

居宅介護支援事業所 重要事項説明書

令和6年4月1日現在

1. 当事業者が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0875-56-6400 (月曜～金曜 8:30～17:30)
担当 介護支援専門員 大西 美代子

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護状態にある利用者が、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日常生活を営むことができるよう適正な指定居宅支援を提供することを目的とする。
運営の方針	<p>①利用者が居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用等することが出来るよう、当該居宅介護者等の依頼を受けて居宅サービス計画を作成すると共に、当該計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者との連絡調整その他の便宜を図る。</p> <p>②指定居宅介護支援等の提供に当たっては、利用者の選択に基づき保健・医療・福祉サービスが総合的、効率的に提供されるよう配慮し、公正中立に行う。</p> <p>③事業の実施に当たっては、市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体と綿密な連携を図るものとする。</p> <p>④自らその提供する指定居宅支援の質の評価を行い、常にその改善を図っていく。</p>

3. 事業者の概要

(1)居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	とよなか荘老人介護支援センター
所在地	香川県三豊市豊中町笠田竹田697-1
介護保険指定番号	三豊市指定 第3771700188
サービスを提供する地域	豊中町を中心とする三豊市および観音寺市 (中山間地域及び島しょ部除く)

※上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談下さい。

(2)同事業所の職員体制

	常勤（兼務）	常勤（専従）	合計
管理者	1		1
介護支援専門員		2	2
	1	2	3

(3)営業時間

営業日	月曜～金曜 (祝祭日および12月29日から1月3日を除く)
営業時間	8:30～17:30

※電話等により24時間常時連絡可能な体制とする。

4. 居宅介護支援サービスの概要

(1) 要介護認定の申請代行

当事業所は要介護認定の申請代行のご依頼があれば、要介護認定の申請代行を行います。認定の申請は被保険者証の添付が必要です。被保険者証の交付を受けていない第2号保険者は医療保険の被保険者証等を提示して行います。

申請から被保険者証が発行されるまでの間、申請した市町村より「資格証明書」が交付されます。

また、利用者の要介護認定等の更新の申請もご依頼があれば、有効期間の満了日の30日前までに代理申請を行います。

(2) サービス計画の立案・経過観察・再評価

事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させ、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的にサービスを提供致します。

- ① 居宅を訪問し、利用者及び家族に面接後、利用者の方が自立した日常生活を営むことが出来る様支援する上で、解決すべき課題を把握します。
- ② 当該地域における指定居宅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利用者及びその家族に説明しサービスの選択を求めます。
- ③ 介護支援専門員は、利用者に対して、利用者が複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること、又居宅サービス計画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について説明をします。
作成した居宅サービス計画の総数のうち、（前6か月間における）訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護については、各サービスの利用割合と同一事業所によって提供されたものの割合を説明します。
- ④ 利用者が望む生活を送る上での課題、利用者及び家族の意向、指定居宅サービス等が提供される体制を勘案し、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を盛り込んだ居宅サービス計画原案を作成します。
作成にあたっては、必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービスが包括的に提供されるよう提案いたします。
- ⑤ 居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス担当者を招集し、サービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、居宅サービス計画原案の内容について専門的な見地から意見を求め、利用者の状況、サービス内容の共有を図ります。
- ⑥ 居宅サービスの原案に位置づけた指定居宅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、利用料等について説明し、利用者から文書による同意を受け、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付します。
- ⑦ 居宅サービス計画作成後は、利用者及び家族の方、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況の把握を行うと共に必要に応じて計画の変更の支援、要介護認定区分変更の支援等必要な対応を行います。実施状況の把握に際しては、介護保険法に規定する介護保険関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。

(3) 主治の医師および医療機関との連絡

事業者は利用者の主治の医師および医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について連絡をとります。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うこと目的とします。

- ①介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けた時、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況、その他の利用者的心身又は生活に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て、主治の医師、歯科医師、又は薬剤師に提供します。
- ②介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師の意見等を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師に交付します。
- ③利用者が病院等に入院しなければならない場合には、入院時に医療機関等に当事業所名と担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えるよう利用者に求めます。また退院時には退院後の在宅生活への円滑な移行等を支援するため、早期に病院等と情報共有や連携図り支援いたします。
- ④支援の様々な段階においては、「どこでどのような医療や介護を受けたいか」という本人の意思を尊重した医療・介護の方針が決定できるよう支援いたします。

5. 利用料金

(1)居宅サービス計画作成料

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るので、自己負担はありません。

要介護 1. 2 1,086 単位

要介護 3. 4. 5 1,411 単位

特定事業所加算 III 323 単位 初回加算 300 単位

入院時情報連携加算 (I) 250 単位 入院当日に情報提供

入院時情報連携加算 (II) 200 単位 入院後翌日・翌々日に情報提供

退院・退所加算

カンファレンス参加無 連携 1 回 450 単位 連携 2 回 600 単位

カンファレンス参加有 連携 1 回 600 単位 連携 2 回 750 単位

連携 3 回 900 単位

ターミナルケアマネジメント加算 400 単位

通院時情報連携加算 50 単位

緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位

中山間地域加算 (中山間地域及び島しょ部の居住している利用者)

所定単位に 5 % 加算

(2)交通費

サービスを提供する地域である、豊中町を中心とする三豊市および観音寺市にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域以外の方は、指定居宅介護支援に要した費用はその実費をいただく場合があります。

(3)支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、翌月末までにお支払下さい。

お支払いただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は、銀行振込、現金集金、口座引落の方法から、ご契約の際にお選びいただけます。

6. サービスの利用方法

(1) サービス利用の開始

まずは、お電話等でお申込下さい。当事業所の介護支援専門員がお伺いいたします。契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所された場合

- ・要介護認定又は要支援認定によりお客様の心身の状態が要支援又は自立と判定された場合

- ・お客様が亡くなられた場合

④ その他

お客様のご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7. 事故発生時の対応および賠償責任について

(1) 当事業所が提供する居宅介護支援により、事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者ご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

(2) 当事業所の提供する居宅介護支援に伴って、当事業者の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

8. 苦情解決体制について

(1) 苦情解決責任者

苦情解決の責任主体を明確にするため、苦情解決責任者を定めます。

(2) 苦情解決担当者

サービス利用者が苦情の申し出をしやすい環境を整えるため、苦情受付担当者を定めます。また、苦情受付担当者は、以下の業務を行います。

(ア) 利用者からの苦情の受付

(イ) 苦情内容、利用者の意向の確認及び記録

(ウ) 受付けた苦情及びその改善状況等の、苦情解決責任者及び苦情解決第三者委員への報告

(3) 苦情解決第三者委員

サービス利用者の立場を配慮した上で、客観性をもって適切な対応（助言、事業所との話し合いの立会い等）を行い、円滑な苦情解決を図るため、苦情解決第三者委員を定めます。

◎ 事業所の苦情解決責任者及び苦情解決担当者

所 在 地	香川県三豊市豊中町笠田竹田697-1 (特別養護老人ホーム とよなか荘 施設内)
苦情解決責任者	施設長 筒井 達也
苦情解決担当者	介護支援専門員 大西 美代子
ご利用日時	月曜 ~ 金曜日 8:30 ~ 17:30 (ただし、緊急時はこの限りではありません)
ご利用方法	電話番号 0875-56-6400 ファックス番号 0875-62-3100

◎ 法人の設置する苦情解決第三者委員

所 在 地	香川県三豊市豊中町笠田笠岡592番地1
第三者委員	千秋 保敏
電話番号	0875-62-3920

所 在 地	香川県三豊市豊中町上高野1932番地
第三者委員	神原 道央
電話番号	0875-62-3316

◎ 行政機関その他苦情受付機関

所 在 地	三豊市高瀬町下勝間2373番地
保険者	三豊市健康福祉部介護保険課
電話番号	0875-73-3017 FAX 0875-73-3023

所 在 地	高松市福岡町二丁目3番2号
名 称	国民健康保険団体連合会
電話番号	087-822-7435 FAX 087-822-7455

所 在 地	高松市番町四丁目1番10号
名 称	香川県健康福祉部 長寿社会対策課 在宅サービスグループ
電話番号	087-832-3269 FAX 087-806-0206

所 在 地	高松市番町一丁目10番35号
名 称	福祉サービス運営適正化委員会(香川県社会福祉総合センター内)
電話番号	087-861-1300 FAX 087-861-1300

9. 他、事業所内での取り組みについて

(1) 虐待防止に対する取り組み

- ①利用者の権利擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止の委員会の設置、指針の整備や研修の実施を行います。
- ②事業所はサービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を擁護するもの)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いたします。

(2) 業務継続計画の策定

- ①感染症や自然災害発生時、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に、非常時の体制においても早期の業務再開を図るため、「業務継続計画」を準備し、平常時より研修や訓練を行います。

(3) 感染症対策

- ①所属法人及び事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、感染予防に努め、委員会の開催や定期的な研修を行います。
- ②感染症拡大時、及び法人・事業所内における感染症拡大防止時には、電話及びパソコン機器などの情報通信機器を活用し、業務を継続いたします。

(4) ハラスメント対策

- ①利用者・家族が安心してサービスを受けることができるよう、ハラスメントを含めた様々なトラブル防止のため、又従業者の労働環境の確保、改善や安定的な事業運営のため、組織的・総合的にハラスメント対策を講じます。

[サービスご利用に際してのお願い]

- (1) 訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。
- (2) 健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

[サービス利用にあたっての禁止事項について]

- (1) 事業所の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音を無断でSNS等に掲載すること。

説明年月日

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 事業者名 とよなか荘老人介護支援センター
(三豊市指定 第3771700188)

住所 香川県三豊市豊中町笠田竹田697-1

法人名 社会福祉法人 豊中福祉会

代表者名 理事長 井下 謙司 印

説明者 氏名 大西 美代子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受け、同意し本書面の交付を受けました。

契約年月日 令和 年 月 日

利用者 住所 _____

名前 _____ 印

(代理人) 住所 _____

名前 _____ 印