

居宅介護支援事業所 シルバーケア吉野ヶ里

重要事項説明書

社会福祉法人 敬愛会

居宅介護支援事業所シルバーケア吉野ヶ里

重要事項説明書

あなた（利用者）に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 敬愛会
主たる事務所の所在地	〒849-0917 佐賀市高木瀬町大字長瀬1156番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 内田 康文
設立年月日	平成4年9月30日
電話番号	090 - 8416 - 3986

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	居宅介護支援事業所シルバーケア吉野ヶ里	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	佐賀県神埼郡吉野ヶ里町吉田1493番地1	
電話番号	0952-55 - 6221	
指定年月日・事業所番号	平成29年10月1日指定	4171100201
管理者の氏名	笹野 雄子	
通常の事業の実施地域	佐賀市 鳥栖市 神埼市 吉野ヶ里町 みやき町 上峰町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- あなたの居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

5. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日までの5日 (年末年始を除きます)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、利用者の希望に応じて、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業員の職種	員 数	
	常勤兼務	計
介護支援専門員（管理者兼務）	1人	1人

7. 利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金を全額お支払いいただきます。

その場合、事業者は指定居宅介護支援提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて指定居宅介護支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

(1) 居宅介護支援の利用料

【基本利用料】

	取り扱い要件		利用料		利用者負担金 (法定代理受領の方)
			(1ヵ月あたり)		
居宅介護支援費 (1)	ケアプランデータシステムの利用および事務職員の配置	介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が45件未満	要介護1・2	10,860円	なし
			要介護3・4・5	14,110円	
	なし	介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が45件以上60件未満	要介護1・2	5,440円	
			要介護3・4・5	7,040円	
		介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が60件以上	要介護1・2	3,260円	
			要介護3・4・5	4,220円	
居宅介護支援費 (2)	ケアプランデータ連携システムの利用及び事務職員の配置	介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が50件未満	要介護1・2	10,860円	なし
			要介護3・4・5	14,110円	
	あり	介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が50件以上60件未満	要介護1・2	5,270円	
			要介護3・4・5	6,830円	
		介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が60件以上	要介護1・2	3,160円	
			要介護3・4・5	4,100円	

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	定代理受 領の方
初回加算	新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅支援を提供した場合（1月につき）	3,000円	なし
入院時情報 連携加算（Ⅰ）	利用者が病院等に入院した日のうちに情報の提供を行った場合（提供方法は問わない。） ※入院日以前の提供を含む ※営業時間終了後または営業日以外に入院した場合は翌日を含む （1月につき1回を限度）	2,500円	
入院時情報 連携加算（Ⅱ）	利用者が病院等に入院日の翌日又は翌々日に情報の提供を行った場合（提供方法は問わない。） ※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む （1月につき1回を限度）	2,000円	
退院・退所加算	病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合 ※連携3回を算定できるのはそのうち1回以上退院時カンファレンスに参加して在宅での療養上必要な説明を行った上でプランを作成し、サービス利用の調整を行った場合に限る。（入院又は入所期間中につき1回を限度とし、初回加算との同時算定は不可）	＜カンファレンス参加有＞ 連携1回6,000円 連携2回7,500円 連携3回9,000円 ＜カンファレンス参加無＞ 連携1回4,500円 連携2回6,000円	
通院時 情報連携加算	医師又は歯科医師の診察に同席し情報提供を行ったうえで医師または歯科医師からの情報提供を受け、それを居宅サービス計画に記録した場合。（1月につき1回を限度）	500円	
緊急時等居宅 カンファレンス 加算	病院等の求めにより、医師等と共に居宅を訪問してカンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合（1月に2回を限度）	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に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者またはその家族の意向を把握したうえで、その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の状況を記録し、主治の医師及びサービス事業所に提供した場合	4,000円	

【減算】以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	定代理受領の方
運営基準減算	指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合	上記基本利用料の50%（2月以上継続の場合100%）	なし
特定事業所集中減算	居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等について特定の事業者への集中率が、正当な理由なく80%を超える場合	2,000円	
同一建物減算	① 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居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者。 ② 居宅介護支援事業所における1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者。（ただし、上記を除く）	上記基本利用料の5%	なし
高齢者虐待防止措置 未実施減算	所定の高齢者虐待防止の取り組みを行っていない場合	上記基本利用料の1%	なし

（2）支払い方法

上記の利用料は、償還払いの方につきましては1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は、直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

8. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがあり

ましたら、何でもお申し出ください。

氏名： 笹野 雄子

連絡先（電話番号）： 0952-55-6221

10. 苦情相談窓口

- (1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

事業所相談窓口	電話番号 0952-55-6221 面接場所 当事業所の相談室 担当者 管理者 笹野 雄子
---------	---

- (2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	吉野ヶ里町役場福祉課	電話番号 0952-52-5111
	佐賀中部広域連合	電話番号 0952-40-1131
	鳥栖地区広域市町村圏組合	電話番号 0942-85-2084
	佐賀県国民健康保険団体連合会	電話番号 0952-26-1477

11. 利用者の意思に基づいた居宅サービス選択の説明

- (1) 居宅支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、居宅サービス計画が、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう支援すべきもの、および利用者の希望により作成されるものであることから、あらかじめ、利用者やご家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービスについて、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることの説明を書面、口頭にて行い、理解を得ます。

- 指定居宅支援事業者、サービス事業所の自由な選択が可能であることの説明を行います。
- 介護保険サービスなどに対するサービスの種類や内容の説明を行います。
- 居宅サービス原案に位置付けたサービスの選定理由についての説明を行います。

12. 医療機関との情報共有、連携の促進

- (1) 病院・診療所へ入院される場合には居宅における日常生活の能力、利用していた居宅サービスなどの情報を医療機関と共有し、退院支援、円滑な在宅へ生活への移行が可能となるよう協力します。
- (2) 病院・診療所との早期からの連携が可能となるよう、入院時には当該病院または診療所に担当の介護支援専門員の氏名、連絡先などを伝えていただくよう、またそれが可能と

なるように介護支援専門員の連絡先などを介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管していただくよう利用者様、ご家族様に依頼します。

13. ハラスメントに関する事項

事業所は、職員と利用者やその家族とのハラスメント（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメントなど）防止に向けて次に掲げるとおり必要な対応を行います。

- (1) ハラスメント防止のための指針を整備します。
- (2) 従業者に対するハラスメントの防止を啓発・普及するための研修を定期的実施します。
- (3) ハラスメントが発生しないよう、利用者やその家族へ以下の周知事項を定め、説明を行い、理解を求めます。
 - 事業所が行うサービスの範囲及び費用への理解
 - 職員に対する金品の心づけのお断り
 - サービス提供時のペットの保護（ゲージに入れる、首輪でつなぐなど）
 - 職員へのハラスメントや疑わしい行為を行わないこと
 - サービス内容に疑問や不満がある場合、又は職員からハラスメント又はハラスメントと疑わしい態度や行為を受けた場合は速やかに管理者に連絡すること
- (4) ハラスメントの相談窓口を設置し、慎重に対応します。

事業所相談窓口	電話番号 0952-55-6221
	面接場所 当事業所の相談室
	担当者 管理者 笹野 雄子

14. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な対応を行います。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待防止のための措置に関する責任者を選定します。

責任者： 管理者 笹野 雄子

15. 身体拘束に関する事項

事業所は身体拘束を廃止する取り組みを行い、利用者の身体的・精神的・社会的弊害をなくし、QOLの向上を目指します。

- (1) 利用者の生命・身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- (2) 身体拘束を行う場合は、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、対応、時間を記録します。

16. 業務継続計画に関する事項

事業所は『自然災害時』、『感染流行期』において、福祉サービス等の提供をなるべく中断しない、中断した場合においても可能な限り早期に再開できるよう、それぞれの業務継続計画を策定し実施します。

17. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。

【契約書署名欄】

私は、本書面に基づいて契約書、および重要事項の説明を受け、確認し、指定居宅介護支援に関する契約を締結します。

上記契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上それぞれ1通ずつ保有します。

令和 年 月 日

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、指定居宅介護支援の利用を申し込みます。
また、第11条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所 _____
(又は法定代理人)
氏名 _____ 印

本人との続柄()

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾しこの契約書に定める各種サービスを誠実に責任をもって行います。

事業者 住所 佐賀県佐賀市高木瀬町大字長瀬 1156 番地 1

事業者 社会福祉法人 敬愛会
居宅介護支援事業所 シルバーケア吉野ヶ里

代表者職・氏名 理事長 内 田 康 文 印

(家族代表) 私は、第11条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住所 _____
氏名 _____ 印