

大口社協居宅介護支援事業所 重要事項説明書

(愛知県指定 第2375300031号)

事業所は、契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

＊当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となりますが、要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の体制	3
4. 事業所が提供するサービス	3
5. 居宅介護支援業務の流れ	4
6. 守秘義務と個人情報の保護	4
7. 介護支援専門員(ケアマネジャー)の交替	4
8. 利用料金と加算	5
9. サービスの利用に関する留意事項	5
10. 事故発生時の対応	7
11. 苦情の受付について	7

1. 事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人 大口町社会福祉協議会
(2) 所在地 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地
(3) 電話番号 0587-94-0060
FAX 0587-94-0059
(4) 代表者氏名 大 森 滋
(5) 設立年月日 昭和62年 7月 1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
(2) 事業の目的 指定居宅介護支援は介護保険法令に従い、契約者（利用者）が居宅において、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としてサービスを提供します。
(3) 事業所の名称 大口社協居宅介護支援事業所
平成11年8月31日指定
愛知県指定第2375300031号
(4) 事業所の所在地 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地
(5) 電話番号 0587-94-0060
FAX 0587-94-0059
(6) 管理者氏名 山 本 孝 広
(7) 事業所の運営方針
ア. 大口社協居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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して行います。
イ. 事業の実施にあたっては、利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。
ウ. 事業の実施にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、特定の種類または特定の居宅サービス事業所に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
エ. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター他の指定居宅サービス事業所、介護保険施設等との連携に努めます。
(8) 開設年月日 平成12年4月1日
(9) 事業者が行っている他の事業
[通所介護事業] 平成12年2月29日指定 愛知県2375300189号
ミニデイサービスセンター 平成30年4月1日指定 2375300189号
[訪問介護事業] 平成11年9月28日指定 愛知県2375300056号
[社会福祉事業全般]

(10) 通常の事業の実施地域 大口市全域

(11) 営業日及び営業時間

ア. 営業日 月曜日から金曜日まで

但し、国民の休日に関する法律（昭和23年法律178号）に規定する休日、及び12月29日から翌月1月3日までを除きます。

イ. 受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで

ウ. サービス提供時間帯 午前8時30分から午後5時15分まで

3. 職員の体制

＜主な職員の配置状況＞ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業員の職種	員数	区分				常勤換算後の員数	従業者の指定基準
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者 兼 介護支援専門員	1		1			1	1
介護支援専門員	1	1				1	1

4. 事業所が提供するサービス

居宅サービス計画の作成・変更	利用者や家族に面会し利用者の状況、環境等を理解し課題を把握して計画書を作成する。利用者や家族が計画の変更を希望し、事業者は変更が必要と判断した場合は計画を変更する。
サービス事業者との連絡、調整	利用者がサービス事業所の見学を希望した場合の調整や、利用者や家族の意向を伝えたり、契約や担当者会議の調整を行う。
サービス実施状況の把握・評価	サービス事業所より毎月、利用状況の報告書を提出してもらい状況を把握する。利用者の意向を伺い有効性を評価する。
利用者状況の把握	介護支援専門員が月に1回以上訪問し、利用者の状況や意向を把握し記録する。
給付管理	毎月、利用実績を記録して給付管理票を作成し国民健康保険団体連合会へ提出する。
介護認定申請に対する援助	介護保険を継続利用する為に更新申請の手続きを行う。状態が変化した場合、状態に合ったサービスが受けられるように変更申請を行う。
介護保険施設の紹介	利用者が自分で日常生活が困難になったと認められる場合または、利用者が施設入所を希望する場合は介護保険施設を紹介し、その他の便宜を提供する。

5. 居宅介護支援業務の流れ

- ① 事業所等に介護支援専門員(ケアマネジャー)を依頼する。
- ② 居宅介護支援事業所と契約を締結する
- ③ 介護支援専門員(ケアマネジャー)が自宅訪問し利用者の解決すべき課題を把握する。
(アセスメント)
- ④ 介護支援専門員(ケアマネジャー)が地域のサービス事業者を複数紹介し、利用者を選んでもらう。
- ⑤ 介護支援専門員(ケアマネジャー)が居宅サービス計画(原案)を作成し、利用者に説明し同意をもらう。
- ⑥ 利用者とサービス事業所との調整を行い、契約やサービス担当者会議を行う。
- ⑦ サービス利用開始
- ⑧ 利用者や家族と月1回以上面会し、利用者の状況や意向を把握する。(モニタリング)
- ⑨ サービス事業所から毎月、利用状況を報告してもらい有効性を評価する。
- ⑩ 毎月、利用実績を記録して給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会へ提出する。
- ⑪ 利用者より計画の変更を希望される場合、必要に応じて計画の変更を行う。

6. 守秘義務と個人情報の保護

- (1) 事業所はサービスを提供する上で知り得た利用者及び家族の情報を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約終了後においても継続します。
- (2) 事業所は従業者に、従業者でなくなった後においても、守秘義務を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。
- (3) 事業所は予め同意を得ない限り利用者及び家族の情報を用いません。
- (4) 事業所は利用者及び家族の情報が含まれる記録物は注意を持って管理し、処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。
- (5) 事業所が管理する情報は利用者の求めに応じて、その内容を開示します。情報の訂正、追加、削除を求められた場合は遅滞なく調査を行い、訂正を行うものとします。
- (6) 守秘義務に違反し利用者に損害が生じた場合は、賠償責任を負うものとします。

7. 介護支援専門員(ケアマネジャー)の交替「契約書第7条参照」

- (1) 介護支援事業所からの介護支援員の交替
事業所の都合により介護支援専門員を交替することがあります。交替する場合は、契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。
- (2) 契約者からの交替の申し出
選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。

8. 利用料金と加算

居宅介護支援の料金は通常の場合、介護保険から全額給付されますので**利用者負担は**

ありません。ただし、介護保険料を滞納している場合は滞納期間によって負担金が生じます。

※大口町は地域区分7級地で居宅介護支援は1単位10.21円です。(小数点以下切り捨て)

要介護区分 取扱い件数	要介護1・2	要介護3・4・5
介護支援専門員1人当たりの 利用者数が45人未満	1,086単位/月 (11,088円)	1,411単位/月 (14,406円)

加算の種類	加算額	算定要件
初回加算	3,063円	新規にサービス計画書を作成する場合、要介護状態が2区分以上変更された為、計画書を作成する場合
入院時情報連携加算(Ⅰ)	2,552円	利用者が入院日に情報提供する 営業日以外の日に入院した場合は翌日を含む
入院時情報連携加算(Ⅱ)	2,042円	利用者が入院した翌々日までに情報提供する
退院・退所加算 (連携1回)	4,594円 6,126円	カンファレンス参加無し カンファレンス参加有り
退院・退所加算 (連携2回)	6,126円 7,657円	カンファレンス参加無し カンファレンス参加有り
退院・退所加算 (連携3回)	6,126円 9,189円	カンファレンス参加無し カンファレンス参加有り
緊急時 カンファレンス加算	2,042円	病院または診療所の求めにより当該病院または診療所の医師または看護師と共に訪問し、カンファレンスを行い必要に応じて居宅サービスに関する調整を行った場合
通院時情報連携加算	510円	1月1回を限度に利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、心身の状況や生活環境等必要な情報提供を行い、計画書を作成した場合

看取り期における利用者の退院時等に、モニタリングやサービス担当者会議で必要なケアマネジメント業務、給付管理のため準備が行われた場合、基本報酬の算定をします。

9. サービスの利用に関する留意事項

- (1) 利用者は計画書に位置付ける居宅サービス事業者について、複数の事業所の紹介を求めることができます。また計画書に位置付けた理由を求めることができます。
- (2) 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下記のとおり。
 - ① 前6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

サービス	利用割合	サービス	利用割合
訪問介護	30.9%	通所介護	59.5%
地域密着型通所介護	0%	福祉用具貸与	68.2%

- ② 前6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、福祉用具貸与のサービス毎に、同一事業者によって提供された割合

訪問介護	大口社協訪問介護事業所	70.9%
	Kライン・ヘルパーステーション大口	14.6%
	訪問介護A R A R A	5.8%
通所介護	大口社協デイサービスセンター	25.3%
	デイサービスセンター御桜乃里	23.2%
	大口一期一会デイサービスセンター	18.7%
地域密着型通所介護		0%
福祉用具貸与	(株)五月商店	25.6%
	(有)どんぐり	19.4%
	メイコー医療(株)	15.4%

- (3) 利用者が入院された時は、担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)の氏名、事業所名等を、入院先医療機関へ伝えていただきますようお願い致します。

(4) 事業継続に向けた取り組み

事業所は非常災害や感染症の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するため、早期の事業再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、必要な措置を講じます。

(5) 虐待防止への対策

事業所は利用者が他者からの不適切な扱いにより、権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれることのないように、虐待に関する正しい知識を持って適切な防止策を講じます。

虐待防止を検討する委員会を定期的開催し、その結果は事業所内で周知徹底します。

(6) 身体拘束の適正化のための措置

事業所は利用者の尊厳と主体性を尊重し、身体拘束による精神的、身体的な機能を奪う危険があるため、身体拘束等に関する正しい知識を持って適切な防止策を講じます。

身体拘束等に関する委員会を定期的開催し、その結果は事業所内で周知徹底します。

(7) 感染症対策について

事業所は感染症の発生及びまん延しないように、また利用者・家族及び職員の安全の確保を講じます。

感染症の予防及びまん延の防止に関する委員会を定期的開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

職員の定期的な健康診断の継続、事業所内の設備、備品等の衛生管理に努めます。

(8) ハラスメントの防止「契約書第17条参照」

事業所はサービス提供中に優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為等に対し、介護現場で働く職員の安全確保と、安心して働き続けられる労働環境を築けるよう、ハラスメントの防止に向けて取り組みます。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為

② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめる行為

③ 性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

利用者及び家族等から故意に暴力等の法令違反、その他著しく常識を逸脱した場合は、サービス利用契約を解除します。

10. 事故発生時の対応

居宅介護支援業務中に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡すると共に必要な措置を講じます。事業所が賠償すべき事故については損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所に故意又は過失が認められない場合は、損害賠償責任を負いません。

尚、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保険名	賠償責任保険

11. 苦情の受付について（契約書第19条参照）

（1）事業所に対する苦情や相談は以下の専用窓口で受付けます。

苦情受付窓口（担当者） 山 本 孝 広

苦情解決責任者（事務局長） 三 輪 典 幸

受 付 時 間 月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時15分

（2）行政機関その他苦情受付機関

大口町役場 長寿ふくし課

所在地 大口町伝右一丁目35番地

電話番号 0587-94-0051 FAX 0587-94-0052

受付時間 月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時15分

（土曜日、祝日、12月29日～1月3日は除く）

国民健康保険団体連合会 介護福祉室

所在地 名古屋市東区泉一丁目6番地5

電話番号 052-971-4165 FAX 052-962-8870

受付時間 月曜日から金曜日 午前9時～午後5時

（12時～13時、土曜日、祝日、12月29日～1月3日は除く）

（3）第三者委員

本事業では地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し地域住民の立場から本事業のサービスに対するご意見などを頂いています。利用者は本事業への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

氏 名	連 絡 先	電 話
笹 山 恵 子	大口町新宮一丁目51番地	95-2960
原 幸 子	大口町さつきヶ丘二丁目306番地	95-4747

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

大口社協居宅介護支援事業所 氏 名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所 大口町 _____

氏 名 _____ ㊞

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(契約者との続柄)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(契約者との続柄)