

指定居宅介護支援事業所重要事項説明書

1 居宅介護支援事業所たんぼの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	居宅介護事業所たんぼ
所在地	青森県上北郡おいらせ町沼端 370-1
電話番号	0178-50-1055
FAX番号	0178-50-1057
事業所番号	0272500026
サービスを提供できる地域	おいらせ町

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	主任介護支援専門員	1名		介護支援専門員	1名	介護従事者及び業務の管理
介護支援専門員	介護支援専門員	5名		在宅介護支援センターたんぼ職員1名	5名	利用者の選択に基づいた居宅介護サービスの提供に努める。

(3) サービスの提供時間帯

営業日	営業時間
月～金	午前8時～午後5時
休日	なし

2 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

利用者の心身の状況、その置かれている環境等、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者の偏することがないよう、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して提供する。

(2) サービス利用のために

事項	備考
従業員への研修の実施	年 1回 以上の研修をしています。
サービスマニュアル	事業計画書に添った適切なサービスを提供します。
その他	

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

利用の中止・変更・追加について

- ・ 契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以後も同様となります。

- ・ 契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- 1 ご契約者が死亡した場合
- 2 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- 3 ご契約者が介護保険施設に入居された場合
- 4 事業者が解散した場合、破産した場合やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- 5 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- 6 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- 7 事業所から契約解除を申し出た場合

3 サービスの内容

① 居宅サービス計画の作成

② 居宅サービス計画作成後の便宜の提供

- ・ 居宅サービス計画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。
- ・ ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定申請等に必要な援助を行います。

③ 居宅サービス計画の変更

- ・ ご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、事業者とご契約者、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

- ・ ご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又は利用者が介護保険施設への入院又は入居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。

4 利用料金

(1) 利用料

① サービス利用料金

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、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご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金額をいったんお支払いいただくことになります。

1 ヶ月につき下記のとおりになります。

	1 ヶ月当たりの利用料
要介護 1・2	1, 0 8 6 単位
要介護 3・4・5	1, 4 1 1 単位

① ・特定事業所加算（Ⅰ）

次の要件を満たした場合、月に 5 1 9 単位を算定する。

- (1) 主任介護支援専門員を 2 名以上配置
- (2) 専ら居宅介護支援の提供にあたる常勤の介護支援専門員を 3 名以上配置
- (3) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に関わる伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること
- (4) 2 4 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること
- (5) 算定月の総利用者のうち要介護 3～5 の割合が 4 0 % 以上。
- (6) 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- (7) 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- (8) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加している。
- (9) 特定事業所集中減算の適用を受けていないこと
- (10) 介護支援専門員一人当たりの利用者の平均件数が 4 5 件未満であること
- (11) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。
- (12) 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同で事例検討会・研修会等を実施していること。
- (13) 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ていること

・特定事業所加算（Ⅱ）

次の要件を満たした場合、月に 4 2 1 単位を算定する。

- (1) 主任介護支援専門員を 1 名以上配置
- 他、上記 (2)、(3)、(4)、(6)、(7)、(8)、(9)、(10)、(11)、(12)、(13)

・特定事業所加算（Ⅲ）

次の要件を満たした場合、月に 3 2 3 単位を算定する。

- (1) 主任介護支援専門員を 1 名以上配置
 - (2) 専ら居宅介護支援の提供にあたる常勤の介護支援専門員を 2 名以上配置
- 他、上記 (3)、(4)、(6)、(7)、(8)、(9)、(10)、(11)、(12)、(13)

②退院・退所加算

病院・診療所の入院者又は介護保険施設の入居者が退院・退居し、当該病院・施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、ケアプラン計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定

- ・退院・退所加算（Ⅰ）イ （４５０単位 入院・入所期間中１回を限度）

病院、診療所、介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により１回受けた場合。

- ・退院・退所加算（Ⅰ）ロ （６００単位 入院・入所期間中１回を限度）

（Ⅰ）イにおける情報提供をカンファレンスにより１回受けた場合。

- ・退院・退所加算（Ⅱ）イ （６００単位 入院・入所期間中１回を限度）

（Ⅰ）イにおける情報提供を２回以上受けた場合。

- ・退院・退所加算（Ⅱ）ロ （７５０単位 入院・入所期間中１回を限度）

（Ⅱ）イにおける情報提供のうち１回以上はカンファレンスにより受けた場合。

- ・退院・退所加算（Ⅲ） （９００単位 入院・入所期間中１回を限度）

（Ⅰ）イにおける情報提供を３回以上受け、うち１回以上はカンファレンスにより受けた場合。

③通院時情報連携加算 （１月につき５０単位）

- ・利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合

④入院時情報連携加算

- ・入院時情報連携加算（Ⅰ） （１月につき２５０単位）

利用者が病院・診療所に入院した日のうちに病院・診療所の職員に対し、利用者の必要な情報を提供した場合、月に２５０単位を算定する。

- ・入院時情報連携加算（Ⅱ） （１月につき２００単位）

利用者が病院・診療所に入院した日の翌日又は翌々日に病院・診療所の職員に対し、利用者の必要な情報を提供した場合、月に２００単位を算定する。

⑤初回加算（１月につき３００単位）

新規に居宅サービス計画を策定した場合・要介護状態区分が２段階以上変更となった場合・要支援者が要介護認定を受けた場合、月に３００単位を算定する

⑥緊急時等居宅カンファレンス加算（1回につき200単位、1月に2回を限度）

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、サービスの利用に関する調整を行った場合に、1月に2回まで200単位を算定する。

⑦ターミナルケアマネジメント加算（1月につき400単位）

①在宅で亡くなった利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者またはその家族の同意を得て、居宅を訪問して利用者の心身の状況等を記録し、主治医および居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者を提供した場合。

⑧特定事業所医療介護連携加算（1月につき125単位）

・前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること。

②交通費

上1の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

5 サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員が、お伺いいたします。

（2）サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する2日前までにお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入居した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、即座にサービスを終了できます。
- ・お客様が、契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果、本契約に継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

6 サービス内容に関する苦情

① 事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 受付担当 松林 清隆
電 話 0178-50-1055
受付日 年中（12月29日～1月3日を除く）
受付時間 午前8時～午後5時

② 苦情解決責任者

担当者 施設長 吉田 長一
電 話 0178-50-1055
受付日 年中（12月29日～1月3日を除く）
受付時間 午前8時～午後5時

③ その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・青森県国民健康保険連合会連絡先

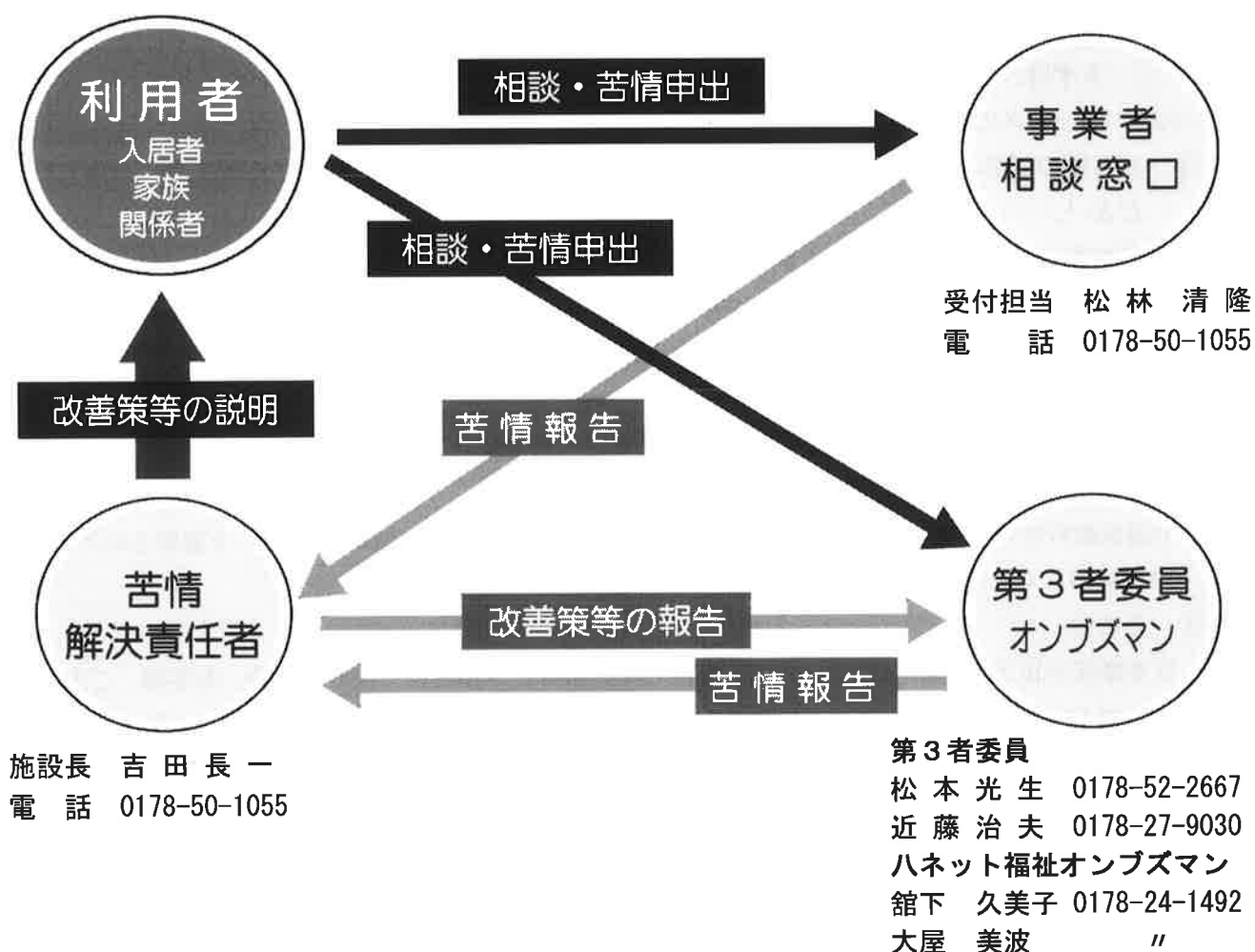
TEL 017-723-1301

・おいらせ町介護福祉課連絡先

TEL 0178-56-4705

④ 苦情解決方法

苦情受付担当者、第三者委員、オンブズマンが苦情の直接受付、苦情内容の報告聴取、話し合いの立会いなどを行い解決する。苦情受付の流れは、以下のようになります。



7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご家族・介護支援専門員へ連絡いたします。

主治医	氏名	
	連絡先	電話番号
ご家族	氏名	
	連絡先	電話番号

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は社会福祉法人 全国社会福祉協議会と損害賠償保険契約を結んでおります。

9 非常災害対策

防災時の対応	地域における災害協力隊を結成し、年2回以上の防災訓練を実施する。
防災設備	非常災害整備は常に有効に保持するよう努める。
防火管理責任者	事業所管理者をあてる。

10 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	介護介護支援専門員 松林 清隆
-------------	-----------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所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。

11 その他

- ・従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- ・従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とするものである。

令和 年 月 日

居宅介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 青森県上北郡おいらせ町沼端 370-1

名称 居宅介護支援事業所 たんぽぽ

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から居宅介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印