

重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 倚山会
主たる事務所の所在地	徳島県徳島市東山手町1-41-6
代表者（職名・氏名）	理事長 田岡 博明

2. 利用者に対しての指定居宅介護支援を実施する事業所について

(1) ご利用事業所の概要

事業所の名称	咲くら指定居宅介護支援事業所
所在地	徳島市東山手町1丁目5
電話番号	(088) 624-7887 *緊急時 090-4500-7887
FAX番号	(088) 678-6188
事業所の指定番号	3670104490
指定年月日	2015年8月1日
事業実施地域	徳島市・佐那河内村・松茂町・北島町・藍住町 その他の地域はご相談に応じます。
営業日	月曜日～土曜日 ※祝日、年末年始（12月31日～1月3日）を除く
営業時間	午前8時30分～午後5時15分まで 【24時間 365日対応可能】

(2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護または要支援状態にある者に対し、適正な指定居宅介護支援事業及び介護予防・日常生活支援総合事業を提供することを目的とする。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限りその居宅において、その有する能力、置かれている環境等に応じて、自立支援、重度化防止のための取り組みを実施し、安定した日常生活を営むことができるよう配慮して行う。 ・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、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。 ・利用者の意志及び人権を尊重し、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及び特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないように努める。 <p>また訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の事業所における利用割合について公正中立性の確保のために取り組みを行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、必要な体制の整備を行う。 ・感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的、継続的に提供される体制の整備を行う。 ・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、医療機関、介護保険施設、特定相談支援事業者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 ・「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等」に関する知識を持つことが要件に追加され、評価の充実を図る。

(3) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 中山 雅子	
	職務内容	人員数
管理者	従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。	常勤1名(兼務)
介護支援専門員 (主任介護支援専門員)	ケアマネジメント業務を行います。	常勤3名以上
事務員	間接的なケアマネジメント業務を行います。	常勤1名

3. 居宅介護支援サービス内容、利用料及びその他の費用について

居宅介護支援の内容	提供方法	介護保険適用 有無	利用料 (月額)	利用者負担額 (介護保険適用の場合)
①居宅サービス計画の作成	別紙に掲げる「居宅介護支援業務の実施方法等について」を参照下さい。	左の①～⑦の内容は、居宅介護支援の一連業務として、介護保険の対象となるものです。	別紙に掲げる「利用料及びその他の費用について」を参照下さい。	介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。 (全額介護保険により負担されます。)
②居宅サービス事業者との連絡調整				
③サービス実施状況把握、評価				
④利用者状況の把握				
⑤給付管理				
⑥要介護認定申請に対する協力、援助				
⑦相談業務				

① 基本料金

	要支援1・2	
介護支援専門員1人当り	介護予防支援費(I) 3,609円	
	要介護1・2	要介護3～5
介護支援専門員1人当りの利用者の数が50人未満の場合	居宅介護支援費II(i)(a) (単位数 1,086) 11,088円	居宅介護支援費II(i)(b) (単位数 1,411) 14,406円
〃 50人以上 60人未満の場合	居宅介護支援費II(ii)(a) (単位数 527) 5,380円	居宅介護支援費II(ii)(b) (単位数 683) 6,973円

◎1単位は10.21円で計算しています。

②各種加算(1回につき、要介護度による区分なし)(別紙参照I)

② その他の費用について

交通費:事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規定に基づき、交通費の実費(公共交通機関等の交通費)を請求いたします。

4. 利用者の居宅への訪問頻度の目安

介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安
利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1月に1回

※ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

5. 指定居宅介護支援の提供にあたって

- (1) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所 などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うものとします。
- (4) 利用者及びその家族は、当事業者に対して、居宅サービス計画に位置付ける居宅サービス 事業所について、複数の事業所の紹介を求めたり、当該事業所を居宅サービス計画に位置 付けた理由を求めたりすることができます。
- (5) 身分証携行義務 介護支援専門員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から 提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します

6. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業所は、感染症の予防及びまん延防止のために次に掲げるとおり必要な措置を講ずるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 か月に 1 回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し感染症の予防及びまん延防止のための定期的な研修の実施

7. 虐待防止について

事業所は、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次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待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る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の措置
虐待防止に関する責任者：管理者 中山 雅子

事業者は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（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、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

8. ハラスメント対策

事業所は、安定した居宅介護支援サービスを提供するために次に掲げるとおり必要な措置を講ずるものとする。

- (1) 職場におけるハラスメント防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 か月に 1 回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図り、職員が働きやすい環境づくりを目指す。
- (2) ハラスメント防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対しハラスメントを防止するための定期的な研修の実施
- (4) 利用者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止する。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者及び介護支援専門員は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する個人情報並びに秘密事項については、正当な理由なく第三者に漏らしません。また、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するものとします。（別紙同意書参照）

10. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 事故等の緊急時瀧が発生した場合は、速やかに利用者及びご家族、その他の関係者に連絡を取り必要な措置をとります。
- (2) 利用者に対する居宅介護支援の提供により万象すべき事故が発生した場合は必要な賠償を行います。

介護相談窓口に関する相談、苦情について

事業所の名称	咲くら指定居宅介護支援事業所		
所在地	徳島市東山手町1丁目5		
電話番号	(088) 624-7887	*緊急時	090-4500-7887
管理者	中山 雅子		

各市町村の介護保険課へ連絡してください(別紙参照Ⅱ)

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

【事業者】 住所 徳島市東山手町1-41-6
法人名 医療法人 倚山会
代表者名 田岡 博明

説明者 _____

私は、本書面により事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

【利用者】 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

(続柄)