「指定居宅介護支援及び介護予防支援」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。
（第 1070204258 号）

当事業所はご契約者に対して居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

☆居宅介護支援とは

ご契約者が居宅での介護サービス及び介護予防サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施いたします。

○ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族の希望をうかがい、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン)」を作成いたします。

○ご契約者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者及びそのご家族、指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の実施状況を把握いたします。

○必要に応じて、事業者とご契約者双方の合意に基づき、ケアプランを変更いたします。

※当サービスの利用は、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ます。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。また、要支援認定の結果「要支援」と認定された方で介護予防支援の対象となる方もご利用が可能です。

◇◆目次◆◇

1．事業者 …… 2
2．事業所の概要 …… 2
3．事業実施地域及び営業時間 …… 2
4．職員の体制 …… 3
5．当事業所が提供するサービスと利用料金 …… 3
6．サービスの利用に関する留意事項 …… 6
7．苦情の受付について …… 7
8．事故発生時の対応方法 …… 7

1．事業者

（1） 法人名　医療法人社団　水火会
（2） 法人所在地　群馬県高崎市上小塙町 567 番地
（3） 電話番号　０２７－３４３－７７８８
（4） 代表者氏名　理事長 茂木　元喜
（5） 設立年月　平成　９年６月２０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
（2） 事業の目的　指定居宅介護支援事業及び指定介護予防事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護・要支援状態にある高齢者に対し、適正な居宅介護支援及び介護予防支援を提供することを目的とする。
（3） **事業所の名称**　もてき介護福祉センター
平成１１年１１月指定
（4） **事業所の所在地**　群馬県高崎市上小塙町５６５番地１
（5） **電話番号**　０２７－３４３－５５００ ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ：０１２０－３７６５１８
（6） **管理者氏名**　**成田　清香**（ナリタ　サヤカ）

3．事業実施地域及び営業時間

（1） **通常の事業の実施地域　要介護**：　高崎市（旧倉渕村・旧吉井町・旧新町を除く）
安中市（旧松井田町を除く）・榛東村
要支援：　高崎市（旧倉渕村・旧吉井町・旧新町を除く）

（2） 営業日及び営業時間

営業日	月曜日　～　土曜日	
受付時間	月曜～土曜	９：００～１８：００
サービス提供時間帯	月曜～土曜	９：００～１８：００

＊休　日：日曜日・祭日、１２月２９日～１月３日まで

＊当事業所は電話等により 24 時間常時連絡が可能な体制をとっております
電話番号　０２７－３４３－５５００

４．職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して居宅介護支援サービス・介護予防サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職　　種	常勤	非常勤	介護支援専門員が有する資格
１．管理者	１名		介護福祉士
２．介護支援専門員	３名 以上		社会福祉士 介護福祉士
３．事務職員	１名 以上		

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では､居宅介護支援及び介護予防支援として次のサービスを提供いたします。当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

なお、ご契約者は、当事業所に対して以下の要求をすることが出来ます。

① 複数の指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者等を紹介することを求めること。

② 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めること。

（１） サービスの内容

① 居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成いたします。

＜居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成の流れ＞

① 事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させます。

↓

②居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における複数の指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正にご契約者又はそのご家族に対して提供して、ご契約者にサービスの選択を求めます。（事業所の選定・推薦に当たっては公正中立に行います）

↓

③介護支援専門員は、ご契約者及びそのご家族の置かれた状況等を考慮して、ご契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画・介護予防サービス計画の原案を作成します。

↓

④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画・介護予防サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス又は指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等についてご契約者及びご家族に対して説明し、ご契約者の同意を得た上で決定するものとします。

② 居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成後の便宜の供与

ご契約者及びそのご家族、指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の実施状況を把握いたします。

居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。

ご契約者、ご家族の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③ 居宅サービス計画・介護予防サービス計画の変更

ご契約者が居宅サービス計画・介護予防サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画・介護予防サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画・介護予防サービス計画を変更いたします。

④介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者様が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には､介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

⑤医療機関との連携

ご契約者のかかりつけ医や、入院先の医療機関との連携を図ります。

※もし､入院をした時は担当の介護支援専門員の氏名を入院先の医療機関にお伝えください。

⑥公正中立の確保

居宅サービス計画・介護予防サービス計画の提供にあたり、利用者の人格を尊重し

利用者の立場に立ち、実際に提供される指定居宅サービス又は指定介護予防サービス等が特定の種類又は不当に偏することのないよう、公正中立に行うための体制を整えています。

※当事業所のケアプランにおける訪問介護、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の通りです。

（２） サービス利用料金

当事業所のある高崎市は地域区分６級地のため１単位に１０．４２円を乗じた額となります。

なお、利用料金及び加算料金は保険者から支払われますので、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が保険者からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、居宅介護支援及び介護予防支援のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

① 居宅介護支援に関するサービス利用料

居宅介護支援利用料	要介護１・２	１，０８６単位／月
	要介護３・４・５	１，４１１単位／月

② その他加算について

特定事業所加算（Ⅱ）	４２１単位／月

以下の加算の対象となる方の計画を作成した場合

初回加算	３００単位／月
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（Ⅰ）イ	４５０単位／月
（Ⅰ）ロ	６００単位／月
（Ⅱ）イ	６００単位／月
（Ⅱ）ロ	７５０単位／月
（Ⅲ）	９００単位／月

（入院または入所期間中につき１回を限度に）

通院時情報連携加算	５０単位／月

緊急時等居宅カンファレンス加算	２００単位／月２回を限度
ターミナルケアマネジメント加算	４００単位
（死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上在宅の訪問等を行った場合）	
介護職員等処遇改善加算	所定単位数（基本＋加算）×21/1,000

③介護予防支援に関する利用料

介護予防支援（Ⅱ）利用料	４７２単位／月
その他加算について	
初回加算	３００単位／月
介護職員等処遇改善加算	所定単位数（基本＋加算）×21/1,000

（３） 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月１０日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア．下記指定口座への振り込み
群馬銀行　高崎北支店　普通預金　０７７９６３６
医療法人社団水火会　理事長　茂木　元喜
イ．現金

（４） 規定する実施地域以外の交通費

・ 規定する通常の事業の実施地域を超えて行う場合の費用は次のとおりです。

事業所の実施地域を超えてからの距離	金　額
片道１０ｋｍ未満	１，０００円
片道１０ｋｍ以上２０ｋｍ未満	２，０００円
片道２０ｋｍ以上	２，５００円

６．サービスの利用に関する留意事項

（１） サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供開始時に、担当の介護支援専門員を決定いたします。

（２） 介護支援専門員の交替

①事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものといたします。

②ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、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替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

７．　高齢者虐待防止の推進

高齢者への虐待防止を推進するため、以下の措置を講じております。

・虐待の発生又は再発防止のための委員会を年１回以上開催します。
・虐待の発生又は再発防止のための指針を整備します。
・従業者への虐待に関する研修を年１回以上開催します。
・虐待に関する相談窓口は各事業所の管理者となります。
・虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は指針やマニュアルに従い速やかに適切な対応が図れるように努めます。
・従業者又は養護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者）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市町村に通報致します。

８．　ハラスメント対策

男女雇用機会均等法などで定められている「ハラスメント対策に関する事業者の責務」を踏まえた上で介護を行う職員へのハラスメント対策を行っております。利用者様、ご家族様のご協力をお願いする場合がございます。その際は何卒ご理解頂きます様お願い申し上げます。

９．　非常災害対策

感染症や、災害が発生した場合でも非常時の業務継続に向けた計画の策定や、各対策委員会の設置、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施を行い、利用者様に必要な介護サービスを継続的に提供できるよう体制を整えています。

１０．　身体拘束等の適正化の推進

利用者様又は他の利用者様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、身体拘束等を行ってはならないこととし、身体拘束等を行う場合は、その態様及び時間、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。
また、身体拘束等の適正化を図る観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置等、体制の整備を行っております。

１１．苦情の受付・虐待の相談について

（１）　苦情・虐待相談の受付

当事業所に対する苦情や虐待のご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○受付窓口（担当者）

成田　清香

○受付時間　　月曜日～土曜日
９：００～１８：００

○電話番号　　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ　０１２０－３７６５１８

（２）　行政機関その他苦情受付機関

高崎市介護保険担当課 所在地　高崎市高松町 35 番地１	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２７－３２１－１１１１
安中市介護高齢課担当係 所在地　安中市安中１－２３－１３	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２７－３８２－１１１１
榛東村介護保険担当係 所在地　北群馬郡榛東村新井７９０番地１	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２９－５４－２２１１
群馬県国民健康保険団体連合会 所在地　前橋市元総社町３３５－８	受付時間　９：００～１７：００ 電話番号　０２７－２９０－１３２３
高崎市長寿社会課地域包括支援担当 所在地　高崎市高松町 35 番地１	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２７－３２１－１３１９

１２．事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合、速やかに対応し、事故の状況等を確認のうえご契約者、ご家族に説明を行い、管轄の福祉事務所に報告いたします。その後、原因の究明を徹底し再発防止に努めます。

また、事業所の責めに帰すべき事由によりご契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご契約者に対してその損害を賠償いたします。

ただし、事業所の責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

＜重要事項説明書付属文書＞

１．サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご契約者に提供した居宅介護支援について記録を作成し、その完結の日から５年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付いたします。
②ご契約者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合その他ご契約者から申し出があった場合には、ご契約者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付いたします。
③事業者、介護支援専門員または従業員は、居宅介護支援を提供するうえで知り得たご契約者及びそのご家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）

２．損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

３．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護・要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の７日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了いたします。

① ご契約者が死亡した場合
② 要介護認定により、自立と判定された場合
③ 要介護認定を更新せず、総合事業対象となった場合
④ ご契約者が介護保険施設に入所した場合
⑤ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
⑥ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑦ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
⑧ 事業者から契約解除を申し出た場合

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の１ヶ月までにご連絡ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

① 事業者が作成した居宅サービス計画・介護予防サービス計画に同意できない場合
② 事業者もしくは介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める居宅介護支援を実施しない場合
③ 事業者もしくは介護支援専門員が守秘義務に違反した場合
④ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（２）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他のご契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

４．個人情報の使用について

当事業所が、介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書に基づき、指定居宅介護支援サービス（医療機関を含む）等を円滑に実施する為に行うサービス担当者会議等においてご契約者が提供を受ける全ての介護保険事業所に下記の個人情報を使用いたします。

① 氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等の情報
② 認定調査票・主治医意見書・介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
③ その他、介護支援専門員が必要と判断する情報で、ご契約者本人及びご家族の情報で同意を得たもの
④ ケアプラン

※　必要な情報が得られない場合は、適切なサービスが提供できない可能性があります。

また、下記の場合を除き、ご提供頂いた個人情報を第三者には提供いたしません。

① 法令に基づき司法機関・行政機関から法的義務を伴う要請を受けた場合
② 介護計画上、必要な医療機関からの要請を受けた場合
③ 保険請求のため、保険者にレセプト情報を提供する場合
④ 利用者からの同意を得て指定機関・組織等に提供する場合

　指定居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービス提供の開始にあたり、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。

居宅介護支援事業所
　　説明者　　介護支援専門員　　氏名

　契約書及び本書面により、事業者から重要な事項の説明を受けるとともに、居宅支援の開始及び個人情報の使用について同意し、受領しました。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名

家　族　　住所

氏名

私は、本人の契約意思を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行理由

署名代行者　住所

氏名

(続柄　　)