

# 居宅介護支援事業所重要事項説明書

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0263-88-6855 (受付時間 8:30~17:30 土日祝日休み)

担当 介護支援専門員 \_\_\_\_\_ / 管理者 \_\_\_\_\_ 廣川 優子

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

## 2 居宅介護支援事業所の概要

### (1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	サンクス居宅介護支援事業所
所在地	長野県安曇野市穂高有明 9990-1
事業所の指定番号	居宅介護支援事業 (長野県 第 2074000155 号)
サービスを提供する実施地域※	安曇野市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 事業所の職員体制

区分	常勤	非常勤
管理者 (介護支援専門員)	1人	
支援職員 (介護支援専門員)	1人以上	

### (3) 営業時間

月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時30分まで

※ 但し祝日、お盆休み(8/13～8/16)、年末年始(12/29～1/3)は休業

### (4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

## 3 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ

### (1) 居宅サービス計画の作成

次の事項を介護支援専門員に担当させます。

- ① 利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ② 当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を提供し、複数の事業所を適正かつ公正中立に利用者及びその家族に紹介し、利用者にサービスの選択を求めます。

なお、当該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付属別紙1「ケアプランの割合と上位事業者一覧」のとおりです。

- ③ 提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを選択する上での留意点を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④ 居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族に説明し、利用者から文書による同意を受けます。
- ⑤ その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

(2) 経過観察・再評価

居宅サービス計画作成後、次の事項を介護支援専門員に担当させます。

- ① 少なくとも1月に1回は利用者及びその家族と連絡をとり、面接（テレビ電話装置等の活用も含む）を行い経過の把握に努めます。
- ② 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。
- ③ 利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化等に応じて居宅サービス計画変更の支援、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。
- ④ 主治の医師等と連携を行うとともに入院時には入院先医療機関との連携を行います。

(3) テレビ電話装置等を活用した面接（モニタリング）の実施

テレビ電話装置等を活用した面接（モニタリング）の実施方法及びメリット、デメリットは以下のとおりです。

同意欄	説明
<input type="checkbox"/>	利用者の状態が安定していることを前提とします。
<input type="checkbox"/>	実施にあたっては、主治医及びサービス事業者等の合意を得ます。
<input type="checkbox"/>	2月に1回は利用者の居宅を訪問して面接を行います。
<input type="checkbox"/>	訪問者を自宅に迎え入れないため、利用者の心理的負担が軽減されます。
<input type="checkbox"/>	感染症が流行している状況でも、非接触での面接が可能になります。
<input type="checkbox"/>	利用者の健康状態や住環境等については、画面越しでは難しいことから、サービス事業所の担当者から情報提供を受けます。

4 利用料金

(1) 利用料（ケアプラン作成料）

要介護または要支援認定を受けられた方は、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、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日保険者の窓口へ提出しますと、全額払戻を受けます。

(居宅介護支援利用料)

① 介護支援専門員取扱件数 45 件未満の場合

要介護1・2 10,860円                      要介護3・4・5 14,110円

② 介護支援専門員取扱件数 45 件以上 60 件未満の場合

- 要介護1・2 5,440円      要介護3・4・5 7,040円
- ③ 介護支援専門員取扱件数60件以上場合  
 要介護1・2 3,260円      要介護3・4・5 4,220円
- ④ 加算を算定した場合
- 初回加算 1ヶ月につき 3,000円
- 入院時情報連携加算（Ⅰ）1ヶ月につき 2,500円
- 入院時情報連携加算（Ⅱ）1ヶ月につき 2,000円
- 退院・退所加算（Ⅰ）イ 入院または入所期間中1回を限度に 4,500円
- 退院・退所加算（Ⅰ）ロ 入院または入所期間中1回を限度に 6,000円
- 退院・退所加算（Ⅱ）イ 入院または入所期間中1回を限度に 6,000円
- 退院・退所加算（Ⅱ）ロ 入院または入所期間中1回を限度に 7,500円
- 退院・退所加算（Ⅲ） 入院または入所期間中1回を限度に 9,000円
- 通院時情報連携加算 1ヶ月につき 500円
- 特定事業所加算（Ⅰ） 1ヶ月につき 5,190円
- 特定事業所加算（Ⅱ） 1ヶ月につき 4,210円
- 特定事業所加算（Ⅲ） 1ヶ月につき 3,230円
- 特定事業所加算（A） 1ヶ月につき 1,140円
- 特定事業所医療連携加算 1ヶ月につき 1,250円
- ターミナルケアマネジメント加算 1ヶ月につき 4,000円
- 緊急時等居宅カンファレンス加算 1回につき 2,000円
- ⑤ 減算を算定した場合
- 運営基準減算 -50%を減算
- 特定事業所集中減算 1か月につき2,000円を減額
- 高齢者虐待防止措置未実施減算 -1%を減算
- 業務継続計画未策定減算 -1%を減算
- 同一建物減算 95%を算定

## (2) 交通費

前記2の(1)のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。自動車を使用した場合は、1km当たり20円で計算した交通費を利用者負担とさせていただきます。

## (3) 解約料

利用者は1週間以上の予告期間をもって解約することができ、一切料金はかかりません。

## 5 秘密保持と個人情報の保護

- (1) 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために個人情報をサービス担当者会議で用いることを、本契約をもって同意とみなします。

## 6 サービス内容に関する苦情

### (1) 当事業所の相談・苦情窓口

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。担当介護支援専門員または管理者までお申し出ください。また、担当介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

### (2) その他の窓口

当事業所以外に次の窓口等に苦情を伝えることができます。

安曇野市役所 福祉部高齢者介護課 電話 0263-71-2472

長野県国民健康保険団体連合会 電話 026-238-1555

## 7 事故発生時の対応

- (1) 事業者は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なうとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は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、損害賠償を行ないません。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。
- (3) 事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。前項規定の賠償に相当する可能性がある場合は、利用者又は家族に当該保険の調査等の手続きにご協力頂く場合があります。  
保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社  
保険名：介護保険事業者賠償責任補償

## 8 居宅介護支援の提供にあたっての留意点

- (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所の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出て下さい。
- (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所にお知らせ下さい。
- (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なわれるよう必要な援助を行ないません。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日前になされるよう、必要な援助を行なうものとします。
- (4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えて下さい。

## 9 虐待防止に関する事項

- (1) 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ものとする。
- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

- (3) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (4) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (5) 前4号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く
- (6) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

虐待防止に関する責任者：総務主任・高橋 琢磨

## 10 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。また職場におけるハラスメントを防止するために職員が遵守すべき事項、ならびにハラスメントに起因する問題に関する雇用管理上の措置等を定めます。（パワハラ・セクハラ防止規程）  
利用者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、ハラスメントなどの行為を禁止します。ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡・相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 11 身体拘束に関する事項

- (1) 原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

# 個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)の個人情報については、次の記載するところにより、必要な範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 利用目的

(1)利用者へのサービス提供、介護保険請求事務、各事業所への管理運営事務、並びにその他訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援及び福祉用具販売・貸与等介護サービス提供に係る一切の業務のため。

(2)その他上記に付帯関連する業務のため

上記利用目的の範囲に含まれる具体的な業務の例については次のとおりです。

- ① 利用者に適切な介護サービスを提供するため
- ② 介護保険事務のため
- ③ 当事業所の会計・経理のため
- ④ 関係各機関への事故などの報告のため
- ⑤ 利用者への介護サービスを提供するにあたり、介護サービス事業所と連携（サービス担当者会議等）をとり、これらの照会に回答するため
- ⑥ 利用者に介護サービスを提供するにあたり、医師・医療機関等に意見・助言を求めため
- ⑦ 利用者や家族の心身の状況を関係機関に説明するため
- ⑧ 審査支払機関へレセプトを提出するため
- ⑨ 審査支払機関や保険者からの照会に回答するため
- ⑩ 賠償責任保険などに係る保険会社等への相談又は届出をするため
- ⑪ 行政機関による指導・監査等に協力するため
- ⑫ 第三者機関による介護サービスの評価・調査等に協力するため

### 2. 使用する事業者の範囲

サンクス居宅介護支援事業所及び介護サービス事業者、主治医、医療機関、民生委員、委託業者、保険者とします。

### 3. 使用する期間

契約日から第2条(契約の有効期間)と同じ取り扱いとなります。

### 4. 条件

- (1)個人情報の提供は、必要な範囲内とし、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、細心の注意を払うこと。
- (2)個人情報を使用した介護、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- (3)個人情報保護法を遵守すること。

本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

居宅介護支援の提供に際し、重要事項説明書及びサービス内容と個人情報使用同意書について説明を受け、この内容に同意しました。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**【利用者】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

利用者との  
関係

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

家族代表者

私は、家族代表として同意いたしました。

利用者との  
関係

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

**【事業者】**

住 所：長野県安曇野市穂高有明 9990-1  
名 称：サンクスクリエーション合同会社  
代表者名：高橋 清彦

印

**【事業所】**

住 所：長野県安曇野市穂高有明 9990-1  
事業所名：サンクス居宅介護支援事業所  
説明者名：

印