

居宅介護支援

重要事項説明書

(2024. 7)

 **たじま医療生活協同組合**

居宅介護支援事業所 えがお

1 事業者概要

- | | |
|-------------|----------------------|
| (1) 法人名 | たじま医療生活協同組合 |
| (2) 代表者氏名 | 理事長 藤井 高雄 |
| (3) 法人種別 | 生活協同組合 |
| (4) 法人所在地 | 豊岡市今森465番地の1 |
| (5) 電話番号 | (0796) 24-7035 |
| (6) FAX | (0796) 24-7010 |
| (7) メールアドレス | info@tajima-coop.com |
| (8) 設立年月日 | 平成7年(1995年)6月1日 |

2 事業所概要

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 事業所名 | 居宅介護支援事業所 えがお |
| (2) 所在地 | 豊岡市江本396番地1 サンシティEMOTO1階101号 |
| (3) 指定事業所番号 | 2874400373 |
| (4) 開設年月日 | 平成17年(2005年)2月1日 |
| (5) 電話番号 | (0796) 24-7013 |
| (6) FAX | (0796) 24-6154 |
| (7) メールアドレス | kyotaku@tajima-coop.com |
| (8) 管理者氏名 | 主任介護支援専門員 宮田 由紀 |
| (9) 運営日及び営業時間 | 月～金曜日 8:45～17:30
*土・日・祝日・年末年始(12月30日～1月3日)は休業 |
| (10) サービス実施地域 | 旧豊岡市・豊岡市城崎町・豊岡市竹野町・豊岡市日高町・豊岡市出石町 |
| (11) 交通費 | 当該地域内での交通費についてはサービス利用料に含まれる。 |
| (12) 法人が運営している他の業務 | |

■ろっぽう診療所

- | | |
|-------|-----------------|
| 電話番号 | (0796) 24-7007 |
| FAX | (0796) 24-7010 |
| 開設年月日 | 平成7年(1995年)6月1日 |

■訪問看護ステーション えがお

- | | |
|-------|------------------|
| 電話番号 | (0796) 24-6144 |
| FAX | (0796) 24-6154 |
| 開設年月日 | 平成17年(2005年)2月1日 |

■ヘルパーステーション えがお

- | | |
|------|----------------|
| 電話番号 | (0796) 24-4731 |
| FAX | (0796) 24-4733 |

開設年月日 平成17年(2005年)4月1日

■ 訪問入浴サービス えがお

電話番号 (0796) 34-9110

FAX (0796) 24-4733

開設年月日 平成17年(2005年)5月16日

3 当事業所の従業員

(1) 管理者：1名(常勤・主任介護支援専門員)

管理者の職務内容は、当該事業所の従業者の管理、利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

(2) 介護支援専門員：常勤2名以上

厚生労働大臣の定めるところによる人員に関する基準に基づき、介護支援専門員を配置する。

(3) 介護支援専門員は身分証明書を携行し、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められた場合には提示を行います。

4 事業の目的及び運営方針

(1) 居宅において、安全・安心な日常生活を営むために必要な保健医療サービス・福祉サービスの適切な利用の支援、居宅サービス計画の作成・その他の適宜の提供を目的とします。

(2) 運営方針

- ① 要介護状態の軽減・悪化の防止等、重度化状態になることの予防に努める。
- ② 自立した日常生活ができるよう配慮する。
- ③ 利用者やその家族に対してケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を行い、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明する。
- ④ 利用者の心身の状況、環境などに応じた適切な保健医療サービス・福祉サービスの提供及び、幅広い社会資源・多様な事業所からの総合的かつ効率的なサービスを提供する。
- ⑤ 市町、地域包括支援センター、地域、介護保険施設、他の介護支援事業所など保険者との連携を行う。
- ⑥ 医療・介護サービス事業者と十分な連携を行う。
- ⑦ 自らの居宅介護支援の質の評価・向上に努める。

5 提供する居宅介護支援サービスの内容

(1) 居宅サービス計画の作成

- ① 利用者の自宅を訪問し、利用者・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 複数の居宅サービス事業者等の、実施しているサービス内容や利用料などを適正に利用者・家族に情報提供し紹介を行い、選択を求めます。
- ③ 居宅サービス計画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行います。
- ④ 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービス内容などを盛り込んだ居宅サービス計画を作成します。
- ⑤ 利用者の必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成します。
- ⑥ 居宅サービス計画に位置づけたサービスなどについて、保険給付対象又は、対象外（自己負担）かを区分して、それぞれ種類・内容・利用料などを利用者・家族に説明し、意見を求めます。
- ⑦ 居宅サービス計画は、利用者・家族と協議したうえで、必要があれば変更し、利用者及び主治医・関連サービス事業所等に交付する。
- ⑧ 当事業所の前6ヶ月間に作成したケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合状況を、契約時、プランの見直し時に別紙により交付し説明を行います。

＊別紙（参考資料）

① 前6ヵ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利用割合			
訪問介護	●%		
通所介護	●%		
地域密着型通所介護	●%		
福祉用具貸与	●%		
② 前6ヵ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ごとの、同一事業者によって提供されたものの割合			
訪問介護	○○事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○○事業所 ●%
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%
福祉用具貸与	××事業所 ●%	○○事業所 ●%	□□事業所 ●%

(2) サービス実施状況の把握・居宅サービス計画などの評価

- ① 利用者・家族と連絡を取り、少なくとも1ヶ月に1回は利用者の居宅を訪問し利用者に面接の上、サービスの実施状況の把握に努めます。
- ② 利用者の状態について、定期的に評価を行い、要介護等更新認定・区分変更認定

を受けた時又は、状況の変化など、適宜居宅サービス計画の評価・変更などを行います。

③ 要介護等更新認定・区分変更認定を受けた場合は、サービス担当者会議を開催し、担当者への照会等により、担当者の意見を求めます。

④ 利用者に係る各種会議についてはオンラインツール等を活用して実施をおこなうことがあります。

(3) 給付管理

居宅サービス計画を作成後、その内容に基づいてサービス利用票・提供票による給付管理を行い、サービス実績を確認した上、毎月給付管理票を作成し、兵庫県国民健康保険団体連合会へ提出します。

(4) 連絡調整・便宜の提供

① 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、特定の種類に偏ることのないよう公平中立に居宅サービス事業者などと連絡調整を行います。

② 利用者が介護保険施設への入所又は入院を希望した場合には、介護保険施設の紹介、その他の支援を行います。

③ 24時間連絡可能な体制を整備しています。

(5) 保健・医療・福祉との連携

① 居宅サービス計画の作成時には、利用者の同意を得た上で、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。

② 病院又は診療所に入院する必要性が生じた場合は担当の居宅介護支援事業所（介護支援専門員氏名）及び連絡先を伝える必要があり、事前に利用者又は家族に情報提供の協力を求めさせていただきます。

③ 利用者の住む地域の福祉サービスや社会資源の情報の把握に努め、連携をはかります。

(6) 相談・説明

介護保険や介護に関することについて、幅広くご相談に応じます。

(7) 要介護認定等にかかる申請の援助

利用者の意思を踏まえ、要介護認定等の申請に必要な協力を行います。

(8) 財産管理・権利擁護・虐待などへの連絡

① 利用者がサービスを利用する際に、その所有する財産管理や権利擁護について問題が発生し、第三者の援助が必要な場合には、利用者の依頼に基づき後見人、弁護士等への連絡を行います。

② 虐待が疑われる場合は、速やかに豊岡市高年介護課または、豊岡市包括支援センターへ報告させていただきます。

(9) 要介護等認定前の居宅支援提供

要介護等認定前に居宅支援提供が必要な場合は、勘案される要介護度にもとづいて

居宅サービス計画を作成しますが、認定の結果によっては受けられたサービスの利用料の一部が自己負担となる場合があります。（自立と認定された場合は全額自己負担となります。）また、認定後、居宅サービス計画、サービス内容については再度見なおし、確認をさせていただきます。

(10) サービス提供記録の閲覧交付

利用者・家族に限りサービス提供の実施記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。（但し、コピー代等の実費を請求する場合があります。）

6 料 金

(1) サービスの利用料

事業所における居宅介護支援（居宅サービス計画書の作成・変更、事業所との連絡調整、相談・説明等）については、介護報酬で定められた基準額です。

① 居宅介護支援費 (I)

居宅介護支援 (i)

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45未満である場合。

要介護1又は2 1,086 単位/月

要介護3・4又は5 1,411 単位/月

居宅介護支援 (ii)

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、45以上60未満の部分。

要介護1又は2 544 単位/月

要介護3・4又は5 704 単位/月

居宅介護支援 (iii)

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、60以上の部分。

要介護1又は2 326 単位/月

要介護3・4又は5 422 単位/月

*居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの、利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合においても居宅介護支援費を算定できる。

② 初回加算 300 単位/月

③ 入院情報連携加算(I) 250 単位/月

入院情報連携加算(II) 200 単位/月

④ 退院・退所加算 (I) (カンファレンス不参加の場合)
(連携1回) 450 単位/月
(連携2回) 600 単位/月

退院・退所加算 (Ⅱ) (カンファレンス参加の場合)

(連携 1 回) 600 単位/月

(連携 2 回) 750 単位/月

退院・退所加算 (Ⅲ) (連携 3 回) 900 単位/月

⑤ 緊急時居宅カンファレンス加算 200 単位/月/2 回限度

⑥ ターミナルケアマネジメント加算 400 単位

⑦ 退院時情報連携加算 50 単位

⑧ 特定事業所加算 (Ⅰ) 519 単位/月

特定事業所加算 (Ⅱ) 421 単位/月

特定事業所加算 (Ⅲ) 323 単位/月

特定事業所加算 (Ⅳ) 114 単位/月

⑨ 特定事業所医療介護連携加算 125 単位/月

①の他、②～⑩のそれぞれの基準に適合し、算定要件を満たしている場合には、上記の所定単位数を算定させていただきます。

※利用者に介護保険料の滞納などがある場合には、この限りではなく、介護保険制度に基づき利用者負担が発生する場合があります。法定代理受領サービスを利用できないことにより、償還払いとなる場合には、一度は利用料を自己負担しなければならない。この場合にはサービス提供証明書を発行します。適宜ご相談に応じます。

(2) その他の費用

サービス提供実施地域以外の地域に訪問する場合は、事前に利用者に同意を得て、その境界を越えたところから利用者宅までの実費相当の交通費が必要となります

7 契約解除

(1) この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解除を希望する日の1ヶ月前にお申し出いただければ、解除することができます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。

(2) 事業者からの解約はやむを得ない場合（事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合、円滑にサービスを提供できなくなるようなカスタマーハラスメント、パワーハラスメント等利用者及び事業者間の信頼関係を損壊する事由のある場合など）のみとし、1ヶ月以上の期間を置き、理由を通知します。

8 契約の終了

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了したものとします。

(1) 利用者からの契約解除の意思表示がなされ、1ヶ月が満了したとき。

(2) 事業者から、契約解除の意思表示がなされたとき。

(3) 次の理由で、利用者にサービス提供ができなくなったとき。

- ① 利用者について、介護認定が受けられなかったとき。（要支援又は自立）
- ② 施設入所になったとき。
*老健をのぞく。ただし、入所期間が長期間（3ヶ月以上を目途）となった場合には、契約は終了となります。
- ③ 利用者が亡くなられたとき。

9 プライバシーの保護

- (1) 当事業所は、利用者にサービスを提供する上で知り得た情報について、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者にもらすことはありません。また、個人情報の記録に関しては、責任者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。
ただし、当事業所がサービスを提供する上で利用者・家族に関して、知り得た情報について、サービス担当者会議等で情報提供する場合があります。
また、居宅サービス計画を作成するために必要な事項（主治医意見書・調査票など）がある時、閲覧する場合があります。
(ただし、利用者・家族が同意されず、必要な情報提供や閲覧が行えなかった場合はサービス調整が行えず一体的なサービス提供ができない等、不都合が起こることがあります。)
- (2) 個人情報を用いる際には、利用者・家族からの同意と同意書の提出を得てから行います。

10 記録の保管

サービス提供の記録について、5年間保管することとします。

11 家族への連絡

希望があった場合には利用者に連絡する同様の通知を家族等へも行います。

12 サービス提供における事故発生の対応

- (1) 管理者の指示をもって、利用者・家族に面接し、確認の上、迅速に対応します。
- (2) 必要に応じて、事前にお聞きしていた連絡先の家族等にお知らせします。また市町に報告します。
- (3) 日常的に事故防止などの啓蒙を行うとともに、定期的な研修を行い、事故発生防止に努めます。
- (4) サービス提供時の事故発生や利用者の体調悪化等の緊急時には速やかに家族や医師へ連絡し、指示を仰ぎます。

13 損害保険への加入

当事業所が、利用者に対して賠償すべきことがおきた場合は、契約書本文第19条に基づき、金銭等により賠償をいたします。

加入保険会社： 共栄火災海上保険相互会社

保険の内容： 居宅介護支援の際起きた事故に対する賠償

賠償の事項： 身体、財物／受託管理／経済的損失／人格権侵害／現金

14 苦情申請窓口

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者	宮田由紀
電話番号	0796-24-7013
FAX	0796-24-6154
受付日	営業日
受付時間	営業時間

(2) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び兵庫県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	〒650-0021 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801 電話：(078)332-5617 FAX：(078)332-5650 受付時間：月曜日～金曜日（祝日・12/29～1/3を除く） 8時45分から17時15分
豊岡市 高年介護課	〒668-0046 豊岡市立野町12-12 電話：(0796)24-2401（直通） FAX：(0796)29-3144 受付時間：月曜日～金曜日（祝日・12/29～1/3を除く） 8時30分から17時15分

(3) 当事業所の苦情・相談について

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成した居宅サービス計画に基づいて提供された居宅サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、管理者の責任と指示の基に速やかに対応をします。

※ 利用者が、担当者の変更を希望される場合は、事情をお聞かせいただいた上で、

迅速に対応いたします。

[対応内容について]

- ・利用者・家族との面談
- ・居宅介護支援の内容の点検
- ・サービス事業者への申し入れ
- ・苦情についての記録の整備
- ・居宅介護支援是正
- ・法人内介護事業利用委員会での検討
- ・保険給付に関して、必要がある場合の市町が行う調査への協力
- ・市町から指導・助言を受けた場合の必要な改善
- ・国民健康保険団体連合会の調査への必要な協力
- ・国民健康保険団体連合会からの指導・助言を受けた場合の必要な改善

15 サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題などについて、第三者の観点から評価をおこなっています。

実施の有無	有
実施した直近の年月日	2012年2月27日
第三者評価機関名	特定非営利活動法人福祉市民ネット川西
評価結果の開示状況	WAMNET

16 留意事項

サービス担当者は、サービス提供契約実施以外の営利行為や宗教勧誘はいたしません。

17 重要事項の変更

重要事項説明書に記載された内容に変更が生じる場合は、書類を交付してお知らせし利用者の同意を得ます。

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要事項の説明を行い、同意を得たことを証するために、本重要事項説明書2通を作成し、利用者及び事業者は記名の上、各自1通を保有することとします。なお、この説明書は居宅介護支援サービス提供のために使用します。

居宅介護支援サービスの提供開始に当たり、ご利用者及びその代理人に対し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

時 間： _____ 時 _____ 分

場 所： _____

【事 業 所】

事業所所在地：豊岡市江本396-1 101

名 称：たじま医療生活協同組合

居宅介護支援事業所えがお _____ 印

説明者氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

上記内容の説明を事業者から受けました。

【利 用 者】

住所 _____

氏名 _____

【利用者代理人】

住所 _____

氏名 _____

(続柄 _____)