

指定居宅介護支援 重要事項説明書

外旭川介護支援センター

1、当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 018-869-9000

※ 御不明な点は、おたずねください。

2、事業所の概要

(1) 指定居宅介護支援の事業者番号およびサービス提供地域

事業所名	外旭川介護支援センター
管理者	森下 睦子
所在地	秋田市外旭川字中谷地46
電話番号	018-869-9000
介護保険指定事業者番号	指定居宅介護支援 (秋田市 0570109876 号)
サービスを提供する地域	秋田市 (旧雄和町、旧河辺町を除く)

(2) 法人概要

名称・法人種別	医療法人 惇慧会
理事長	穂積 憲
所在地	秋田市外旭川字三後田142
電話番号	018-868-5511

(3) 事業所の職員体制

	常勤	業務内容
管理者 主任介護支援専門員 (兼務)	1名	職員及び業務の 一元的な管理 ケアマネジメント
介護支援専門員	1名以上	ケアマネジメント

(4) 営業時間

平日 (月～金)	9:00～17:00
----------	------------

※ 緊急連絡電話：018-869-9000 (24時間受付)

※ 休業日は土、日、祝日、8/13, 12/31～1/3まで

3、指定居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

申し込み ⇨ 受付 ⇨ 重要事項説明、個人情報同意、契約 ⇨ アセスメント(面接) ⇨ ケアプラン(原案)および利用票(原案)の作成 ⇨ サービス担当者会議、サービス調整 ⇨ ケアプラン・利用票(確定)説明、同意、交付 ⇨ サービス提供開始

- ・ サービス提供開始後、月に1回は居宅を訪問し、利用者の心身状態、サービス利用状況を確認し、利用票を説明、同意、交付いたします。
- ・ 要介護認定更新や区分変更認定時、サービス内容変更時は、サービス担当者会議を開催し、ケアプランの変更をいたします。

4、サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。介護支援専門員がお伺いいたします。契約を締結したのち、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

お申し出下さればいつでも解約できます。

② 当センター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します。

(3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスの提供を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 利用者の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

(4) その他

利用者やご家族等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。

5、利用料金

(1) 種類

①基本単位

- ・要介護1, 2 (1086単位)
- ・要介護3, 4, 5 (1411単位)

②加算

- ・初回加算 300単位
- ・特定事業所加算Ⅲ 323単位
- ・入院時情報連携加算 200単位ないし250単位
- ・退院・退所加算 450単位、600単位、750単位、900単位(いずれか)
- ・通院時情報連携加算 50単位

※一定の要件を満たさない場合に基本単位数の50%を算定

※上記減算が2ヶ月以上継続している場合は所定単位数を算定しない

(一定の要件)

- ・サービス担当者会議の開催または担当者による照会を行っていない場合。
(ケアプランの新規作成、要介護更新認定、要介護区分変更認定の場合には、サービス担当者会議の開催を条件とする)
- ・居宅サービス計画原案を利用者または家族に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、計画を利用者及び担当者に交付していない場合。
- ・特段の事情なく1ヶ月に1度利用者の居宅を訪問して、利用者に面接しない場合。
- ・モニタリングの結果を記録していない状態が1ヶ月以上継続している場合。

要介護認定された方は、介護保険制度から全額給付されるため自己負担はありません。

※保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき上記の単位の10割の料金をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日保険者である市・町・村の窓口に出すと、全額払い戻しを受けることができます。

(2) 支払方法

料金が発生する場合、その都度清算いたします。お支払い後、領収書を発行いたします。

6、事業所の指定居宅介護支援の特徴等

- ①当事業所の介護支援専門員は、利用者およびご家族の相談に応じ、要介護認定の申請代行を行ない援助いたします。
- ②事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス調整に努めます。
- ③ケアプランに位置づける居宅サービス事業所については、複数の事業所を紹介し、利用者およびご家族に選択していただきます。また、当該事業所をケアプランに位置づけた理由につきましても、ご要望に応じ丁寧に説明いたします。
- ④利用者の心身状況の把握のため、医療機関との連携に努めます。
※入院時における医療機関との連携を促進する観点から、入院時には当事業所名や担当ケアマネジャーの氏名を入院先の医療機関にお伝えください。
- ⑤利用者の状態が安定していて、テレビ電話等を介して意思疎通ができる場合、オンラインでのモニタリングも行っています。この場合は少なくとも2か月に1回は居宅を訪問いたします。

7、事故発生時の対応

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により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。

8、虐待の防止

利用者の人権の擁護、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。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し虐待防止のための研修を定期的実施します。

9、感染症の予防及びまん延防止

感染症の発生と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を防止するための対策を検討する委員会を、6カ月に1回開催するとともにその結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症及びまん延の防止のための指針を整備いたします。
- (3) 職員に対し、感染症及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

10、業務継続計画

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護支援業務を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、当該計画について周知するとともに研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に当該計画の見直しと、必要に応じた変更を行います。

11、サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所相談、苦情担当：森下 睦子

当事業所の指定居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

電話 018-869-9000

(2) その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

秋田市介護保険課

電話 018-888-5674

秋田県国民健康保険団体連合会

電話 018-883-1550

12、個人情報の利用目的と開示申し立てについて

- ・ 当事業所は、業務上知り得た利用者様及びそのご家族に関する情報等について、利用者様または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、**契約中及び契約終了後、第三者へ漏らすことはありません。**
- ・ 但し、利用者様の同意を得た場合は、次に利用目的にて個人情報を利用できるものとします。
 - ① サービス担当者会議・サービス事業所や医療機関との連携
 - ② サービス向上を目的とした業務改善、教育資料
 - ③ 介護報酬請求事務
 - ④ 損害保険会社への相談、届出
 - ⑤ 当事業所の管理運営事務・会計・経理・自己報告 等
- ・ 利用者様より個人情報に関し、利用目的の通知、開示、訂正、停止などの要求があった場合、個人情報開示等申請書に記入していただき、回答書にて返答いたします。
- ・ 要求に対し、当事業所での対応が不可能であると判断した場合は、当事業所の見解・理由を説明させていただきます。
- ・ 当事業所の「運営方針」「事業計画」は自由に閲覧することができます。

令和 年 月 日

指定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

名称：医療法人 惇慧会
住所：秋田市外旭川字三後田142
理事長：穂積 憲 印

説明者

外旭川介護支援センター
介護支援専門員

私は、契約書および本書面により、事業者から指定居宅介護支援についての重要な事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意いたします。

利用者

住所 _____

氏名 _____

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

ご家族

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)