

りんご居宅介護支援事業重要事項説明書

1. 法人の概要

法人名 : 株式会社 多ら福
代表者取締役 : 猪俣雅代
所在地 : 磐田市気子島 496-1
設立年月日 : 平成 19 年 10 月 15 日

2. 事業所の概要

事業者名 : りんご居宅介護支援事業所
所在地 : 磐田市気子島 496-1
電話番号 : 0538-36-9090
介護保険指定者番号 : 2276900236
指定年月日 : 平成 22 年 6 月 1 日
通常の事業実施区域 : 磐田市

3. 職員勤務体制

管理者（主任介護支援専門員） : 1 名（介護支援専門員と兼務）
介護支援専門員 : 3 名以上

4. サービス提供時間

営業日 : 月曜日 ~ 金曜日

ただし、1月1日～1月3日までは、休業します。

※電話等により常時連絡可能な体制をとります。

営業時間 : 8:00～17:00

ただし、緊急の場合は時間外でも相談業務を行います。

5. 業務内容

要介護状態にある利用者及びその家族の相談を受け、ご利用者がその心身の状況などに応じて適切な居宅サービスの提供を確保できるよう、居宅サービス計画を作成するとともに市町村・居宅サービス事業者・介護保険施設などとの調整を行います。

6. サービス内容

(1) 居宅介護支援事業所の目的

- ①ご利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援します。
- ②ご利用者の心身の状況・環境に応じて、ご利用者の選択に基づいた適切な福祉サービスが、多様な事業所から総合的且つ効果的に提供されるよう支援いたします。
- ③指定居宅介護支援の提供にあたっては、ご利用者の意向および人格を尊重するとともに、ご利用者に提供される指定居宅サービスなどが、特定のサービス事業者に偏ることないように公平中立に事業を実施いたします。
- ④ご利用者の意思に基づいた契約を確保するため、ご利用者はケアプランに位置づける居宅サービス事業所について、複数の紹介を求めることが可能であり、各サービス事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることができます。

(2) 居宅介護支援実施概要

①居宅サービス計画書の作成

身体の機能面だけでなく、精神心理面・社会環境面などを加えた3つの側面からご利用者の状況を総合的にとらえたアセスメントし、居宅サービス計画書を作成いたします。

②相談受付場所

ご利用者のご自宅、またはご利用者(またはご家族)が指定される場所、当事業所内の相談室などで行います。

③介護支援専門員の居宅訪問頻度

原則として1ヶ月に1度訪問させていただきます。必要に応じて随時訪問させていただきます。

④サービス担当者会議

ご利用者にサービスを提供する指定居宅サービス事業者の担当者と本人・家族の参加を基本とする会議を開催し、ご利用者の同意を得ます。

その上で必要なサービスの調整を行い常に提供するサービスの質の向上に努めます。

⑤研修

従事者の教育研修を実施し、提供するサービスの質の向上に努めます。

⑥多職種連携

関係市町村・地域包括支援センター・他の居宅介護支援事業所・介護保険施設との連携に努めます。

⑦入退院支援

ご利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先の病院に伝えて頂けるようお願い致します。医療機関と連携を図り、退院後の在宅生活の支援につなげます。

7 利用料金

(1) 基本料金

* 下記の報酬単位(7級地)に、10.21円を乗じた金額を算定します。
なお、居宅支援に関するご利用者の自己負担はありません。

要介護区分	基本報酬単位
要介護1.2	1086 単位
要介護3.4.5	1411 単位

初回加算	300 単位
入院時情報連携加算Ⅰ	250 単位
入院時情報連携加算Ⅱ	200 単位
退院・退所加算(Ⅰ)イ	450 単位
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	600 単位
退院・退所加算(Ⅱ)イ	600 単位
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	750 単位
退院・退所加算(Ⅲ)	900 単位
緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位
ターミナルケアマネジメント加算	400 単位
特定事業所加算Ⅲ	323 単位
特定事業所医療介護連携加算	125 単位
通院時情報連携加算	50 単位

* 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、1ヶ月に応じて上記の金額をいただき、当法人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当該市町村窓口に提出しますと、全額払い戻しが受けられます。

(2) 交通費

通常のサービス提供区域にお住まいの方は費用はかかりません。

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、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。

- ①通常の事業の実施地域を超えた時点から1kmにつき20円（往復）
- ②費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文章で説明した上で、支払いを同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとします。

8 契約の終了

(1)サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了される場合。

文書でお申し出くださいとでもサービスを終了することができます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合。

人員不足等やむ得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、1カ月前までに文書で通知するとともに地域の他の居宅介護支援事業を紹介いたします。

(2)自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

①ご利用者が介護保険施設に入所された場合。

②介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、
非該当（自立）または、要支援と認定された場合。

（要支援の場合は介護予防支援サービスとして対応できます）

③ご利用者がお亡くなりなった場合や介護保険の被保険者資格を喪失された場合。

(3)その他

①当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会理念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が倒産した場合、ご利用者は即座にサービスを終了することができます。

②ご利用者やご家族などが当法人の介護支援専門員に対して本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知するところにより、即座にサービスを終了させていただく場合もございます。

③地震等の天災、その他事業者の責も帰すべからず事由によりサービスが実施できなくなった場合には、事業者はご利用者に対してサービスを終了させていただく場合がございます。

9 相談・苦情窓口

介護サービスに関する相談・ご要望・苦情などは、当事業所担当者及び管理者が対応いたします。

なお、相談・苦情内容は文書で保管し再発に努めます。

苦情受付責任者 : 猪俣 雅代

苦情受付担当 : 猪俣 雅代

電話番号 : 0538-36-9090

F A X番号 : 0538-36-9191

行政機関

磐田市役所 担当窓口 磐田市 高齢者支援課

電話番号 : 0538-37-4869

国民健康保険団体連合会 担当窓口 介護保険課苦情処理担当

電話番号 : 054-253-5590

10 その他重要事項

(1)事故発生時の対応

- ①介護支援専門員等は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合、又はご利用者様の容態の変化があった場合には速やかに利用者様の家族・市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ②事故が生じたときには、直ちに事故に至った経緯及び態様を調査し、事実を正確に把握します。
- ③事業所の責任の在否に関わらず、発生した事故を二度と繰り返さない為の対策を検討し、予防措置を早期に実施します。
- ④当事業所の責めに帰すべき事由によりお客様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

(2)虐待防止に関する事項

事業所は人権の擁護、虐待等の防止のため職員研修を実施するとともに虐待の発生または再発を防止するため、委員会の設置（6か月に1回）指針の整備、研修及び訓練等、必要な措置を講じます。
またサービス提供中に当該事業所従業員又は養護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保険者に通報するものとします。

(3)感染症対策

当事業所は、指定居宅介護支援事業所において感染症が発生又は蔓延しないように、委員会の設置（6か月に1回程度委員会を開催）、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

(4)個人情報の保護

- ①事業者、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、個人情報保護法を遵守し、適切な取り扱いに努めます。サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する個人情報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、利用者及び家族からあらかじ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、個人情報を用いません。
- ③主治医、保険者等に対して指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準で定められた必要な情報を提供します。

(居宅介護支援事業重要事項説明書)

年　　月　　日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

事業者： 株式会社 多ら福
名 称： りんご居宅介護支援事業所
所在地： 静岡県磐田市気子島 496-1
管理者： 猪俣 雅代 印
説明者： 大石 有美 印

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な事項について説明を受けました。

利用者 住所：
　　　　　　氏名： 印

(代理人)
住所：
氏名： 印