

居宅介護支援重要事項説明書

社会福祉法人 水交苑
水交苑指定居宅介護支援事業所

1. 事業の目的

要介護状態にある方に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することにより、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮、要介護状態の維持、改善を目的とします。

2. 事業者の概要

法人種別	社会福祉法人
事業者の名称	社会福祉法人 水交苑
代表者	三浦 功達
所在地	大館市下代野字中道南22番地1
電話番号	0186-48-3553
設立年月日	昭和51年3月25日

3. 事業所の概要

事業所の名称	水交苑指定居宅介護支援事業所
事業所の所在地	大館市字下綱123番地
管理者	石川 京子
電話番号	0186-48-6800
指定年月日	平成12年4月1日
指定事業所番号	0570402222
サービス提供地域	大館市全域
サービス提供時間	月曜日から土曜日 午前8時30分～午後5時30分 ※日曜日、12/29～1/3は「休日」の扱いとなります。 なお、サービス提供時間以外の介護相談等については当事業所の通常の電話番号「48-6800」に電話をして頂くことで専用携帯電話に転送され、介護支援専門員が24時間相談に応じます。

4. 事業所の職員体制

(1) 職員体制

職種	従事する業務	人員
管理者	介護支援専門員の管理、利用申込みに係る調整、業務管理等	1名（常勤） 主任介護支援専門員兼務
主任介護支援専門員	困難事例への対応、介護支援専門員に対する助言指導等、居宅サービス計画書の作成等、要介護認定に必要な申請代行、サービス実施状況の継続的な把握・評価、介護保険施設の紹介等	1名（常勤）
介護支援専門員	居宅サービス計画書の作成等、要介護認定に必要な申請代行、サービス実施状況の継続的な把握・評価、介護保険施設の紹介等	5名（常勤）

(2) 職員の研修、実習の受け入れについて

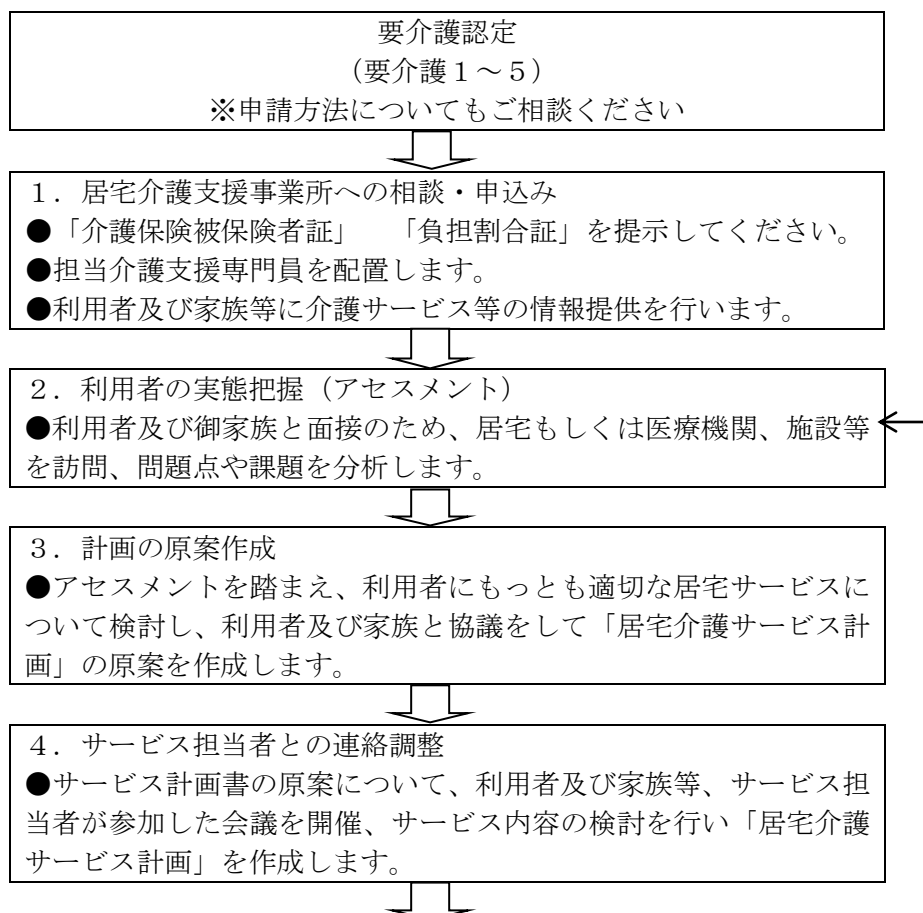
- ア. 介護支援専門員の資質の向上のため、介護支援専門員について具体的に個別的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を策定し、計画的に研修を実施しています。
- イ. 事業所外で行われる各研修会に参加し、介護支援専門員の質の向上を図っています。
- ウ. 当事業所では、利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を週1回以上開催し、その記録は5年間保存します。
- エ. 当事業所では、介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力体制を確保し、介護支援専門員の育成に取り組んでいます。

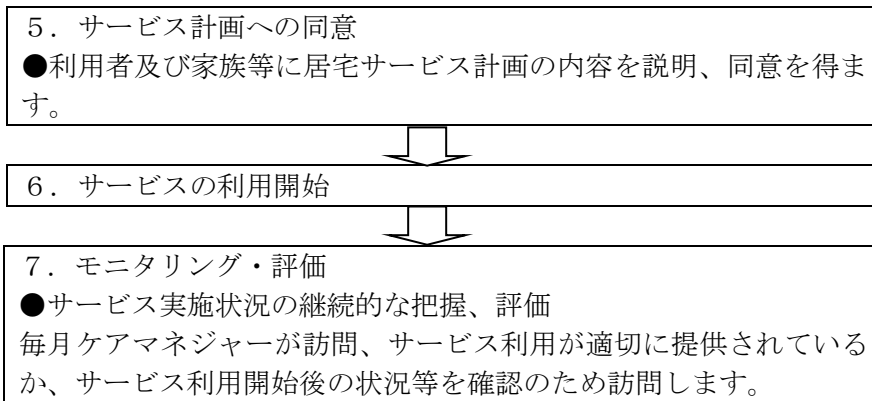
(3) 運営の方針

- ア. 当事業所は、社会福祉法人が設置し、在宅サービスから施設サービスまで一貫した総合的な福祉サービスを提供できるように心掛けております。
- イ. 利用者が要介護状態となった場合でも、可能な限り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ことができるよう配慮します。
- ウ. 市町村、地域包括支援センター、他居宅介護支援事業所、介護保険施設等との連携に努めるものとし、地域包括支援センターからの支援困難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ます。
- エ. 介護保険法及び厚生労働省が定める運営基準、その他関係法令等を遵守し、提供サービスの質の評価を行いながら常にその改善を図るよう努力します。

5. 居宅介護支援サービスの内容

(1) 居宅介護支援サービスの申込みからサービス提供までのながれ





(2) 訪問回数の多いケアプランについて

- ・利用者の自立支援、重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には市町村にケアプランを届け出ることとします。

6. サービスの中止（キャンセル）等

- (1) 利用者のご都合によりサービスを終了する場合
- (2) 利用者が、居宅介護支援に係るサービス提供を中止する場合は、事前にお申出ください。
- (3) 居宅サービス計画の変更、事業所との連絡調整等について利用者が行った依頼等を取り消す場合もご連絡ください。
- (4) 利用者は、1ヶ月以上の予告期間があれば契約全体を解除することも可能です。
- (5) サービス提供のキャンセル又は契約解除の場合でもキャンセル料等はありません。

7. 利用料金

居宅介護支援の利用料金は、法定代理受領により当事業所に対し介護保険給付から支払いがされる場合、利用者の自己負担はありません。

○居宅介護支援費（Ⅰ）取扱件数 一人あたり45件未満

要介護1・要介護2	10,860円
要介護3・要介護4・要介護5	14,110円

○特定事業所加算（Ⅱ）

要介護1・2・3・4・5	4,210円
--------------	--------

○加算

初回加算	①新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対し居宅介護支援を行った場合 ②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 ③要介護状態区分が2段階以上変更された利用者に対し居宅介護支援を行った場合	3,000円/月
------	---	----------

入院時情報連携加算（Ⅰ）	入院したその日のうちに情報提供を行った場合（提供方法は問いません）	2,500円／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	入院した日の翌日又は翌々日に情報提供した場合（提供方法は問いません）	2,000円／月
退院・退所加算 （入院等期間中に3回まで）	病院もしくは診療所又は介護保険施設等から退院又は退所に当たって、当該職員と面談を行い居宅介護サービス計画の作成し、居宅サービス利用に関する調整を行った場合	6,000円／月
ターミナルケアマネジメント加算	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、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、心身の状態を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス事業者に提供した場合	4,000円／月
特別地域加算	上記の利用料金の合計に15%	
同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント	指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者	所定単位数の95%を算定

※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、1ヶ月につき要介護度に応じた居宅介護支援費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、市町村庁の窓口に出しますと全額払戻が受けられます。

※介護支援専門員が通常のサービス提供地域の場合、交通費が無料となります。

8. 医療との連携促進

- ・利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することが義務付けられております。
- ・居宅介護支援の開始に当たり、入院時には担当のケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関へお伝えください。
- ・訪問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ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態について、ケアマネジャーから主治の医師、歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ・看取り期において、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の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、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同時に取り扱うことが適当と認められたケースについて居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする。
- ・通院時情報連携加算は、ご利用者様の通院時に介護支援専門員が同席し、医師、歯科医師等に対してお客様の心身の状況や生活環境等必要な情報提供を行うとともに、医師、歯科医師等からご利用者様に関する必要な情報提供を受けたうえで、居宅サービス計画に記録した場合に1月に1回を限度として加算できます。

9. 公正中立なケアマネジメントの確保

複数事業所の説明等	利用者はケアプランに位置付ける介護サービス事業所等について、複数の事業所の紹介や、その選定理由について事業者に求めることができます。
前 6 か月間のケアプランにおける利用割合	事業者が前 6 ヶ月の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」の利用割合等を別途資料にて説明致します。

10. 虐待防止のための措置

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又は防止等の観点から、次の措置を講ずるものとしします。

- ・虐待防止や早期発見のための指針の整備
- ・虐待防止、早期発見のための研修会の参加
- ・前号に掲げる措置、対応を適切に実施するための担当者の設置

事業提供中に当該事業所従事者や養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町村等に通報し対応を協議します。

11. 感染症予防及びまん延防止について

事業者は、感染症の予防及びまん延の防止の指針を定め、必要な措置を講じ、利用者と家族及び職員の安全を確保するための対策を実施し、次の措置を講ずるものとしします。

- ・管理者は、感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会に参加し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。職員は、組織の定める研修会に参加するものとしします。
- ・事業者は、感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していきます。
- ・職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修を実施します。

12. 業務継続計画について

事業者は、感染症や自然災害発生時及び発生後に、迅速に業務の再開及び継続させることを目的に業務継続計画を策定し、平常時の備えと発災後の対応に努めるものとする。

また、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていきます。

- ・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を定期的に行います。
- ・事業者は、定期的な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います。

13. ハラスメントの対策

事業者は、利用者及び、職員すべてのハラスメント行為を禁止していくための必要な措置並びに、ハラスメントに起因する問題が生じた場合には適切に対応するための必要な措置を講じるものとしします。

14. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し 5 年間保存します。また事業者として身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体

に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。

(2) : 非代替性 身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止できない場合に限りです。

(3) : 一時性 利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

15. 認知症ケアについて

認知症地域支援推進員とともに、地域包括支援センターや医療機関、他居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、地域の支援機関等と連携し、認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう支援します。

16. 秘密保持

当事業所では、業務で知り得た利用者又はそのご家族に関する個人情報ならびに秘密について、第三者に漏らすことがないようにし、またサービス担当者会議等において利用者及び御家族の個人情報を用いる場合、あらかじめ文章により利用者及び御家族から同意がある場合に限り第三者へ開示するものとし、それ以外の場合は契約中及び契約終了後においても秘密を保持します。

17. 緊急時の対応

居宅介護支援を実施中に利用者に病状等の急変が生じた場合、速やかに主治医へ連絡等の措置を講じ、管理者に報告するものとします。

18. 事故発生時の対応

居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、大館市ならびに利用者の御家族等へ速やかに連絡を行い、事故の状況及び対処について記録を行います。また賠償すべき事故が発生した場合は賠償責任手続きを迅速に行います。なお記録は5年間保存します。

19. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所に対する利用者や御家族等からの相談（要望等）・苦情担当

居宅介護支援に関する相談・苦情の受付

ア. 居宅サービスに対する苦情・相談

担当者氏名 石川京子 電話番号 0186-48-6800

イ. 当事業所に対する相談・苦情

担当者氏名 石川京子 電話番号 0186-48-6800

ウ. 苦情解決責任者

社会福祉法人水交苑 本部事務局

担当者氏名 中村淳一 電話番号 0186-48-3553

(2) 当事業所以外に市町村等へ相談・苦情を申し出ることができます。

ア. 大館市役所 福祉部長寿課 介護保険係

所在地：大館市字中城20番地

電話番号：0186-43-7055

イ. 秋田県国民健康保険団体連合会

所在地：秋田市山王四丁目2番地3

電話番号：018-883-1550

私は、指定居宅介護支援のサービス提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行いましたので下記に記名押印の上、各自1通を保有することにします。

令和 年 月 日
水交苑指定居宅介護支援事業所

説明者職名 介護支援専門員 氏名 _____ 印

私（ ）及び家族等（ ）は本書面に基づき重要事項の説明を受け、当該サービスの提供開始に同意します。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（または家族代表）

住所 _____

氏名 _____ 印