

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ケアビレッジ概要

事業所名 : 居宅介護支援事業所ケアビレッジ
所在地 : 〒785-0030 須崎市多ノ郷 甲 5741 番地
電話番号 : 0889-43-1166
Fax 番号 : 0889-43-1165
事業者指定番号 : 須崎市 第 3970600221 号
サービス提供地域 : ・須崎市
介護支援専門員 : 管理者兼介護支援専門員 常勤 1 名
介護支援専門員 常勤 1 名以上

2. 営業時間

平日 午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 30 分
(土・日・祝祭日・年末年始(12/31~1/3)は、原則として休業します。)
※ 緊急の場合は、電話連絡頂ければ対応致します。

3. サービスの内容

- (1) 居宅サービス計画(ケアプラン)の作成
- (2) 要介護認定の申請代行と訪問調査
- (3) 給付管理票の作成
- (4) モニタリング(サービス実施状況と利用者状況の把握)
- (5) 居宅サービス事業者との連絡調整
- (6) 相談業務

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されますので、自己負担はございません。ただし、介護保険適用の場合においても、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合はいったん 1 か月あたりについて下記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。後日、サービス提供証明書を市町村役場の窓口へ提出することで、全額払戻しとなります。

厚生労働省公示の金額

区分	項目	金額	内容・回数等
基本	要介護1・2	10,860円(1ヶ月)	
	要介護3・4・5	14,110円(1ヶ月)	
加算	初回加算	3,000円(1ヶ月)	新規に居宅サービス計画を作成する場合 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
	特定事業所加算Ⅰ	5,190円(1ヶ月)	「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係る伝達等を目的とした会議を定期的開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合(一月につき)
	特定事業所加算Ⅱ	4,210円(1ヵ月)	
	特定事業所加算Ⅲ	3,230円(1ヵ月)	
	特定事業所加算A	1,140円(1ヵ月)	
	特定事業所医療介護連携加算	1,250円(1ヵ月)	
	入院時情報連携加算Ⅰ	2,500円(1ヶ月)	入院したその日のうちに病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅰ)
	入院時情報連携加算Ⅱ	2,000円(1ヶ月)	入院の日の翌日又は翌々日に病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅱ)
	退院・退所加算		入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合。 (Ⅰ)イ 連携1回 (Ⅰ)ロ 連携1回(カンファレンス参加による) (Ⅱ)イ 連携2回以上 (Ⅱ)ロ 連携2回(内1回以上カンファレンス参加) (Ⅲ) 連携3回以上(内1回以上カンファレンス参加)
	(Ⅰ)イ	4,500円(1ヶ月)	
(Ⅰ)ロ	6,000円(1ヶ月)		
(Ⅱ)イ	6,000円(1ヶ月)		
(Ⅱ)ロ	7,500円(1ヶ月)		
(Ⅲ)	9,000円(1ヶ月)		
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円(1ヶ月)	在宅死亡の末期の悪性腫瘍の利用者に対し24時間連絡体制を整備し必要に応じ居宅介護支援を提供した場合	
通院時情報連携加算	500円(1ヵ月)	1月につき	
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円 (1ヶ月に2回を限度)	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整した場合	

(2) その他の費用の額

通常の事業の実施地域以外からの利用者の要請があったときは、交通費については利用者の同意を得てから実費の支払を受けます。

5. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

- (1) 利用者の皆様が自宅において、日常生活を営むために必要な居宅サービスを利用できるよう、介護保険制度等の基本方針や利用者のご希望に基づき、心身の状況等を勘案して、適切な居宅サービス計画(ケアプラン)を作成いたします。
- (2) 居宅サービス計画において、利用者の皆様に対して利用できる複数の居宅サービス事業者等を紹介します。また、その他、当該居宅サービス事業者等を居宅サービス計画に位置付けた理由等、さまざまな疑問にお応えしていきます。
- (3) 居宅サービス計画(ケアプラン)作成後も、利用者の皆様に対し、適切なサービスが提供されるようサービス担当者会議、サービス事業者等との連絡調整を行い、利用者の皆様の状態の変化に応じた対応を随時行います。
- (4) 利用者の皆様が入院された場合には、担当ケアマネージャーと入院先の医療機関に担当ケアマネージャーと当事業所の連絡先をお伝えください。医療機関と連携し、退院後、適切な居宅サービス利用が開始できるように努めます。
- (5) 特例として緊急時の事情により要介護認定前であっても、居宅介護支援のサービスを提供致します。
- (6) 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通りです。(別紙参照)

6. 記録の整備

- (1) 利用者に対する指定居宅介護支援のサービス提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

7. 事故発生時における対応

- (1) 利用者の皆様に対する居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村及び当該利用者のご家族に速やかに連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 当該事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、また利用者の皆様に対する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、損害賠償を速やかに行います。

8. 相談窓口・苦情対応

- (1) サービスに関するご相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

○お客様相談窓口

電話番号 : 0889-43-1166

責任者 : 吉田 温子

対応時間 : 午前8時30分 ~ 午後5時30分

- (2) 公的機関においても、次の機関に苦情などの申し立てができます。

○ 須崎市長寿介護課介護保険係

電話番号 : 0889-42-1205

対応時間 : 午前8時30分 ~ 午後5時15分

○ 土佐市長寿政策課介護保険係

電話番号 : 088-852-1124

対応時間 : 午前8時30分 ~ 午後5時15分

○ 高知県国民健康保険団体連合会

電話番号 : 088-820-8410

対応時間 : 午前 8 時 30 分 ~ 午後 4 時 00 分

9 虐待の防止

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

- (1) 虐待に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。
- (6) 虐待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ります。
- (7) 虐待防止のための指針の整備

10.身体拘束の禁止

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するやむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の利用者の行動を制限する行為は行わない。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、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載する。

11.業務継続計画に策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するケアマネジメントを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（以下業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練、委員会を定期的に実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

12.ハラスメント防止対策

職場におけるハラスメントの防止

事業所は、適切なサービスを確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の職場環境が害される事を防止するための方針の明確化等の必要な外を講じます。

○ サービス利用に関してのお願い。

- (1) お茶やお菓子等、お心付けなどは一切不要です。
- (2) 訪問の際ペットをゲージに入れる。リードにつなぐなどの配慮をお願いします。
- (3) 職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けてください。
- (4) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場

合は、サービス中止や契約を解除する事があります。

【説明確認欄】

居宅介護支援契約の締結にあたり、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所所在地 須崎市多ノ郷 甲 5741 番地

事業所名 居宅介護支援事業所ケアビレッジ

管理者 吉田 温子 印

説名者 印

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

家族の代表

住所

氏名 印（続柄 ）

代表者

住所

氏名 印

（利用本人との関係 ）