

居宅介護支援重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 079-453-2100

担 当

* ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2. 事業者

- ① 法人名：社会福祉法人 兵庫福祉会
- ② 法人所在地：兵庫県加古川市志方町成井100番地
- ③ TEL：079-453-2100
- ④ 代表者：理事長 武久 敬洋

3. 居宅介護支援事業所の概要

事業所名	ヴィラ播磨居宅介護支援事業所
所在地	兵庫県加古川市志方町成井100番地
介護保険指定番号	2872200445
実施地域	加古川市 高砂市

* 上記以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

4. 営業時間

営業日	月曜～金曜日 (但し、国民の休日、12月31日～1月3日を除く)
受付時間	8:30～17:00
サービス提供時間帯	8:30～17:00

5. 職員の体制

- 1 当事業所では、ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として以下の職員を配置しています。

- (1) 管理者 1名 (介護支援専門員と兼務)

管理者は、所属職員を指導監督し、適切な事業の運営が行われるよう総括する。

- (2) 介護支援専門員 1名以上 (うち1名は管理者と兼務)

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、また要介護者等がその心身の状況や置かれている環境等を考慮して、居宅サービス又は施設サービスが適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う。

6. 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ

付属別紙1「サービス提供の標準的な流れ」参照

※居宅サービス提供にあたり、複数の居宅サービス事業所等の紹介、居宅サービス計画書原案に位置づけた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を介護支援専門員に求めることが出来ます。

7. 利用料

- 1 利用料 (ケアプラン作成料)

要介護又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できなくなった場合、1ヵ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、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出しますと、全額払戻を受けられます。

(居宅介護支援利用料)

- (1) 介護支援専門員取扱件数45件未満の場合

要介護1・2	<u>1086</u>	単位	要介護3・4・5	<u>1411</u>	単位
--------	-------------	----	----------	-------------	----

- (2) 介護支援専門員取扱件数45件以上60件未満の場合

要介護1・2	<u>544</u>	単位	要介護3・4・5	<u>704</u>	単位
--------	------------	----	----------	------------	----

- (3) 介護支援専門員取扱件数60件以上の場合

要介護1・2	<u>326</u>	単位	要介護3・4・5	<u>422</u>	単位
--------	------------	----	----------	------------	----

- (4) 初回を算定した場合

初回加算	<u>1ヵ月につき</u>	<u>300</u>	単位
------	---------------	------------	----

入院時情報連携加算 (I)	<u>1ヵ月につき</u>	<u>250</u>	単位
---------------	---------------	------------	----

入院時情報連携加算 (II)	<u>1ヵ月につき</u>	<u>200</u>	単位
----------------	---------------	------------	----

通院時情報連携加算		<u>50</u>	単位
-----------	--	-----------	----

特定事業所加算 (I)	<u>1ヵ月につき</u>	<u>519</u>	単位
-------------	---------------	------------	----

特定事業所加算 (II)	<u>1ヵ月につき</u>	<u>421</u>	単位
--------------	---------------	------------	----

特定事業所加算 (III)	<u>1ヵ月につき</u>	<u>323</u>	単位
---------------	---------------	------------	----

特定事業所加算 (A)	<u>1ヵ月につき</u>	<u>114</u>	単位
-------------	---------------	------------	----

特定事業所医療介護連携加算	<u>1ヵ月につき</u>	<u>125</u>	単位
---------------	---------------	------------	----

- 2 交通費

前記3のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねする為の交通費の実費が必要です。

- 3 解約料

ご契約者はいつでも契約を解約することができ、契約解除には一切料金はかかりません。

8. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

1 運営の方針

在宅で高齢者が要介護状態となった場合においても、可能なかぎりその居宅において自立した日常生活が営むことができるよう関係市町村及びサービス実施機関等と綿密な連携を図り、総合的サービスの提供に努めることとする。

9. サービス内容に関する苦情

1 当事業所お客様相談・苦情担当

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。担当介護支援専門員または管理者までお申し出下さい。また担当介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出下さい。

電話番号 079-453-2100

担当部署 ヴィラ播磨居宅介護支援事業所

担当者 徳賀 茂雄 職務 管理者

第三者委員

氏名 笠木 トミエ

連絡先 090-1003-2688

氏名 平岡 泰子

連絡先 090-7781-1247

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時

第三者委員は、苦情解決を円滑に図る為、双方への助言や話し合いの立会いなどもいたします。また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用下さい。責任を持って調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

2 行政機関・その他苦情受付機関

(1) 兵庫県国保連合会

所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

電話番号 078-332-5601 (代表)

(2) 加古川市法人指導課

所在地 加古川市加古川町北在家2000

電話番号 079-427-9391

(3) 地域包括支援センターかこがわ西

所在地 加古川市志方町細工所1086

電話番号 079-452-0524

10. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	年	月	日
		評価機関名称			
		結果の開示	1 あり	2 なし	
	2 なし				

1 1. 緊急時・事故発生時の対応

1 緊急時

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。（付属別紙2参照）

2 事故発生時

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要 且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。（付属別紙2参照）

1 2. 高齢者虐待の防止

1 管理者は、虐待発生防止に向け、本条各号に定める事項を実施するものとする。また管理者は、これらの措置を適切に実施するための専任担当者とする。

(1) ヴィラ播磨では、虐待防止委員会を設ける。その責任者は管理者とする。

(2) 虐待防止委員会は、職員への懸守の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談・報告体制、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討等を行うなお、本委員会は場合により他の委員会と一体的に行うほか、TV 会議システムを用いて実施する。

(3) 職員は、年2回以上、虐待発生防止に向けた研修を受講する。

(4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者が速やかに市町村等関係者が報告を行い、事実確認のために協力する。また、当該事案の発生原因と再発防止策について、速やかに虐待防止委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努める。

1 3. 電磁的記録について

1 書面での説明・同意を行うものについて、従来の利用者等の署名・捺印は当事業所が電磁的記録等を代替的手段として明示し利用者様等の同意を得た場合、署名・捺印を省略します。

サービス担当者会議は、感染防止や多職種連携促進等の観点からテレビ電話装置等を活用して行う場合があります。但し活用にあたっては、利用者等の同意を得て、個人情報等の適切な取り扱いに留意して行います。

1 4. 非常災害対策

1 非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知すると共に、必要な訓練を実施する。またその対策や訓練には可能な限り地域住民の参加が得られるよう連携に努めることとする。

感染症や災害発生時においても業務継続が出来るよう計画等を策定し、それに基づいた研修や訓練を年2回以上実施する。

1 5. 衛生管理

1 感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう以下に掲げる措置を講じるものとする。

事業所における感染症の予防及びまん延の防止の為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出来るものとする。）を概ね3ヵ月に1回以上開催すると共に、その結果につい

て、従業員に周知徹底を図る。事業所における感染症の予防及びまん延の防止の為の指針を整備する。

事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的に実施する。

上記に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行う。

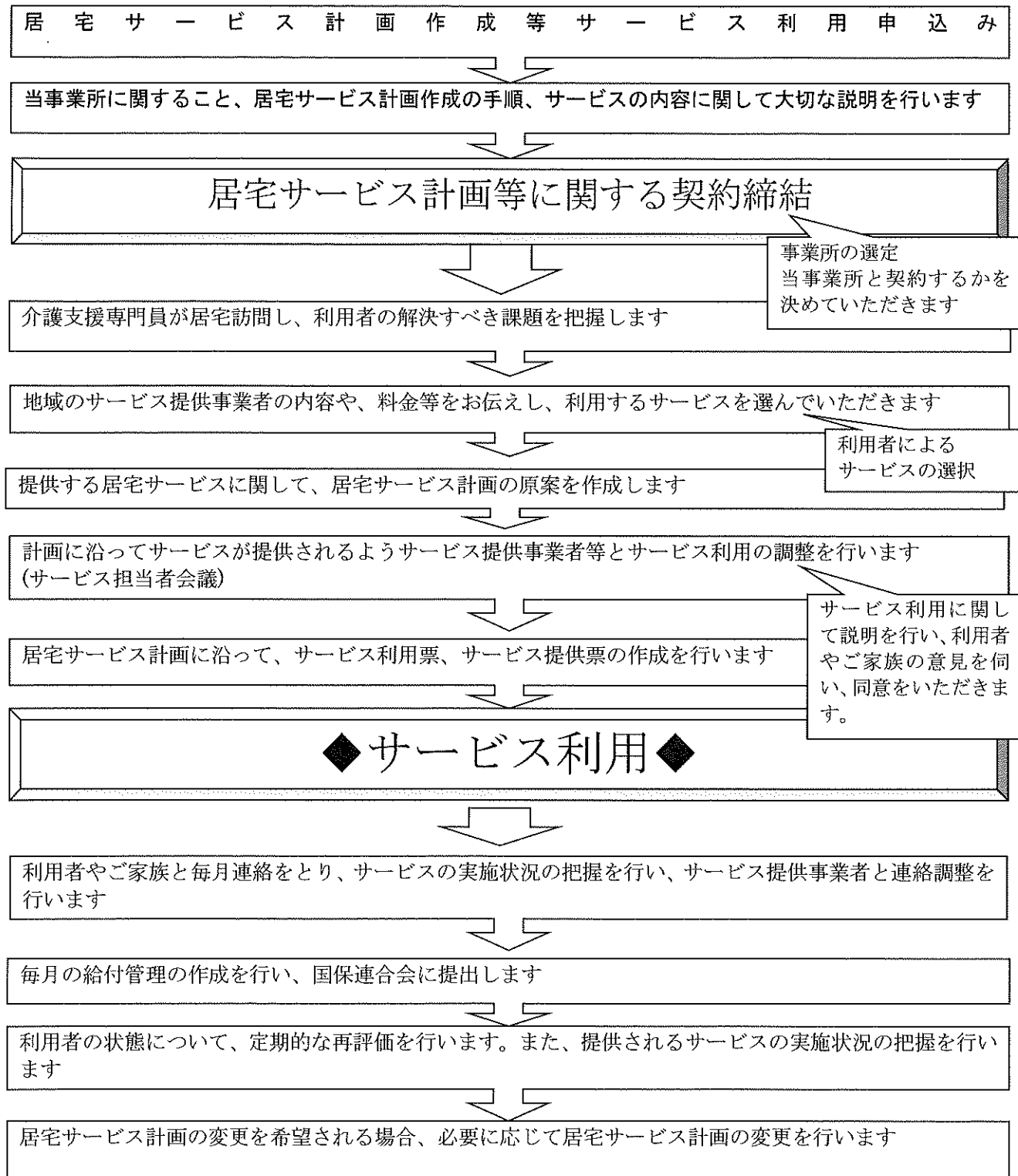
16. 業務継続計画の策定等

- 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉サービスの提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

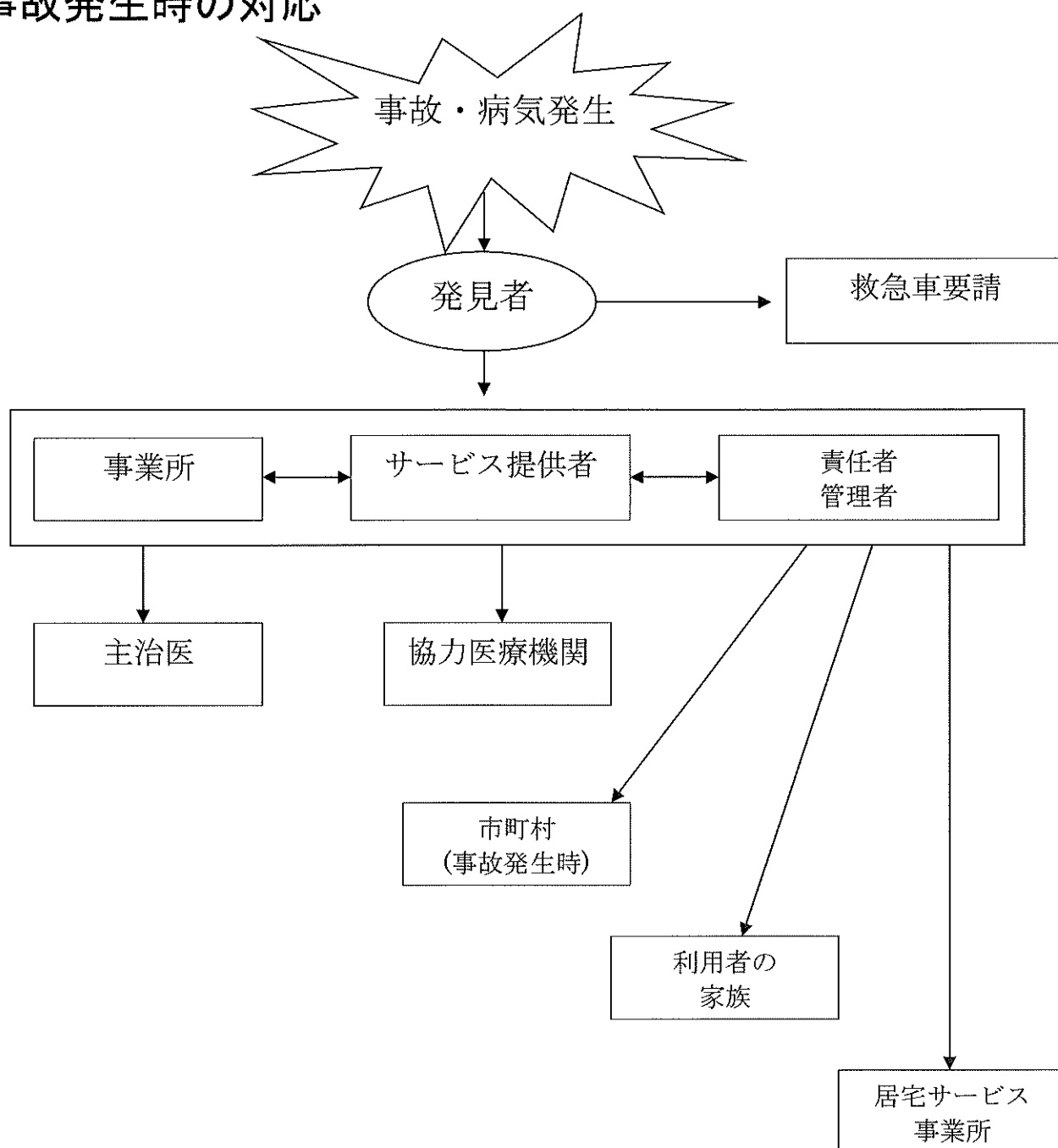
事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。

事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

サービス提供の標準的な流れ



事故発生時の対応



※速やかに緊急時の適切な連絡・対応を行い、利用者の安全確保に努める。

(別紙3)

要介護認定前に居宅介護支援の提供が行われる場合の特例事項に関する重要事項説明書

利用者が要介護認定申請後、認定結果が出るまでの間、利用者自身の依頼に基づいて、介護保険による適切な介護サービスの提供を受ける為に、暫定的な居宅サービス計画の作成によりサービス提供を行う説明を行います。

1. 提供する居宅介護支援について

- ・利用者が要介護認定までに、居宅介護サービスの提供を希望される場合には、この契約の締結後迅速に居宅サービス計画を作成し、利用者にとって必要な居宅サービス提供のための支援を行います。
- ・居宅サービス計画の作成にあたっては、計画の内容が利用者の認定申請の結果を上回る過剰な居宅サービスを位置づけることのないよう、配慮しながら計画の作成に努めます。
- ・作成した居宅サービス計画については、認定後に利用者等の意向を踏まえ、適切な見直しを行います。

2. 要介護認定後の契約の継続について

- ・要介護認定後、利用者に対してこの契約の継続について意思確認を行います。このとき、利用者から当事業所に対して、この契約を解約する旨の申し入れがあった場合には、契約は終了し、解約料はいただきません。
- ・また、利用者から解約の申し入れがない場合には、契約は継続しますが、この付属別紙に定める内容については終了することとなります。

3. 要介護認定の結果、自立(非該当)又は要支援となった場合の利用料について

要介護認定の結果、自立(非該当)又は要支援となった場合は、利用料をいただきません。

4. 注意事項

要介護認定の結果が不明な為、利用者は以下の点にご注意いただく必要があります。

- (1) 要介護認定の結果、自立(非該当)又は要支援となった場合には、認定前に提供された居宅介護サービスに関する利用料金は、原則的に利用者にご負担いただくことになります。
- (2) 要介護認定の結果、認定前に提供されたサービス内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合には、保険給付とならないサービスが生じる可能性があります。この場合、保険給付されないサービスにかかる費用の全額を利用者においてご負担いただくことになります。

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いて重要な事項を説明しました。

(事業者) 社会福祉法人 兵庫福祉会
事業者名: ヴィラ播磨居宅介護支援事業所
住 所: 兵庫県加古川市志方町成井100番地
代表者名: 理事長 武久 敬洋 印
電話番号: 079-453-2100
指定番号: 2872200445

介護支援専門員(氏名)から契約書別紙内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名

印

署名代行の理由

(利用者の家族等)

住 所

氏 名

印

同意書

私、ヴィラ播磨居宅介護支援事業所との介護保険法に基づく居宅介護支援利用契約書第１７条に規定する秘密保持に関し、ヴィラ播磨居宅介護支援事業所又は、他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、ヴィラ播磨居宅介護支援事業所従業者が私の個人情報（私の家族の情報）をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

年 月 日

社会福祉法人 兵庫福祉会
ヴィラ播磨居宅介護支援事業所
理事長 武久 敬洋 殿

(利用者)

住所：_____

氏名：_____ 印

(家族氏名)

住所：_____

氏名：_____ 印

本人との続柄

(代理人氏名)

住所：_____

氏名：_____ 印

本人との続柄