

重要事項説明書

社会福祉法人 桜風会
居宅介護支援事業所 あいあい 桜が丘

指定居宅介護支援 重要事項説明書

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 桜風会
所在地	広島県府中市桜が丘3丁目2番地の1
電話番号	0847-41-5000
代表者氏名	理事長 門田 悦治
設立年月	平成17年9月16日

2. 事業所の概要

事業所名（番号）	指定居宅介護支援事業所 あいあい桜が丘（第3471700512号）
住所	広島県府中市桜が丘3丁目2番地の1
電話番号	0847-41-5000
設立年月	平成18年3月1日
管理者	宮口 邦彦
事業実施地域	府中市（上下町を除く）・福山市新市町・芦田町・駅家町

3. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（年末年始を除く）
サービス提供時間	8：30～17：30

※ 上記地域以外でもご希望の方は、ご相談ください

4. 職員の体制

従業員の職種	常勤	非常勤	員数	職務内容
管理者	1	0	1	事業所の管理・運営全般（介護支援専門員と兼務）
介護支援専門員	4	0	4	居宅介護支援に関する業務
事務員	0	1	1	事業所の経理等の事務及び介護支援専門員の補助事務

5. 目的及び方針

居宅において、要介護状態にある利用者に対し、適切な居宅介護支援を提供する事を目的とします。

- (1) 事業所の介護支援専門員は、可能な限り利用者の居宅において、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多種多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう支援いたします。
- (2) 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定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に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。また、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

6. 内容及び提供方法

① 居宅介護支援サービスの申し込み

重要事項及び契約内容をご確認いただき、契約の締結をします。

② お客様の状態の把握（アセスメント）

担当の介護支援専門員がお客様やご家族に面接し、抱えている問題点や解決すべき課題をお客様と協同で分析します。

※施設への入所を希望される場合はご紹介します。

③ 居宅サービス計画原案の作成

地域のサービス事業所の内容や、料金をお伝えし、利用するサービスを選んでいただきます。

④ 居宅サービス担当者との連絡調整

担当の介護支援専門員を中心に、関係する居宅サービス事業者やお客様・ご家族も参加し、必要な意見交換等を行うことにより居宅サービス計画の内容調整を図ります。

⑤ 居宅サービス計画の作成

お客様の希望や心身の状況等を考慮し、居宅サービスの目標とその達成時期、サービスの種類、内容、料金等を決定します。

⑥ お客様の同意

作成された居宅サービス計画の内容についてご確認、ご了承いただきます。

⑦ お客様への居宅サービス計画書の交付

お客様に同意いただいた居宅サービス計画書を交付します。

⑧ 居宅サービスの提供

居宅サービス計画に位置づけられたサービスを、各々の居宅サービス事業者より提供します。

⑨ 状況の把握（モニタリング）

居宅サービス計画の実施状況について、1ヶ月に1回、訪問を行い、利用者・ご家族と面談し、必要に応じて居宅サービス計画の変更を実施します。

7. 担当者について

担当介護支援専門員

連絡先 0847-41-5000

※ 入院時には病院へ担当者をお伝えください。

①. 事業所は、利用者の個人情報と適正に取り扱うことは、医療・介護サービスに携わるものの重大な責務であると考え、個人情報の取り扱いに関する適正性の確保に取り組んでおります。個人情報に関する法令・規範・ガイドラインを遵守し、適切な取り扱いに努めます。

②. 事業所が得た、利用者の個人情報については、居宅サービス計画の作成や指定居宅サービス事業者との連携調整等以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者及び御家族又はその代理人の了承を得るものとします。

8. 料金について（原則的に利用者の自己負担はありません）

①. 居宅介護支援利用料は、要介護度に応じ介護サービス提供開始以降1ヶ月当たり以下の料金になります。

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

- ②. 介護保険適応の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦上記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。後日、そちらを保険者の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
- ③. 通常の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援事業に要した交通費は、その実費を徴収します。なお自動車を使用した場合の交通費は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1 km 当たり 40 円とします。前項の費用の支払いを受ける場合は、利用者またはその家族に事前に文書で説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に署名または記名押印をうけることとします。

④ 以下の場合には加算料金を頂きます。

初回加算	適切かつ質の高いケアマネジメントを実施する為、特に手間を要する初回(新規に居宅サービス計画を作成した場合及び要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合)	3,000 円
特定事業所加算	基準に適合しているものとして県に届け出ている場合	(Ⅰ)5,190 円 (Ⅱ)4,210 円 (Ⅲ)3,230 円 (A)1,140 円
特定事業所加算 医療介護連携加算	病院との連携や看取りへの対応の状況を要件とし、医療と介護の連携を推進する	(Ⅳ)1,250 円
入院時情報連携加算(Ⅰ・Ⅱ)	病院に入院する利用者について、医療機関の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合	(Ⅰ)2,500 円 (当日・又は翌日以内) (Ⅱ)2,000 円 (3 日以内)
退院・退所加算	利用者が退院又は退所に当たって、病院や介護保険施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、サービスの利用に関する調整を行った場合 退院・退所加算(Ⅰ)イ(1回目・カンファレンス無) 退院・退所加算(Ⅰ)ロ(1回目・カンファレンス有) 退院・退所加算(Ⅱ)イ(2回目・カンファレンス無) 退院・退所加算(Ⅱ)ロ(2回目・カンファレンス有) 退院・退所加算(Ⅲ) (3回目・カンファレンス有)	入院または入院期間 中 1 回を限度 450 単位 600 単位 600 単位 750 単位 900 単位
緊急時等居宅 カンファレンス加算	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、必要に応じて居宅サービス等の調整を行った場合	2,000 円
ターミナルケア マネジメント加算	在宅で死亡した利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)に対して、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、利用者の居宅を訪問し、主治医及び居宅サービス事業者に提供した場合	4,000 円

看取り期におけるサービス利用前に相談・調整等に係る評価	モニタリングなどの必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っているとのこと及び居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録し、書類の保管を行う	居宅介護支援費の算定
通院時情報連携加算	利用者が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うえで、居宅サービス計画に記録した場合	500 円
介護職員等 処遇改善加算	職員等の処遇改善に関する計画書を作成し、職員の資質向上や職場環境の改善など厚生労働大臣が定める基準に適合する場合	所定単位数の 2.1%

⑤. サービス料金について、介護給付費体系の変更があった場合、事業所は当該サービス利用料金を変更する事が出来る事とします。

9. 事故発生時の対応について

- (1) 速やかに市町村・家族へ連絡し必要な措置を取ります。
- (2) 事故状況や事故に際して採った処置を記録します。
- (3) 記録を 2 年間保存します。
- (4) 事故原因の解明、再発防止策を講じます。

10. 契約の終了及び解約について

①契約の終了…契約書第 7 条参照

②契約の解約

㊦利用者の解約権…契約書第 5 条参照

㊧事業者の解約権…契約書第 6 条参照

同条第 2 項に定める不信行為・パワーハラスメント・セクシャルハラスメント等の具体例（契約を解除する場合の具体例）

暴力又は乱暴な言動

- ・物を投げつける、物を破壊する
- ・刃物を向ける、服を引きちぎる
- ・怒鳴る、噛みつく、脅迫する
- ・気に入らない職員や特定の職員を集中的に批判したり、いやがらせをする
- ・他施設や他者との比較をしながら、過大なサービスを要求したり罵倒したりする
- ・机や壁などをドンドン叩いて威圧する など

セクシャルハラスメント

- ・職員の体を触る、手を握る、抱きしめる
- ・卑猥な写真を見せる
- ・不必要に自分の体を触らせようとする
- ・性的な発言や卑猥な言動をする など

その他

- ・職員を長時間にわたり束縛しようとする
- ・職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く

- ・奇声や大声を発する など

11.苦情処理体制及び手順

事業所は、自ら提供した指定居宅介護支援または自らが居宅サービス計画に位置づけたサービス等に対する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当者を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者及び家族に説明するものとします。

【サービス相談及び苦情受付の窓口】

担当部署	指定居宅介護支援事業所 あいあい桜が丘(管理者:宮口 邦彦)
電話番号	0847-41-5000
受付時間	営業日の午前 8:30～午後 5:30
備考	土・日曜日と 12 月 31 日～1 月 3 日は休みです

【市町村（保険者）等の窓口】

担当部署	府中市役所 医療介護保険課 介護保険係
電話番号	(Tel)0847-40-0222 (Fax)0847-45-5522
住所	府中市府川町 315 番地 対応時間 8:30～17:15

担当部署	福山市役所 長寿社会応援部介護保険課
電話番号	(Tel)084-928-1166
住所	福山市東桜町 3 番 5 号 対応時間 8:30～17:15

担当部署	尾道市役所 高齢者福祉課 介護係
電話番号	(Tel)0848-38-9440
住所	尾道市久保 1 丁目 15-1 対応時間 8:30～17:15

担当部署	広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 調査指導係
電話番号	(Tel)082-554-0783 (Fax)082-511-9126
住所	広島県広島市中区東白島町 19-49 対応時間 8:30～17:15

(1) .苦情処理手順

- ①苦情相談担当者は直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に行くなどして事情を聞き、苦情の内容の詳細を確認する。
- ②連絡受付担当者は苦情の内容を管理者に報告し、管理者は担当のサービス事業所を召集、苦情処理に向けた検討会議を開催する。
- ③検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、管理者は必ず翌日までに対応の具体的な方針を定める。
- ④苦情相談担当者は利用者宅を訪問し報告、謝罪するとともに、検討結果を説明する。
- ⑤苦情相談担当者は苦情処理結果を台帳に記載、整理する。管理者は再発防止に努めるよう職員に徹底する。

(2) .苦情があったサービス事業所に対する対応方針等

苦情があったサービス事業者に即座に連絡を取り、事情を聞き内容の確認をし、苦情処理に向

けた検討会議を行い、結果を利用者に書面と口頭で報告する。

12. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずる

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (3) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (4) 虐待発生時には、市町へ報告をする。

13. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供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ずるよう努める。

- (1) 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を定期的実施する。
- (2) 事業所は、定期的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。

14. 身体拘束等の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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その他必要な事項を記録する。事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずる。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

15. 特定の居宅サービス事業所及び地域密着型サービス事業所の利用事業所の公表 (別紙)

令和 年 月 日

重要事項説明書に基づいて、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明者氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(家 族) 氏名 _____ (続柄 _____) 印