

「虹色居宅介護支援事業所」

重要事項説明書

<目次>

- 1 事業所概要
- 2 サービスの内容
- 3 費用
- 4 支援の留意事項
- 5 ハラスメント対策
- 6 虐待・身体拘束の防止
- 7 業務継続計画の策定
- 8 衛生管理等
- 9 苦情相談窓口
- 10 事故発生時の対応
- 11 ご利用者様へのお願い

1 居宅介護支援事業者の概要

(1) 事業所の概要

名 称	虹色居宅介護支援事業所
所 在 地	愛知県東郷町大字春木字涼松185-9
連絡先	(電話) 052-875-7757 (FAX) 052-800-2133
介護保険指定番号	2375001290
サービス提供地域	東郷町・日進市・豊明市・長久手市・みよし市・刈谷市(井ヶ谷町) 豊田市(千足町)・名古屋市(名東区・天白区・緑区)
第三者評価の実施の有無	無

(2) 職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	業務内容	計
管 理 者	介護支援専門員	1名		管理・ケアマネジメント	1名
事務員	一般事務		1名	事務	1名

(3) 営業時間等

月曜日～金曜日	8:30～17:30
定休日	土曜日、日曜日、祝日 年末年始(12/30～1/3)

2 事業の目的と内容

介護保険法に基づき、ご利用者がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、適正な居宅介護支援等(以下「ケアマネジメント」という。)の提供を行うことを目的とします。 以下のような業務を行います。

① 居宅サービス計画(以下「ケアプラン」という)の原案作成。

ア ご利用者のご家庭等を訪問し、ご利用者及びご家族と面接を行って、心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、課題分析を実施します。

(使用する課題分析表の種類は居宅サービス計画ガイドライン方式です)

イ 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関する内容、当該事業所をケアプランに位置付けた理由の説明、利用者に複数の事業所の紹介を求めることができる旨の説明を丁寧に行い、選択を求めます。

- ウ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案が、ご利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス担当者から専門的な見地からの情報を求めます。ご利用者が訪問看護、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する場合には、ご利用者の同意を得て、意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付します。
- エ ケアプラン原案に位置付けた指定居宅サービス等について、介護保険給付の有無、利用料等のサービス選択に資する内容を、ご利用者ご家族に対して説明します。
- オ 介護支援専門員は、ケアプラン原案への同意を確認した後、原案に基づくケアプランを作成し、改めてご利用者の同意を確認します。
- カ 作成後に実施状況把握のモニタリングのため、月1回以上の訪問をいたします。
- キ 必要に応じて下記の内容を行います。
- ① 居宅サービス事業者、医療機関、保険者、地域包括支援センター等関係機関との連絡調整。 サービス実施状況の把握。 地域ケア会議等における個別のケアマネジメント事例提供の求めがあった際の協力。
 - ② 介護保険施設等の情報の提供等。
 - ③ 要介護認定の申請や更新時、区分変更時の協力・援助。
 - ④ 介護保険および介護保険外のサービス等、必要な情報提供や相談。

3 利用料金

(1) 居宅介護支援費

■介護保険制度から全額保険給付されますので、ご負担はありません。

【居宅介護支援費一覧】

基本報酬と加算	単位数	介護給付費
要介護 1または2	1086 単位/月	11,316 円
要介護 3、4または5	1411 単位/月	14,702 円
初回加算	300 単位/月	3,126 円
通院時情報連携加算（医師・歯科医師の診察）	50 単位/回	521 円
入院時情報連携加算（Ⅰ）：入院当日	250 単位/月	2,605 円
入院時情報連携加算（Ⅱ）：入院後2～3日以内	200 単位/月	2,084 円
退院・退所加算（Ⅰ）カンファレンス参加無 1回	450 単位/回	4,689 円
退院・退所加算（Ⅰ）カンファレンス参加無 2回	600 単位/回	6,252 円
退院・退所加算（Ⅱ）カンファレンス参加有 1回	600 単位/回	6,252 円
退院・退所加算（Ⅱ）カンファレンス参加有 2回	750 単位/回	7,815 円
退院・退所加算（Ⅲ）カンファレンス参加有 3回	900 単位/回	9,378 円
ターミナルケアマネジメント加算	400 単位/回	4,168 円
緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位/回	2,084 円

*東郷町の地域区分が6級地になっており1単位の単価が10,42円の上乗せとなります。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合はご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これを各市町村の窓口へ提出の上、差額の払い戻しを受けて下さい。

(2) 交通費

1. に記載した事業のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の場所へは交通費の実費が必要となります。

※自動車の場合は、サービス提供地域を超えた地点から、片道1キロメートルあたりに40円を乗じた金額とします。(ただし、片道当たりのキロメートル以下端数は切り捨てる)

(3) 解約料

ご利用者様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

4 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

- ① ご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者の紹介を求めることや、ケアプランに位置付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。
- ② 居宅介護支援提供に先立ち、介護保険被保険者証の内容を確認させていただきます。被保険者の住所等に変更があった場合は、速やかにお知らせ下さい。
- ③ ご利用者が要介護認定を受けていない場合は、ご利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また介護認定の更新の申請が遅くともご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日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- ④ 病院に入院しなければならない場合には、病院等と情報共有や連携を図ることで退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院等へ伝えてください。
- ⑤ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、以下について別紙にて説明いたします。
 - (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割合。
 - (2) 前6か月間に作成したケアプランに位置付けた訪問介護、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ごとの、同一事業所によって提供されたものの割合。

5 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ご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、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

6 虐待・身体拘束の防止

ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げる通り必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止・身体拘束等の適正化に関する責任者	(法人代表：福島 美佐子)
虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者	(介護支援専門員：仲間 ゆかり)

②虐待防止・身体拘束適正化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、従業者に周知徹底をはかります。

(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)

③虐待防止・身体拘束適正化のための指針を整備します。

④従業者に対し、虐待防止・身体拘束適正化のための研修を実施します。

⑤成年後見制度の利用を支持します。

⑥サービス提供中に、当該事業所従事者または養護者による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

⑦利用者又は他の利用者等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、身体拘束を行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者又は家族等に同意を得るとともにその様態、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いたします。

7 業務継続計画の策定

①感染症や非常災害時において必要な介護サービスが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従業者に周知するとともに、感染症及び災害にかかる研修及び訓練を定期的（年1回以上）に行います。

③定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

8 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、まん延しないように次に掲げる通り、必要な措置を講じます。

①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を設立します。

(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)

②感染症の予防及びまん延防止のための指針を作成します。

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。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

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。 <当事業所窓口>

虹色居宅介護支援事業所

電話番号 052-875-7757

FAX番号 052-800-2133

受付時間 月～金曜日 8:30～17:30

ただし、祝祭日及び12月30日から1月3日までを除く。

*また、当事業所以外にも相談・苦情の窓口があります。

<愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室>	電話番号	052-971-4165
<東郷町 高齢者支援課>	電話番号	0561-56-0735
<日進市 介護福祉課>	電話番号	0561-73-1495
<豊明市 長寿課>	電話番号	0562-92-1261
<長久手市 長寿課>	電話番号	0561-56-0613
<みよし市 長寿介護課>	電話番号	0561-32-8009
<刈谷市 長寿課>	電話番号	0566-62-1013
<豊田市 介護保険課>	電話番号	0565-34-6634
<名古屋市福祉課 介護保険係>	電話番号	名東区: 052-778-3097 天白区: 052-807-3897 緑区: 052-625-3964

10 事故発生時の対応

当事業所のケアマネジメントの際に事故が発生した場合、速やかに市区町村やご家族に連絡するとともに、必要な処置を講じます。

11 ご利用者へのお願い

*ケアマネジメントを複数の居宅介護支援事業所に依頼することはできないことになっていますので、よろしくお願ひします。

*病院への入退院、施設への入退所、心身の状況変化等があった場合には、速やかにお知らせください。

*医療機関に入院した際は、病院の担当の方に、「虹色居宅介護支援事業所でプランを立てていること」・「担当者名」をお伝えください。

当事業所は、サービス内容説明及び本書面に基づいて、居宅介護支援サービス及び重要事項の説明を行いました。

20 年 月 日

事業者 <事業者名> 虹色居宅介護支援事業所

<住 所> 愛知県愛知郡東郷町大字春木字涼松 185-9

<管理者名> 仲間 ゆかり

<説明者> 職名 (介護支援専門員)

氏名 _____ 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、居宅介護支援サービスの利用に同意しました。

(利用者) <住 所> _____

<氏 名> _____ 印

私は下記の理由により、契約者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

(署名代理人) <住 所> _____

<氏 名> _____ 印

契約者との関係 (_____)

署名代行の理由: 麻痺や震えがあるため、理解が困難なため、その他(_____)

(契約者家族代表) <住 所> _____

<氏 名> _____ 印