察を受ける利用者に同席し、医師等に情報提供を行った場合(1月につき)
特定事業所加算(Ⅰ) 519単位	「利用者に関する情報又はサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的で開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合(1月につき)
特定事業所加算(Ⅱ) 421単位	
特定事業所加算(Ⅲ) 323単位	
特定事業所加算(A) 114単位	
緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位	病院等の求めにより、病院等の職印と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整を行った場合(1月に2回を限度)
ターミナルケアマネジメント加算 400単位	在宅で死亡した利用者に対し24時間連絡体制を整備し必要に応じ居宅介護支援を提供した場合

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

介護支援専門員は、常に身分証を携帯し、初回訪問時及び契約者または契約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。

(2) 介護支援専門員の交替

① 事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、契約者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 契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情、その他交替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替を申し出ることができます。ただし、契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

8. 事故発生時の対応方法

事業者、介護支援専門員または従業員が、居宅介護支援を提供する上で事故が発生した場合は、速やかに契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。事業所に連絡するとともに、利用者の主治医または医療関係への連絡を行い、医師の指示に従います。

9. 守秘義務について

- (1) 事業者、介護支援専門員または従業員は、居宅介護支援を提供する上で知り得た契約者またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づいて、指定居宅サービス等を円滑に実施するため、契約者または家族等の個人情報サービスを担当者会議等において必要な場合に使用します。
- (3) 前2項にかかわらず、契約者に係る介護サービス事業者やその他の保険医療サービス事業者、福祉サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、契約者または家族等の個人情報を利用することができるものとします。

10. 身体拘束について

ケアマネジメントの提供にあつたては、契約者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他契約者の行為を制限する行為を行いません。なお当該行為を行う場合には、その様態および時間、その際の契約者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

11. 高齢者虐待防止法に基づく通報義務について

当事業所は、契約者が虐待を受けたと思われる場合は、速やかに、これを保険者である市町村に通報するものとします。

12. カスタマーハラスメントについて

当施設職員に対する契約者、または家族による以下のような社会的相当性を逸脱する行為はご遠慮ください。なお、該当行為があったと当施設が判断した場合、サービス提供拒否の正当な理由としてご利用をお断りさせていただく場合があります。さらに、当職員が悪質と判断した場合には、警察・行政・弁護士等に連絡の上、適切な対処をさせていただきます。

(1) 理不尽・過度な要求

- ① 同じ要望やクレームの過剰な繰り返しによる長時間の拘束行為
- ② 制度上もしくは人員配置上、できないことに対し理解を示さずごねる行為

(2) 大声で怒鳴る、激怒して呼びつける、脅迫、強要、威嚇行為

- ① わずかな不満にでも、訴訟を起こすと脅かす
- ② 何かあるとすぐに「上のものを出せ」と言う

(3) 合理的な理由のない当施設への謝罪文や謝罪、処罰の要求

(4) SNSやインターネット上での誹謗中傷

(5) 職員個人への攻撃または侮辱、人格を否定する発言

(6) 職員のプライバシーを侵害する行為

(7) 不快感を感じさせる職員への性的言動

13. 事業継続計画 (BCP) の策定について

(1) 感染症や非常災害の発生において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修および訓練を定期的開催するなどの措置を講じます。

(2) 感染症の予防およびまん延防止のための措置

感染症の発生およびまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等に取り組みます。

14. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

15. 苦情の受付について

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口 管理者 細野 和明

電話番号 0584-81-2215

受付時間 9:00～17:00(土日祝休み)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

岐阜県国民健康保険団体連合会	058-275-9826
大垣市 大垣市役所内 健康福祉部介護保険課	0584-81-4111
安八町 安八町役場内 福祉課	0584-64-3111
瑞穂市 総合センター内 地域福祉高齢課	058-327-4126

※その他、利用者の住所地を管轄する市町村の介護保険担当課

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いたしました。

【説明者職氏名】 居宅介護支援事業所 サンヴェール大垣

介護支援専門員

印

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、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

【契約者】

住所

氏名

電話番号 () -

印

【署名代理人】

住 所

氏 名

契約者との関係 ()

電話番号 () -

印