

## 居宅介護支援 重要事項説明書

居宅介護支援のサービス提供の開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第38号（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）第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 法人概要

法人名	株式会社 F P ケアサービス
代表者氏名	小林 竜也
法人設立年月日	平成15年9月16日

### 2. 事業所概要

事業所名称	日立介護相談センター秋桜
事業所番号	日立市指定 第0870202728号
事業所所在地	日立市東大沼町3-28-3
電話番号	0294-32-5538
FAX番号	0294-87-7377
開設年月日	令和3年3月1日
管理者氏名	小林 玲奈
サービス提供地域	日立市

### 3. 事業の目的および運営の方針

事業の目的	本事業は、利用者の状況やそのおかれている環境等に応じた介護サービス等を利用するための居宅サービス計画を作成し、当該計画に基づいて適切なサービスが提供されるよう事業者や関係機関との連絡調整を行うことにより、要介護状態になった場合においても利用者が可能な限りその居宅に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支援する。
運営の方針	利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき、適切な保健医療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する。 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、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居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行う。事業を行うにあたり、利用者の所在する市町村や、地域の保健医療福祉サービスとの連携に努める。

#### 4. 職員の職種、人数及び職務内容

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	保有資格の内容
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名		1名			1名	介護福祉士
介護支援専門員	5名	5名	1名			5名	介護福祉士
その他の職員							

#### 5. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（午前9時～午後6時）常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（午前9時～午後6時）常勤で勤務	4週8休
その他の職員	正規の勤務時間帯（午前9時～午後6時）常勤で勤務	4週8休

#### 6. 営業日

営業日	月曜日～土曜日 ※8月13日～15日・12月30日～1月3日は除く
営業時間	午前9時～午後6時

#### 7. 居宅介護支援サービスの概要

事業者は、PDCA サイクルを推進し、下記の業務の円滑な実践とサービス提供に努めます。

Plan（計画）	アセスメントからケアプラン原案作成、サービス担当者会議
Do（実施）	ケアプランの実行
Check（評価）	計画通りに実行されているか確認、モニタリング
Action（修正）	計画通りになっていない部分を修正する

#### <その他の業務>

要介護認定の申請代行	介護保険サービスを利用するにあたり、要介護認定を受けるための申請手続きを代行します（原則無料）
給付管理	利用した介護サービスの保険請求を行い、月毎の利用料金を算出します
インフォーマルな支援へのアクセス	介護保険給付対象外となる支援の情報提供や、支援提供までの仲介を行います

## 8. サービスの利用料、利用者負担額（1月につき）

※令和6年4月1日から

居宅介護支援費（I）	要介護1・2	要介護3～5
居宅介護支援費（i）取扱件数45件未満	1086単位	1411単位
居宅介護支援費（ii）取扱件数45件以上60件未満	544単位	704単位
居宅介護支援費（iii）取扱件数60件以上	326単位	422単位

【初回加算 300単位/月】 該当月のみ算定

【特定事業所加算（II） 421単位/月】

病院との連携や看取りへの対応の状況を要件とした場合算定します

【入院時情報連携加算（I） 250単位/月 （II） 200単位/月】

【退院・退所加算 450～900単位/月】

【緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位/回】

【通院時情報連携加算 50単位/月】

利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に算定します

## 9. 苦情等申立先

利用者様相談対応	窓口担当者 小林 玲奈 電話番号 0294-32-5538 FAX番号 0294-52-1107 受付時間 9:00～18:00（月～土曜日）
日立市役所	介護保険課 日立市助川町1-1-1 本庁舎1階 電話番号 0294-22-3111 FAX番号 0294-24-2281 受付時間 8:30～17:15（平日のみ）
茨城県国民健康保険 団体連合会	介護保険課介護保険苦情相談室 水戸市笠原町978-26 市町村会館3階 電話番号 029-301-1565 FAX番号 029-301-1579 受付時間 9:00～17:30（平日のみ）

## 10. ケアプランの実施状況

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙1にて示します。

## 11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者 管理者：小林 玲奈
- (2) 虐待防止委員会を設置し、定期的に研修会や情報交換の機会を設けます

- (3) 成年後見制度の利用を積極的に支援します
- (4) 苦情解決体制を整備しています
- (5) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています
- (6) 事業所従業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、速やかに市町村に通報します

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 事業者は、利用者またはその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</li> <li>② 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者または家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。</li> <li>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</li> <li>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</li> </ul>
<p>個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 事業者は、利用者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その個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でその個人情報を用いませぬ。</li> <li>② 事業者は、利用者またはその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙媒体の他、電磁的記録を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</li> <li>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示し、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（謄写費用をご負担いただく場合があります）</li> </ul>

### 13. 緊急時の対応について

利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

### 14. 事故発生時の対応方法について

サービス提供中に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

### 15. 身分証携行義務

従業者は、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。

### 16. 心身の状況の把握

居宅介護支援の提供にあたっては、利用者からのアセスメントや、主治の医師からの意見、およびサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

### 17. 支援経過の記録

- (1) 居宅介護支援の実施内容や、介護サービスの提供内容及びその状況等について、実施ごとに支援経過に記録します。
- (2) 支援経過の記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

### 18. 衛生管理等

- (1) 従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

### 19. 業務継続計画の作成等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために以下の計画を策定します。

- (1) 感染症に係る業務継続計画
- (2) 災害に係る業務継続計画

また、当該訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に円滑に提供しうる居宅介護支援を、定期的実施するものとする。

### 20. ハラスメント防止対策

事業者は、適切な居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動また

は優越的な関係を背景とした言動により、従業員の就業環境が害されることを防止するため、次のことを設けるものとします。

- (1) ハラスメントを行ってはならない旨を従業員に周知・啓発していく。
- (2) 事業者は、ハラスメント相談担当者を法人内に設定し、従業員へ周知する。

事業者は、利用者等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、厚生労働省「介護現場におけるハラスメント対応マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」を参考にし、その対応にあたることとします。

(別紙)

## 居宅介護支援 サービス内容説明

当事業者が、あなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

### 1. 提供するサービス

居宅サービス計画の作成

- \* サービス計画までの手順は次のとおりです。
  - ・ 御自宅を訪問し、あなたや御家族からお話を伺います。
  - ・ あなたの了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。
  - ・ 介護支援員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。
  - ・ サービス計画の内容、利用料、保険適用などをご説明し、了解を得ます。

情報の提供

要介護認定の申請、変更の代行

居宅サービス事業者との契約締結に関する必要な援助

関連事業者等の連絡調整

給付管理表の作成・提出

- \* 毎月、茨城県国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスの確認を得ます。
- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービス提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明をします。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問して下さい
- ③ 居宅介護支援の提供開始に際し、あなたは複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう、担当する介護支援専門員に求めることができます。
- ④ 居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由について、あなたは担当の介護支援専門員に説明を求めることができます。

### 2. 担当職員

あなたを担当する介護支援専門員は（ ）です。

- ① 職員は、常に身分証明証を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求め下さい。
- ② なお、当事業所の監督責任者は 小林 玲奈 です。苦情等ありましたら御遠慮なく御連絡下さい（TEL：0294-32-5538）。

### 3. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当の職員の変更を申し出ることができます。その場合、変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、担当の職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

#### 4. 利用料

このサービスの利用料及びその他の費用は以下のとおりです。

- ・利用料… 要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されます。

保険料の滞納により、法定代理受領が出来なくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じてお支払いいただき、当社からサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日日立市介護保険課の窓口に出すと、全額払戻を受けられます。

- ・交通費… サービスを提供・実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費が必要です。

- ・その他… 記録の謄写費用などをいただくことがあります。

#### 5. キャンセル料など

サービスをキャンセルした場合には、交通費等実費につき御清算いただくことがあります。

#### 6. 計画書等の交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申出下さい。

#### 【重要事項説明 署名欄】

私は、本書面に基づいて、介護支援専門員 \_\_\_\_\_ から上記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)

氏 名

住 所

(利用者の家族等)

氏 名

住 所

(続 柄 : \_\_\_\_\_ )