「居宅介護支援」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。
（指定第 2874000330 号）

当事業所はご契約者に対し指定居宅介護支援事業を提供します。施設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します。

１．施設経営法人

（１）法人名　　社会福祉法人しらさぎ福祉会
（２）法人所在地　　姫路市林田町山田３５１－３
（３）電話番号　　０７９－２６１－４０８８（代）
　　ＦＡＸ番号　　０７９－２６１－４１８９
（４）代表者氏名　　理事長　　瀬澤　義和
（５）設立年月日　　平成２年３月１３日
（６）インターネットアドレス　　sien@sirasagi.or.jp

２．事業所の概要

（１）事業の種類　　指定居宅介護支援事業
　　平成１２年４月１日指定　　2874000330 号
（２）事業所の名称　　しらさぎ在宅介護支援センター
（３）施設の所在地　　姫路市林田町山田３５１－３
（４）電話番号　　０７９－２６１－４５５５（時間外は転送電話で対応）
　　ＦＡＸ番号　　０７９－２６１－３３５５
（５）管理者氏名　　主任介護支援専門員　福岡　恵理

３．事業の目的及び運営方針

（１）事業の目的　　介護保険法に従い、要介護要支援認定等に係る手続きの代行や居宅サービス計画の作成や経過観察を行い、契約者がその有す能力に応じ可能な限り自立した在宅生活を営むことができるよに支援し、また要介護者が介護保険施設等への入所を希望される場合には紹介等の便宜を図ることを目的とします。

（２）事業の運営方針　事業にあたっては、契約者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、公正中立の立場に立って必要な情報提供を積極的に行い、契約者の選択に基づいた適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して支援を行います。独居高齢者や認知症高齢者への支援強化に努め、適正に権利が守られるよう制度を活用し、サービス事業者との調整も行います。また地域包括支援センターや医療機関、小規模多機能型居宅介護事業所、介護保険施設等との連携を図り、総合的なサービスの提供につなげます。入退院時などには医療機関との調整を要介護者が介護保険施設等への入所を希望される場合は紹介等の便宜を図ります。

４．事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、姫路市（家島町除く）、たつの市、太子町、宍粟市（山崎町）です。

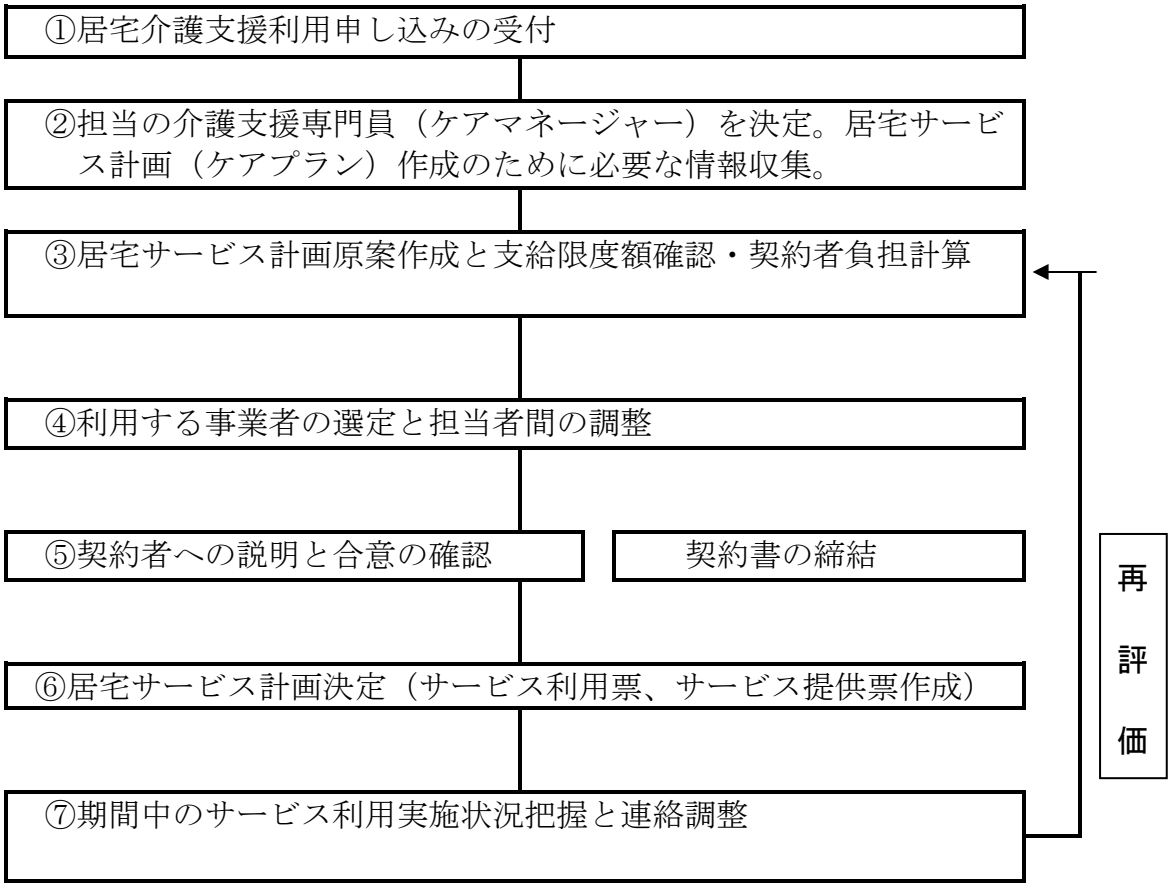
５．営業日及び営業時間（窓口対応）

営業日　　月～土　　尚 12 月 30 日～1 月 3 日は休業

営業時間　午前９時～午後６時

尚、上記の時間以外でも転送電話により２４時間連絡体制をとっております。

６．契約締結からサービス提供までの流れ



７．利用者へのサービス事業者の紹介

利用者やその家族は事業者に対してケアプランに位置付けるサービス事業者について、複数の事業者の紹介を求めることができます。又ケアプランに位置付けた理由を求めることができます。

8. 職員の状況

管理者（１名）：事業所の正常な運営を維持するために管理・監督を行います。

介護支援専門員（３名以上　うち主任３名）

○介護支援専門員（主任）：管理者の監督の下で法令を遵守した正常な運営を維持します。適宜必要な指導・指示を行い、自らも居宅サービス計画の作成等利用者の支援を行います。

○ その他　介護支援専門員：主任の指導の下で専門職として利用者の立場に立った居宅サービス計画の作成等利用者の支援を行います。

※なお、常勤換算により一人あたり 44 件を標準担当件数とする。

9. 居宅介護支援の内容及び料金

サービス内容	要介護１～２	要介護３～５
居宅介護支援の内容 居宅サービス計画作成 経過観察、再評価 給付管理	１１，０８８円／月	１４，４０６円　／月
特定事業所評価加算Ⅱ	４，２９８円／月	
特定事業所 医療介護連携加算	１，２７６円／月 前年度に要件を満たした場合次年度４月より算定致します	

【その他加算内容】

加算項目	加算額	算定条件
初回加算	３，０６３円	新規利用又は要介護度区分が 2 段階以上変更した場合
入院時情報連携加算Ⅰ	２，５５２円	入院したその日のうちに必要な情報提供を行った場合
入院時情報連携加算Ⅱ	２，０４２円	入院した翌日又は翌々日に必要な情報提供を行った場合
退院・退所加算Ⅰ （連携１回）	４，５９４円 ６，１２６円	退院調整を行う際　退院退所時カンファレンスに不参加の場合 退院時カンファレンスに参加の場合
退院・退所加算Ⅱ （連携２回）	６，１２６円 ７，６５７円	退院調整を行う際退院退所時カンファレンスに不参加の場合 退院時カンファレンスに参加の場合
退院退所加算Ⅲ （連携３回）	９，１８９円	退院調整を行う際退院退所カンファレンスに参加した場合
ターミナルケアマネジメント加算	４，０８４円	在宅で死亡した利用者に対して死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上の訪問を行い関係事業者に連携行った場合
緊急時居宅カンファレンス加算	２，０４２円	病院等の求めにより病院職員と共に利用者宅を訪問しカンファレンスを行い利用調整を行った場合（１月に２回を限度）
通院時情報連携加算	５１０円	医師又は歯科医師の診察に同席し必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師から必要な情報を受けた場合
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の 2.1％	介護職員等の処遇改善を目的として算定

※看取り期において契約者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合でも通常のケースと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについては基本報酬を算定致します。

※契約者が入院された際は担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先を医療機関に伝え

る事となっております。
※以上の加算項目は、全ての方が該当する訳ではございません。一定の条件を満たした場合のみ加算されます。
※介護保険が適用される場合、上表の報酬は介護保険から直接事業者に給付されますので、居宅介護支援における契約者の負担はありません。

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。
①複写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には、実費相当分として１枚につき　２０円をご負担いただきます。
②通常事業の実施地域以外の場合の交通費
通常事業の実施地域以外の場合は以下の額を徴収します。
片道　５Ｋｍ未満　　５００円
片道　５Ｋｍ～１０Ｋｍ未満　　１，０００円
片道　１０Ｋｍ以上５Ｋｍまで毎に　　５００円追加
（タクシー、その他有料道路を利用した場合は実費負担）
☆上記の料金を改定する際には、１ヶ月以上前にご契約者に文書で通知します。

10. 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。
○苦情受付窓口　管理者　主任介護支援専門員　福岡恵理
電話番号　　０７９－２６１－４５５５
○苦情解決責任者　特別養護老人ホームしらさぎの里
施設長　有末将士
電話番号　　０７９－２６１－４０８８
○受付時間　　月曜日から金曜日　１０：００～１７：００

（２）行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地　神戸市中央区三宮町１丁目９番 1-1801 号 電話番号　０７８－３３２－５６１７ ＦＡＸ番号　０７８－３３２－５６５０ 受付時間　８:４５～１７：１５（月～金曜日）
○市役所介護保険課	所在地　姫路市安田４丁目１番地 電話番号　０７９－２２１－２９２３ ＦＡＸ番号　０７９－２２１－２４４４ 受付時間　９：００～１７：００（月～金曜日）

11. 損害賠償について
当施設において、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。
但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を考慮して相当と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。
当事業所は「ひょうご福祉サービス総合補償制度」に加入しております。

12. 虐待について

事業者は、利用者等の人権・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講じます。
利用者等に対する高齢者虐待に相当する行為やその恐れのある状態を知った場合には、関係機関と連携し、その解決のために必要な措置を講じます。

13.サービス利用にあたっての禁止事項について

事業者は、職場においてもハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することができます。

1. 事業者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、カスタマーハラスメントなどの行為
3. サービス利用中に、職員を含め、ご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録画・録音などを SNS などに無断で掲載すること

14.業務継続計画（BCP）の策定等について

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実施します。
感染症の予防及びまん延の防止のため措置として、職員に対して対策を周知徹底するとともに、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）を定期的に実施します。

指定居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

西暦　　年　　月　　日
時　　分　～　　時　　分

指定居宅介護支援事業所
しらさぎ在宅介護支援センター

説明者職名　介護支援専門員　　氏名　　印

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、同意しました。

【契　約　者】住所

氏名　　印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

【署名代行者】住所

氏名　　印(契約者との続柄　　)