

社会福祉法人 まこと
居宅介護支援事業所「しあわせの家」重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

(四国中央市指定 第 3871300392 号)

指定居宅介護支援の提供開始にあたり「四国中央市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等を定める条例（平成 30 年 3 月 26 日条例第 2 号）」の規定に基づき、当事業者が利用者に説明すべき事項を次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 まこと
- (2) 法人所在地 愛媛県四国中央市豊岡町大町 2 7 8 6 番地 2
- (3) 法人電話番号 0 8 9 6 - 2 8 - 2 8 7 1
- (4) 法人ホームページ <http://shiawasenoie.jp/>
- (5) 代表者氏名 理事長 三宅 紀文
- (6) 設立年月 平成 14 年 7 月 16 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
四国中央市指定 3871300392 号
- (2) 事業の目的 介護保険法の趣旨に基づき、適切な指定居宅介護支援を提供することで、ご利用者の生活の安定及び生活の充実並びに心身の状態の維持・改善を図る。
- (3) 事業所の名称 居宅介護支援事業所 しあわせの家
- (4) 事業所の所在地 愛媛県四国中央市豊岡町大町 2 7 8 6 番地 2
- (5) 事業所の連絡先 0 8 9 6 - 2 8 - 2 8 7 5
- (6) 事業の実施地域 四国中央市
- (7) 管理者氏名 河村 真紀
- (8) 事業所の運営方針 利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じた日常生活を営むことができるように配慮するとともに、心身の状況や置かれている環境等に応じて、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居宅サービス計画等を作成します。また、指定居宅介護支援の提供にあたっては、公正中立に行うとともに、関係機関との連携に努めます。
- (9) 事業の営業日 月曜日～金曜日（祝日含む）ただし、12 月 31 日～1 月 3 日までを除く
- (10) 営業時間 午前 8:30～午後 5:30
※上記時間外でも 24 時間連絡が可能な体制を整備します。

(11) 職員体制

<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。

職 種	人員
管理者（主任介護支援専門員）※介護支援専門員と兼務	1 名
介護支援専門員（常勤）	4 名
介護支援専門員（非常勤）	1 名

<主な職種の職務内容>

管理者：職員及管理及び業務の実施状況等を把握し、職員を指揮監督します。
介護支援専門員：ケアマネジメント業務を行います。

(12) 第三者評価の実施状況

未実施

3. 当事業所が提供するサービスの内容

- ①居宅サービス計画の作成
- ②居宅サービス事業者との連絡調整
- ③サービス実施状況の把握、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

上記内容は、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。

4. 利用料金

要介護認定された方は、介護保険で全額給付されますので自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合には、一旦利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたしますので、後日四国中央市介護保険課に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

【 基本料金（居宅介護支援費） 】

居宅介護支援費（Ⅰ）i	介護支援専門員 1 人当たりの担当件数が 1～44 件	要介護 1・2	1,086 単位
		要介護 3・4・5	1,411 単位
居宅介護支援費（Ⅰ）ii	介護支援専門員 1 人当たりの担当件数が 45～59 件	要介護 1・2	544 単位
		要介護 3・4・5	704 単位
居宅介護支援費（Ⅰ）iii	介護支援専門員 1 人当たりの担当件数が 60 件以上	要介護 1・2	326 単位
		要介護 3・4・5	422 単位

【 減算 】

特定事業所集中減算	正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中してサービスを位置づけた場合	1 月につき 200 単位減算
運営基準減算	適正な居宅介護支援が提供できていない場合 ※運営基準減算が 2 月以上継続している場合 算定できない	基本単位数の 50%減算

【 加算（月単位） 】

*特定事業所加算

算定要件		加算Ⅰ (519 単位)	加算Ⅱ (421 単位)	加算Ⅲ (323 単位)	加算 A (114 単位)
①	常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置	2 名以上	1 名以上	1 名以上	1 名以上
②	常勤かつ専従の介護支援専門員を配置	3 名以上	3 名以上	2 名以上	1 名以上 +非常勤
③	利用者情報又はサービス提供の留意事項に係る伝達事項等を目的とした会議を定期的開催	○	○	○	○
④	24 時間連絡体制の確保、必要に応じた相談体制の確保	○	○	○	○連携可
⑤	算定月の要介護 3～5 の占める割合が 4 割以上	○	—	—	—
⑥	介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○	○連携可
⑦	地域包括支援センターとの連携及び困難事例への対応	○	○	○	○
⑧	地域包括センターが主催する事例検討会等に参加	○	○	○	○
⑨	他法人と協働で開催する事例検討会（研修）等に参加	○	○	○	○連携可
⑩	運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていない	○	○	○	○
⑪	介護支援専門員 1 人あたりの利用者平均が 40 名未満	○	○	○	○
⑫	介護支援専門員実務研修における科目等への協力体制	○	○	○	○連携可
⑬	多様な主体等が提供するサービスが包括的に提供される計画	○	○	○	○

※特定事業所医療介護連携加算 125 単位（回数は年間：前々年度 3 月から前年度 2 月までの総数）

- ・特定事業所加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのいずれかを算定
- ・退院退所加算を算定し、その医療機関との連携回数が 35 回以上
- ・ターミナルマネジメント加算の算定回数が 15 回以上

【 加算（回数単位）】

加算種別		内容	単位数
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		入院した日のうちに医療機関へ必要な情報を提供	250 単位
入院時情報連携加算Ⅱ		入院した翌日又は翌々日に医療機関へ必要な情報を提供	200 単位
退院・退所加算	カンファレンス参加無	連携 1	450 単位
		連携 2	600 単位
	カンファレンス参加有	連携 1	600 単位
		連携 2	750 単位
		連携 3	900 単位
通院時情報提供加算		利用者が医療機関受診時に同席して必要な情報を提供	50 単位
緊急時等居宅カンファレンス加算		医療機関の求めにより職員と利用者宅を訪問しカンファレンスを行いサービス調整した場合	200 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終末期の医療やケア方針の意向を確認した上で、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・サービス事業者に提供した場合	400 単位

【 交通費 】

- ※事業実施区域内は無料です。
- ※事業実施区域外は以下の取扱いとします。
 - ・区域を超えた地点から片道おおむね 30 キロメートル未満 無料
 - ・区域を超えた地点から片道おおむね 30 キロメートル以上 1 キロメートルにつき 30 円

【 解約料 】

解約についての料金は一切いただきません。

5. 介護支援専門員の交代

(1) 利用者からの交代

選任された介護支援専門員の交代を希望する場合は、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情、その他交代を希望する理由を明らかにして事業所に申し出ることができます。ただし、利用者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

(2) 事業者からの交代

事業者の都合により、介護支援専門員を交代することがあります。その場合は、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分配慮するものとします。

6. 医療機関等との連携

事業者は利用者の主治の医師又は関係医療機関との間において、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うために、疾患に関する情報について必要に応じて連絡を取らせていただきます。そのために、入院、受診時等には、当該事業所名および担当介護支援専門員名を伝えていただきますようお願いいたします。

7. 質の高いマネジメントの提供

利用者は介護支援専門員に対して複数の事業者の紹介を求めることやサービス事業者の選定理由について説明を求めることができますので、必要であれば遠慮なく申し出てください。

8. 虐待防止対策並びに身体拘束等の適正化対策

事業者は利用者の人権擁護・虐待防止等のために次にあげる措置を講じるとともに、利用者の生命または身体を保護するためにやむを得ない場合を除き身体拘束等を行いません。

- ① 虐待の発生またはその再発を防止するための指針を整備します。
- ② 虐待防止を啓発・普及するための職員研修を実施します。
- ③ 虐待防止に関する責任者を選任します。 責任者：河村真紀
- ④ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑤ サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに通知します。

9. ハラスメント対策

事業者は別に定めるハラスメントの防止に関する要綱に沿って、職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

10. 事故発生時の対応

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は、四国中央市、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、発生した事故が賠償すべき事故であった場合は、損害賠償を行います。

11・感染症や災害への対応力強化

感染症や災害が発生した場合であっても、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるように事業継続計画を策定するとともに、当該計画に従って必要な研修や訓練を実施します。尚、感染症の発生又はそのまん延を防止するための指針を整備するとともに、研修及び訓練を実施します。

12. 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者また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。

13. 個人情報の取扱い

(1) 利用目的

当事業所では、ご利用者から提供されたご利用者およびご家族に関する個人情報を、下記の目的以外に使用致しません。

- ① ご利用者に提供する介護サービス等
- ② 介護保険事務
- ③ ご利用者の介護・医療サービスの向上
- ④ 事業所のために行う管理運営業務（業務の維持、改善の基礎資料の作成、実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等）

(2) 第三者への提供

当事業所では、下記の利用目的のためにご利用者およびご家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 他の介護事業所等との連携（サービス担当者会議等）及び連絡調整が必要な場合ご利用者の受診等にあたり、外部の医師の意見・助言を求めため会議記録やケアプラン等を提供する場合
- ② ご家族への心身状態や生活状況の説明
- ③ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ④ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑤ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑥ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑦ 介護保険審査支払機関へのレセプト請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答

(3) 個人情報に関する同意

重要事項説明書の同意をもって個人情報に取扱いに関して同意を得たものとします。

14. 守秘義務について

事業者及び従業者は、業務上知り得たご利用者及びご家族の情報を洩らしません。また、退職後においてもこれらの情報を保守すべき旨を職員との雇用契約の内容としています。

15. 情報の公表について

事業者は運営規程の概要並びに重要事項等について事業所内に掲示するとともに、法人のホームページ又は情報公表システム上に掲載・公表します。

16. 苦情について

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員及び行政機関その他苦情受付期間に直接苦情を申し出ることもできます。

① 苦情受付担当

介護支援専門員 白川 雄一

② 受付時間

毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

③ 苦情対応責任者

管理者 河村 真紀

④ 第三者委員

評議員 加地 正樹 [連絡先：23-0455]

評議員 三宅 美隆 [連絡先：25-2548]

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情対応責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員の報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、必要に応じて報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情対応責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

(4) 苦情の報告

苦情対応責任者は、解決・改善結果を苦情申出人に対して報告いたします。

(5) 行政機関その他苦情受付機関

四国中央市役所 高齢者福祉対策係	① 所在地 四国中央市三島宮川4丁目6-55 ② 電話番号 0896-28-6025 ③ FAX 0896-28-6059 ④ 受付曜日 月曜～金曜 ⑤ 受付時間 8：30～17：15
愛媛県国民健康保険団体連合会	① 所在地 松山市高岡町101番地1 ② 電話番号 089-968-8700 ③ FAX 089-968-8717 ④ 受付曜日 月曜～金曜 ⑤ 受付時間 8：30～17：15
愛媛県社会福祉協議会 愛媛県福祉サービス運営適正化委員会	① 所在地 松山市持田町3丁目8-15 ② 電話番号 089-998-3477 ③ FAX 089-921-8939 ④ 受付曜日 月曜～金曜 ⑤ 受付時間 9：00～16：30

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

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所 しあわせの家

説明者

氏 名 _____ ⑩

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、指定居宅介護支援サービスの提供を開始することに同意しました。

利用者

住所 _____

氏 名 _____ ⑩

代筆者

氏 名 _____

契約者

住所 _____

氏 名 _____ ⑩

利用者との続柄 ()