

指定居宅介護支援事業「明照園 とも生き」重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています。（天草市指定 第4370900344）

当事業所は、ご契約者（以下「利用者」という。）に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを、次の通り説明します。

※ 当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となり、当事業所と契約を結び、登録されたご利用者のみが利用できることになります。

また、要介護認定を受けていない方でも利用は可能です。ただし、その場合は介護報酬相当額の全額負担となります。

1、事業所経営法人

- | | | |
|-----------|------------------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 明照園 | |
| (2) 法人住所地 | 天草市久玉町 1273 番地 1 | |
| (3) 電話番号 | 0969-73-3245 | FAX 0969-73-3307 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 三宅晃洋 | |
| (5) 設立年月日 | 昭和 35 年 6 月 29 日 | |

2、事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業種別：指定居宅介護支援事業所
介護保険事業所

認定日：平成 12 年 3 月 31 日 指定事業所番号：4370900344 号

指定有効期間 令和 2 年 4 月 1 日 ～ 令和 8 年 3 月 31 日

(2) 事業所の目的

事業所は、介護保険法令の趣旨に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に日常生活を営むために必要な介護保険事業所並びに医療機関との情報を利用者に提供し、在宅生活を営むことができるように相談・支援を行う。

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| (3) 事業所の名称 | 明照園 とも生き |
| (4) 事業所の所在地 | 熊本県天草市久玉町 1273 番地 1 |
| (5) 電話番号 | 0969-73-5220 FAX 0969-73-3307 |
| (6) 事業所の管理者 | 船津美紀 |
| (7) 営業日及び受付時間 | |

営業日	営業時間	休業日
平日	午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分	日曜日、12 月 31 日から 1 月 1 日

3、職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	人数 (人)	常勤 (人)	非常勤 (人)	常勤換算後 の人数 (人)	職務の内容
1、管理者兼介護支援専門員	1	1	0	1.0	利用申込の整理、その他の職員の管理、居宅サービス計画作成とその調整等
2、介護支援専門員	1	0	1	0.8	居宅サービス計画作成とその調整等

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間で除した数

※ なお、必要に応じて職員の配置数を変更することとします。

4、事業の実施地域

牛深町、久玉町、深海町、魚貫町、二浦町

5、提供する居宅介護支援サービスの内容・提供の方法

- (1) 居宅サービス計画（ケアプラン）
- (2) 要介護等認定の申請代行
- (3) 給付管理業務

6、当事業所利用の利用料金

(1) 利用料

要介護（要支援）認定を受けられているご利用者は、介護保険から全額給付されるので自己負担金は発生しません。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により当業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合には、ご利用者は1ヶ月につき定められた利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 基本単位及び加算等について

○介護報酬告示上の額（別紙1）において説明します。

（別紙1）のとおり、居宅介護支援費（Ⅰ）から居宅介護支援費（Ⅲ）までの3種類の取扱がありますが、居宅介護支援事業所の取扱件数によって、いずれかの種類の単位とします。

(3) 各種加算について

各種加算については、別紙(1)において説明します。

(4) 交通費

事業の実施地域お住まいのご利用者については無料とします。実施地域以外にお住まいのご利用者については、事業実施地域を超える地点からの距離に応じて1Km当たりの往復について20円の実費をいただきます。

7、事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状況等となった場合において、そのご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるために、居宅介護支援事業の運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 本事業は、利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- ② ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じてご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かつ有効的に提供されるよう配慮して行います。

- ③ ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ってご利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または、特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることがないよう公正中立に行います。
- ④ 本事業の運営に当たっては、関係市町村、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び関係機関等との連携に努めます。
- ⑤ 本事業の運営にあつては、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒みません。
- ⑥ 利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプラン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ることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。

(3) その他

事 項	内 容
職員ミーティング	毎日、解決困難事例の検討会・情報の共有・行政・地域包括支援センターからの通達・研修会報告・啓発活動を目的として行う。
職員研修	年10回、職員の質の向上を目指す。

○介護支援専門員実務研修受講者の受け入れを行います。

○熊本県・天草市からの研修会、介護支援専門員連絡協議会主催の研修会にて研修を受けます。

8、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

ア. 苦情受付

職名：介護支援専門員 氏名：船津美紀 電話番号：0969-73-5220

イ. 受付時間

毎週、月曜日から土曜日まで（午前8時から午後5時まで）

（電話での受付を行う場合）

電話での受付の場合、何時でもお受けできますのでお電話下さい。ただし、ご返事は担当の者が出勤した後となります。なお、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。また、苦情受付ボックスを玄関カウンターに設置しています。

ウ. 苦情解決責任者

職名：管理者 氏名：船津美紀

エ. 第三者委員

氏名：上村直代 住所：天草市久玉町 1411 番地 118 電話番号：72-2827

氏名：宇土千代子 住所：天草市久玉町 1458 番地 5 電話番号：73-4422

※ 苦情手順

- ① 苦情申し出があった場合、苦情受付担当者は次の内容について苦情申し出人に確認する。
 - ・ 苦情の内容
 - ・ 苦情申し出人の希望等
 - ・ 第三者委員への報告の要否
 - ・ 苦情申し出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言、立会いの要否
- ② 苦情受付担当者は、受け付けた苦情は原則としてすべて苦情解決責任者及び第三者委員に報告するものとする。ただし、苦情申し出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除く。
- ③ 苦情解決責任者は、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めるものとする。その際、苦情申し出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができるものとする。

- ③ 苦情解決責任者は、一定期間内毎に苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受ける。
- ④ 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して、一定期間後報告する。
- ⑥ 利用者によるサービスの選択や本会によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き、申し出のあった苦情の件数、内容、処理結果について、「事業報告書」や「広報誌」等に記載し、公表するものとする。

(2) 行政機関その他苦情情報機関

天草市高齢者支援課	所在地：天草市東浜町8-1 電話番号：0969-23-1111 受付時間：午前8時30分から午後17時15分まで 休日：土曜日、日曜日、祝祭日
国民健康保険団体連合会	所在地：熊本市東区健軍2丁目4番10号 苦情相談窓口 電話番号：096-214-1101 FAX 096-214-1105 受付時間：午前8時30分から午後17時00分まで 休日：土曜日、日曜日、祝祭日
熊本県社会福祉協議会（福祉サービス運営適正委員会）	所在地：熊本市中央区南千反畑町3-7 熊本県総合福祉センター内 電話番号：096-324-5471 FAX：096-355-5440 受付時間：午前8時30分から午後17時15分まで 休日：土曜日、日曜日、祝祭日

9、緊急時（事故発生時）の対応について

- (1) 万が一居宅介護支援の提供を行っている時にご利用者の病状の急変が生じた場合または、事故が発生した場合は、速やかに応急救置を施し、いち早く医師の診断を仰ぎ、できる限りの治療を最優先します。
- (2) 管理者は、事故の事実を確認し、ご家族へ事故発生のお知らせをします。
- (3) 管理者は、医師により被害状況を確認し、その内容についても常にご家族に報告し相談します。
- (4) ご利用者の一日も早い生活復帰のため、全力で取り組んで行きます。
- (5) 保険者（市町村）に対しても、事故報告書を取りまとめて報告します。

医療機関等	主治医氏名	
	連絡先	Tel
緊急時の連絡先	氏名	
	連絡先	Tel

- (6) 営業時間外においても、電話番号0969-73-3245にて電話受付を行い、後日連絡をすることとします。
ただし緊急を要する場合には介護支援専門員へ連絡を行うこととします。

10、個人情報について

個人情報使用同意書により説明を行い、同意を得るものとします。（別紙3）

11、医療との連携について

○居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者に対して、入院時に担当ケアマネージャーの氏名等を入院先医療機関等に提供する様依頼します。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求

め、意見を求めた主治医の医師等に対してケアプランを交付します。
○訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネージャーが把握した利用者の状態について、ケアマネージャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

12、福祉サービス第三者評価事業の実施状況について

第三者評価実施状況：有 ☒ 無 ☐

13、家族代表者とは、契約者と交渉程度が最も密な者を指し、事業者は契約者の状況を家族代表者に伝えることとします。家族代表者以外の親族などから契約者についての状況ならび、事業者への要望等については、家族代表者を通じ事業者と連絡することとします。契約者に滞納が発生した場合、家族代表者が事業者への損失を補うこととします。尚、家族代表者については、家族で話し合いの上選任されたものとして対応致します。

家族代表者の署名、押印が契約日にいただけない事情がある場合は、別紙を使用致します。契約締結日より、家族代表者について署名、押印が遅れている場合でも介護保険サービスの提供を急がれる場合は、選任されているものとして、相談者との話し合いで計画作成させていただきます。

14、利用者又は、その家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等(オンラインツール)活用して行うことができるものとします。その際、個人情報の適切な取り扱いに留意します。

15、感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練の実施
- (2) その他感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置(委員会の開催、指針整備等)

16、虐待防止のための措置

○利用者の権利擁護、虐待の防止等の観点から虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

虐待防止に関する担当者： 管理者 氏名：船津美紀

- (1)虐待を防止するための従業者に対する研修を実施
- (2)利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3)その他虐待防止のために必要な措置(委員会の開催、指針整備等)

○事業者は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は、速やかに、これを市町村に通報します。

17、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保

男女雇用機会均等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ

- (1)ハラスメント指針の周知・啓発
- (2)従業者からの相談に応じ、適切に対処するための体制の整備
- (3)その他ハラスメント防止のために必要な措置 を講じます。

18、業務継続計画(BCP)の策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催するなどの措置を講じます。

19、身体的拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行います。

せん。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

20、ご利用者へのお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、ご利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書並びに重要事項説明書等と一緒に大切に管理ください。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：明照園 とも生き

説明者職名

介護支援専門員

氏名

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、居宅介護支援サービスの提供開始について同意しました。

利用者住所

氏名

署名代筆者 氏名

(続柄)

家族代表者 氏名

(続柄)

別紙(1)

※居宅介護支援費単価(Ⅰ) <取り扱い件数 45 件未満>

要介護 1.2	1086 単位
要介護 3.4.5	1411 単位

※居宅介護支援費(Ⅱ) <取り扱い件数 45 件以上 60 件未満>

要介護 1.2	544 単位
要介護 3.4.5	704 単位

※居宅介護支援費(Ⅲ) <取り扱い件数 60 件以上>

要介護 1.2	326 単位
要介護 3.4.5	422 単位

※看取り期におけるサービス利用に至らなかった場合に要介護度に応じた基本単価を算定。

※各加算内容

介護度	加 算 項 目	単 位 数
要介護認定者	初回加算	1 月につき 300 単位
	特定事業加算(いずれかを算定)	
	特定事業加算 (Ⅰ)	1 月につき 519 単位
	特定事業加算 (Ⅱ)	1 月につき 421 単位
	特定事業所加算(Ⅲ)	1 月につき 323 単位
	特定事業所加算(A)	1 月につき 114 単位
	入院時連携加算(いずれかを算定)	
	入院時連携加算 (Ⅰ)	1 月につき 250 単位
	入院時連携加算 (Ⅱ)	1 月につき 200 単位
	(いずれかを算定)	
	退院・退所加算 連携 1 回(カンファ無)	1 月につき 450 単位
	退院・退所加算 連携 2 回(カンファ無)	1 月につき 600 単位
	退院・退所加算 連携 1 回(カンファ有)	1 月につき 600 単位
	退院・退所加算 連携 2 回(カンファ有)	1 月につき 750 単位
	退院・退所加算 連携 3 回(カンファ有)	1 月につき 900 単位
	ターミナルケアマネジメント加算	1 月につき 400 単位
	通院時情報連携加算	1 月につき 50 単位
	緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位
	特定事業所医療連携加算	1 月につき 125 単位

私は、本書面に基づいて事業者から居宅介護支援事業所の基本単価・加算について説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 氏名

署名代筆者 氏名 (続柄)

家族代表者 氏名 (続柄)

別紙(2)

家族代表者として家族の意見を取りまとめて、居宅介護支援事業所「明照園とも生き」に契約者の状況や要望を伝えます。

令和 年 月 日

利用者住所

利用者氏名

家族代表者住所

家族代表者氏名

(続柄)

家族代表者連絡先

個人情報同意書

ご利用者(契約者)並びにご家族が希望される介護サービスの提供を円滑に進めるため以下の項目について個人情報を使用させていただくことについて同意します。

記

1、使用する目的

- (1) ご利用者の居宅サービスを計画し、円滑にサービスが提供されるためのサービス担当者会議での情報提供
- (2) 介護支援専門員とサービス事業者との連携調整等
- (3) 他の居宅サービス提供者からの照会、居宅介護支援事業所からの照会
- (4) その他のサービス提供に関して必要性ある時
- (5) 行政関係が行うサービス担当者会議
- (6) 行政機関への相談又は届出等：(災害等の有事、感染症関係で情報を求められた場合等含む)
- (7) 医療機関、主治医との連携
- (8) 介護保険請求のための事務関係

2、使用するにあたっての条件

- (1) 必要最小限とし提供にあたっては関係者以外に漏れることのないよう注意致します。
 - 提供する情報の内容：
 - ・氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業者が居宅介護支援を行うために必要な利用者や家族個人に関する情報。
 - ・認定調査、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見。
- (2) 個人情報を使用した場合、その内容や提供した相手について記録しておきます。また、要望があれば開示します。
- (3) 個人情報について同意しがたい項目がある場合はその旨を申し出てください。ただし、後から変更されることも可能です。

3、個人情報の守秘義務について

- (1) この個人情報は、サービスを提供するにあたって知りえたご利用者もしくはご家族の情報を正当な理由なく第三者にもらさないものとし、契約期間外や事業所を退職してからも個人情報をもらさないものとします。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

家族代表者 住所 _____

氏名 _____ (続柄)

利用者は、身体の状態等により署名ができない。又は、本人からの依頼により利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ (続柄)