居宅介護支援サービス重要事項説明書

１．事業者

事業者の名称	医療法人　社団にしの会
所　在　地	富山県小矢部市本町３－３３
法人種別	医療法人
代表者名	理事長　　西野　一晴

２．ご利用の事業所

事業所の名称	にしの介護支援事業所
事業所の所在地	富山県小矢部市本町３－３３
管理者の氏名	澤本　有加
電話番号	０７６６－６７－５３１０
ＦＡＸ番号	０７６６－５０－８１６５
指定事業所番号	１６７０９００１５６号

３．事業の目的と運営の方針

（１）事業の目的

利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように支援する事を目的とする。

（２）運営方針

① 利用者の意思及び人格の尊重

② 利用者の心身の状況、環境に応じての利用者の選択に基づいた介護支援の提供

③ 適切な保健医療サービス、福祉サービスの提供
利用者が医療系サービスの利用を希望している場合などは利用者の同意を得て主治医の医師等の意見を求め、この意見を求めた医師等に対してケアプランを交付する

④ 介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態などについて、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う

⑤ 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定介護支援事業者が特定相談支援者との連携に努める

⑥ 小矢部市健康福祉課、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図る

４．事業所の職員体制

職　　種	氏　　名	勤務内容	業　務　内　容
管理者	澤本　有加	常勤・兼務	居宅介護支援サービス全般の管理
介護支援専門員	片桐　裕美 杉森　誉生	常勤・兼務 常勤・専従	ケアプラン作成、認定調査 居宅介護支援サービス、相談、代行申請等

５．サービス提供の時間帯

営　業　日	営業時間帯
月曜日　～　金曜日 土曜日	８：３０　～　１７：３０ ８：３０　～　１２：３０
休　業　日	日曜日、祭日、お盆、年末年始

６．居宅介護支援サービスの内容

① 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成及び交付
- ご自宅を訪問し、本人、御家族からお話を伺います。
- 本人、御家族から了解を得て主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。
- 介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。
- サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し了解を得ます。
- ケアプランを作成、または変更する時は本人、御家族に了解を得たうえで作成、交付します。

② 要介護認定の申請、変更の代行
③ 給付管理表の作成、提出
④ 情報の提供
⑤ 関連事業者等との連絡調整

※居宅サービス計画の作成にあたって利用者から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等の紹介を求める事ができます。
※居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明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のとおりです。
※居宅介護支援の提供開始後、入院された場合、担当のケアマネジャーの氏名と当事業所の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

７．サービスの提供地域

小矢部市

８．苦情等の申立先

①当事業所ご利用相談窓口にて対応致します。

利用時間　　８：３０　～　１７：３０（月曜日～金曜日）

８：３０　～　１２：３０（土曜日）

電　　話　　０７６６－６７－５３１０

担 当 者　澤本　有加（管理者）

片桐　裕美　杉森　誉生

②以下の相談窓口をご利用いただく事もできます。

小矢部市健康福祉課	TEL（0766）67-8605	FAX（0766）67-8602
砺波地方介護保険組合	TEL（0763）34-8333	FAX（0763）34-8334
富山県国民健康保険団体連合会	TEL （076)431-9833	FAX（076）431-9850
富山県福祉サービス運営適正化委員会	TEL(076)432-3280	

９．カスタマーハラスメントについて

当事業所では、すべての利用者の方に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保する事を大切にしています。

そのため､利用者又はご家族等からの言動のうち､社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害する恐れがある行為についてはカスタマーハラスメントに該当する場合があります。

具体的には、次のような行為が該当する事があります。

・大声での叱責や威圧的な言動
・人格を否定する発言や差別的な言動
・業務の範囲を超えた過度な要求
・長時間にわたる必要な要望やクレーム
・意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的嫌がらせ行為等

これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまで通り誠意をもって対応いたしますので遠慮なくお申し出ください。

１０．高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止などのために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 研修等を通して、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に勤めます。
② 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：管理者　澤本　有加

１１．事故発生時の対応

利用者に対する居宅介護支援サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに小矢部市健康福祉課、利用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。

１２．利用料金

（１）利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険から下記の金額が全額支給されるので自己負担はありません。

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、利用者は１ヶ月につき下記の利用料をお支払いいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと全額払い戻しを受けられます。

○居宅介護支援費

居宅介護支援費Ⅰ

居宅介護支援費（ⅰ）	要介護 1･2	10,860円/月
	要介護 3･4･5	14,110円/月
居宅介護支援費（ⅱ）	要介護 1･2	5,440円/月
	要介護 3･4･5	7,040円/月
居宅介護支援費（ⅲ）	要介護 1･2	3,260円/月
	要介護 3･4･5	4,220円/月

（ 加算等 ）

初回加算 ※算定要件 ① 新規に居宅サービス計画を策定した場合 ② 要支援者が要介護認定を受けた場合 ③ 要介護状態区分が2段階以上変更となった場合	3,000円/月
入院時情報連携加算（Ⅰ） ※算定要件 入院した日のうちに当該病院又は診療所の職員に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合	2,500円/月
入院時情報連携加算（Ⅱ） ※算定要件 入院した日の翌日又は翌々日に当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合	2,000円/月

<table>
<tr>
<td>退院・退所加算
※算定要件
医療機関や介護保険施設を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
ただし、「連携3回」算定できるのはそのうち1回以上について入院中の担当者等との会議(退院時カンファレンス等)に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行ったうえでケアプランを作成し、居宅サービスなどの利用に関する調整を行った場合に限る</td>
<td>
<table>
<tr><th></th><th>カンファレンス
参加 無</th><th>カンファレンス
参加 有</th></tr>
<tr><td>連携1回</td><td>4,500円</td><td>6,000円</td></tr>
<tr><td>連携2回</td><td>6,000円</td><td>7,500円</td></tr>
<tr><td>連携3回</td><td></td><td>9,000円</td></tr>
</table>
（入院または入所期間中1回を限度に算定）
</td>
</tr>
<tr>
<td>緊急時等居宅カンファレンス加算
※算定要件
病院又は診療所の求めにより、当該病院または診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅及び地域密着型サービスの調整を行った場合</td>
<td>2,000円
（月２回を限度）</td>
</tr>
<tr>
<td>通院時情報連携加算
※算定要件
利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境などの当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合</td>
<td>500円
（月1回を限度）</td>
</tr>
<tr>
<td>介護職員等処遇改善加算
ケアマネジャーの賃金改善や職場環境の改善を図るため</td>
<td>所定単位数の 2.1%</td>
</tr>
</table>

（２）交通費：７に記載されている地域にお住まいの方々は無料です。それ以外の地域の方々は交通費の実費が必要な場合があります。

（３）その他：法令に従って交付する書類については無料ですが、それ以外については謄写費用を頂く事があります。

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けその内容及び以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

○私は、利用可能な事業所を複数紹介受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求める事ができる事についての説明を受けました。

○ご利用中の介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う事について了解しました。
○私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を入院先医療機関に報告します。

令和　　年　　月　　日

（利用者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名代行者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

居宅介護支援の開始にあたり、利用者及び利用者の家族に対して本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

（支援事業者）

住　　所　富山県小矢部市本町３－３３＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称　医療法人社団にしの会＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名　　理事長　　西野　一晴＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（説明者）

住　　所　富山県小矢部市本町３－３３＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　属　にしの介護支援事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名　介護支援専門員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同　　意　　書

私と、医療法人社団にしの会との間の介護保険法に基づく契約書第１３条の秘密保持に関し、医療法人社団にしの会が私のより良き介護のためのサービス担当者会議等において私と私の家族の個人情報を契約の期間中用いる事に同意します。

令和　　年　　月　　日

（サービス利用者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名代行者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（利用者の御家族）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（サービス事業者）

医療法人社団にしの会　殿

（サービス事業所）

にしの介護支援事業所　殿