

重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

利用者： _____ 様

さがみはら在宅支援株式会社

ファミリークリニックケアプランセンター

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

法人種別・名称	さがみはら在宅支援株式会社
法人所在地	〒252-0243 神奈川県相模原市中央区上溝 5-14-19 ダイエー上溝店 3F
代表取締役	水上 有紀
電話番号	042-713-1467

2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携および連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

3. 概要

(1)居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ファミリークリニックケアプランセンター
所在地	神奈川県相模原市中央区上溝 5-14-19 ダイエー上溝店 3F
介護保険指定番号	居宅介護支援事業 (神奈川県 1472607900 号)
サービス提供地域	相模原市全域

(2)職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者	常勤	事業所の運営および業務全般の管理	1
主任介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	1

(3)勤務体制

平 日 (月)～(金)	9：00～18：00 祝祭日および 12/29～1/3 を除く
----------------	------------------------------------

(4) 居宅介護支援サービスの実施概要

事 項	備 考
課 題 分 析 の 方 法	全国社会福祉協議会方式を使用し、厚生省の標準課題項目に準じて最低月 1 回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行う
研 修 の 参 加	採用時研修（採用後 1 か月以内） 継続研修（年に 2 回） 現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加
担 当 者 の 変 更	担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能
訪 問 頻 度	月に 1 回以上 ※主治医、その他関係者との合意が取れた場合、状態が安定している場合、テレビ電話装置で意思疎通が可能な場合は 2 か月に 1 回。この場合は別紙にて改めて同意を得る。

(5) 利用料金及び居宅介護支援費

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。但し、保険料の滞納により法定代理受領が出来なくなった場合、1 ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日保険者の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費(Ⅰ)	介護支援専門員 1 人あたりの	要介護 1・2	1086 単位
	担当件数が 1～39 件	要介護 3・4・5	1411 単位
居宅介護支援費(Ⅱ)	介護支援専門員 1 人あたりの	要介護 1・2	544 単位
	担当件数が 40～59 件	要介護 3・4・5	704 単位
居宅介護支援費(Ⅲ)	介護支援専門員 1 人あたりの	要介護 1・2	326 単位
	担当件数が 60 件以上	要介護 3・4・5	422 単位

(6) 加算について

初 回 加 算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	300 単位
入院時情報連携加算(Ⅰ)	病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	250 単位

入院時情報連携加算(Ⅱ)	病院又は診療所に入院の翌日または翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	200 単位
退院・退所加算（Ⅰ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等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一回受けていること	450 単位
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等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により一回受けていること	600 単位
退院・退所加算（Ⅱ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等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二回受けていること	600 単位
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによること	750 単位
退院・退所加算（Ⅲ）	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回はカンファレンスによること	900 単位
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に対して死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者提供した場合算定	400 単位
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上で居宅サービス計画に記録した場合に算定	50 単位

（ 7 ） 交通費について

通常の事業の実施地域を超えて行う指定居宅介護支援に要した交通費はその実費を請求いたします。なお、自動車を使用した場合の交通費は下記の額を請求いたします。

・ 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道 10 キロメートル未満 150 円

・ 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道 10 キロメートル以上 300 円

4. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

（1）当事業所相談窓口

相談窓口	ファミリークリニックケアプランセンター
担 当 者	（管理者） 佐々木 知香
電 話 番 号	042-713-1467

対応時間	月曜から金曜 9:00～18:00（土日、祝祭日、年末年始を除く）
------	-----------------------------------

（２）円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

（３）苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者より、対応状況を正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

苦情申立機関が下記のとおり設置されております。

外部苦情相談窓口

相模原市福祉基盤課 (指導班)	所在地	相模原市中央区中央 2-11-15
	電話番号	042-769-9226
	対応時間	8:30～17:15
神奈川県国民健康保険 団体連合会	所在地	神奈川県横浜市西区楠町 27-1
	電話番号	045-329-3447
	対応時間	9:00～17:00

5. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関らず、サービス提供の過程において発生した事故については、下記のとおり
の対応を致します。

（１） 事故発生時の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、速やかに市町村（保険者）に報告します。

（２） 処理経過及び再発防止策の報告

（１）の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険者）に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。
また、指定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、すみやかに損害賠償を速やかに行います。

6. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

7. 虐待防止に関する事項

（１） 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するための担当者を定め、委員会の開催、指針の整備、定期的な研修を行います。

(2) 居宅介護支援の提供に際し、当該事業所従業者、養護者（利用者の家族等、高齢者を介護する者）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、管理者に報告し速やかに委員会を開催し必要な措置を講じます。

8. 身体的拘束に関する事項

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、自傷他害等の恐れがある場合等、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時は、必要最小限の範囲で行う事があります。その場合は、日時、状況等についての記録を行い、事業者として身体拘束を無くしていくための取り組みを積極的に行います。

9. 感染症の予防及びまん延の防止

(1) 事業者は、感染症の予防及びまん延を防止するための担当者を定め、委員会の開催、指針の整備、定期的な研修を行います。

(2) 事業者は、事業所において感染症が発生、又はまん延しないように、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理を行います。

10. 業務継続計画策定に関する事項

(1) 事業者は、感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため業務継続計画を策定します。

(2) 感染がまん延している場合、サービス担当者会議は利用者・家族の同意を得てテレビ電話装置等を活用し実施します。その際は、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドンス」を遵守します。

(3) 感染症及び災害に係る研修を定期的に行い、発生した場合において迅速に行動できるよう訓練を実施します。

11. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。

(1) 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、意見を定めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。

(2) 入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

12. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者および家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 事業者は、利用者及び利用者家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。

13. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- (1) 利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。
- (2) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
- (3) 公正中立なケアマネジメントの確保に向け、特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
- (4) 居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。
- (5) 終末期の状態と主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々の状態に即したサービス内容の調整等を行います。

1 4. 契約の終了について

- (1) 利用者は、事業者に対して、文書または口頭で通知をすることにより、いつでもこの契約を解約することができます。
- (2) 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1 ヶ月間の予告期間において理由を示した文書または口頭で通知をすることにより、この契約を解約することができます。この場合、事業者は当該地域の他の指定居宅介護支援事業者に関する情報を利用者に提供します。
- (3) 事業者は、利用者またはその家族が事業者や介護支援専門員に対して、この契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合、文書または口頭で通知することにより、直ちにこの契約を解約する事ができます。
- (4) 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を交付し説明しました。
この証として本書 2 通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各自 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

【事業者】	さがみはら在宅支援株式会社	
【所在地】	相模原市中央区上溝 5-14-19	ダイエー上溝店 3F
【代表取締役】	水上 有紀	印
【事業所】	ファミリークリニックケアプランセンター	
【所在地】	相模原市中央区上溝 5-14-19	ダイエー上溝店 3F
【管理者】	佐々木 知香	印
【説明者】		印

令和 年 月 日

私は本書面に基づいて事業者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交付を受けました。

【利 用 者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代 理 人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

