

居宅介護・介護予防支援事業所太陽・豊田 重要事項説明書

1. はじめに

この重要事項説明書は介護保険法に定める重要な事項を利用者の方に説明するものであり、当居宅介護支援事業所の居宅介護・介護予防支援サービスを利用する前提となるものです。

指定居宅介護支援事業の一般原則

- ・指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その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配慮して行われるものです。
- ・指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われるものです。
- ・指定居宅介護支援の提供に当たっては、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、特定の種類や特定の居宅・予防サービス事業者に偏らないよう、公正中立に行われるものです。
- ・利用者は指定居宅介護・介護予防支援の提供に際し、複数の事業者の紹介を求めることができます。また、利用者は居宅サービス・介護予防サービス計画書に位置付けた指定居宅・介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めるすることができます。
- ・指定居宅介護・介護予防サービス支援事業者は、事業の運営に当たり、市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければなりません。

居宅介護支援・介護予防支援サービスとは

- ・居宅介護支援・介護予防支援サービスとは、介護保険のサービスを利用するにあたって、利用者の心身の状態や希望にそった介護サービス・介護予防サービス計画を立案し、それを利用できるように手配し、また月々の実施状況の管理をしていくサービスです。
- ・介護保険サービスを利用する場合、必ずこの介護サービス・介護予防サービス計画を立案する必要があります。
- ・事業の実施に当たっては、利用者の意志及び人格を尊重し、特定の種類または特定の指定介護・指定介護予防サービス事業者に偏ることない公正中立を行います。

居宅介護・介護予防支援事業所とは

- ・居宅介護・介護予防支援事業所とは、介護保険による指定を受けた「居宅介護支援サービス」を行う事業所をいい、利用されるすべての介護保険サービスの窓口となります。この居宅介護支援事業所は、利用者が指定を受けている事業者の中から自由に選ぶことができます。
- ・実際の介護サービス・介護予防サービス計画立案及び管理はこの事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）が行います。利用者は、この介護サービス計画について説明を受け、利用者が、指定を受けている事業者の中から複数の事業者の紹介を求めることができ、自由に選ぶことができます。
- ・指定居宅サービス事業所を選定する際は、当事業所において前6か月の間に作成された居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型介護（以下「訪問介護等とする」）が位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合と前6か月の間に当事業所において作成された居宅サービス計画に位置づけられた訪問介護等ごとの回数のうち、同一の指定居宅・介護支援サービス事業者によって提供されたものが占める割合を文書により説明します。
- ・事業の実施に当たっては、利用者の意思および人格を尊重し、特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのない公正中立を行います。

2. 当事業所の概要

1) 居宅介護支援事業所の指定状況

名 称 : 居宅介護支援事業所太陽・豊田
住 所 : 豊田市竹元町荒子15 名豊病院1階
電 話 : 0565-53-5511
F A X : 0565-53-7090
管 理 者 : 後藤 裕子
介護保険者指定番号(居宅介護支援) : 2373005004
介護保険者指定番号(介護予防支援) : 2373004999
通常のサービス地域: 豊田市、みよし市、安城市、知立市、岡崎市、刈谷市、東郷町、豊明市

2) 当事業所の特徴

- 当事業所は訪問看護ステーション併設のため医療管理・リハビリテーションに強いています。
- 健康の維持と寝たきりにさせない介護を目標にしています。
- 人生の最終段階におけるターミナル期には、医師や看護師等医療系サービスなど、よりタイミングでかつスピーディな調整・連携を行っていきます。
- 他機関との連携を重視し、質の高いサービスの提供を目指しています。

3) 介護支援専門員等の体制

管理者 常勤 1名 主任介護支援専門員・介護支援専門員兼務

管理者は、居宅介護支援事業及び従業者を一元的に管理します。

主任介護支援専門員は、自らの居宅介護支援の提供の他、介護支援専門員への個別支援、人材育成、地域のネットワークづくりに努めます。

介護支援専門員は、居宅介護支援の事業の提供にあたります。

介護支援専門員の一人当たりケアプラン取扱件数は、45件未満です。

4) 営業日・営業時間

営業日 月～金曜日（ただし、12月30日から1月3日までを除く）

営業時間 9:00～17:00

（緊急時は電話にて対応可能です。連絡先電話番号は 0565-53-5511 です。）

5) 課題分析の方法

「居宅サービス計画ガイドライン」に沿っております。

3. 居宅介護支援サービスの利用申し込みから介護サービス提供までの流れ

居宅介護支援サービスの利用申し込み

- サービス利用意向の確認



（相談）

- まずは地域包括支援センターまたは介護保険課へ利用したいサービスについて相談



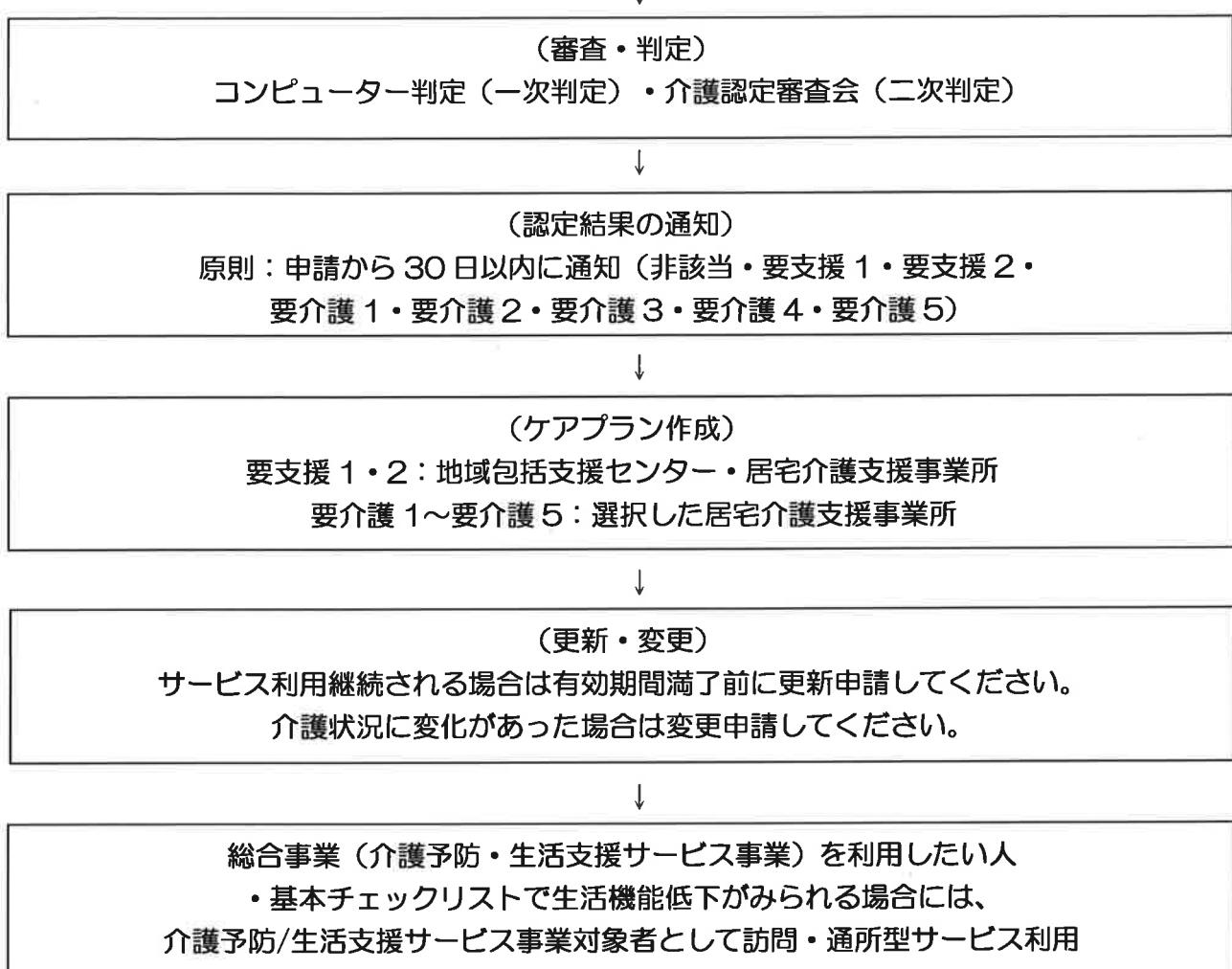
（要介護認定の申請）

- 申請は本人・家族などほかに地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設に代行してもらえます



（認定調査）

- 訪問調査・主治医意見書（主治医がない場合は窓口で相談）



4. 介護サービス計画作成・管理以外に提供できるサービス内容

- 1) 要介護認定の申請（新規・変更・更新）の代行
 - 2) 「居宅サービス計画作成依頼届出書」「介護予防サービス計画作成届出書」の提出代行
 - 3) 更新時の要介護認定調査
 - 4) その他、介護保険制度に関するご相談に応じます。
- ※1) 2) は利用者の依頼に基づき行い、また代行にあたっては介護保険被保険者証をお預かりすることになります。

5. 居宅介護支援サービスの利用料金

- ・居宅介護支援サービスについては、要介護、要支援の認定を受けられた方は、介護保険制度から全額保険給付されますので利用者の負担はありません。所定の単位数は以下のとおりです。

（居宅介護支援費）

要介護1・2	1,086 単位／月
要介護3・4・5	1,411 単位／月
初回加算	300 単位／月
特定事業所加算（Ⅰ）	505 単位／月
特定事業所加算（Ⅱ）	407 単位／月
特定事業所加算（Ⅲ）	309 単位／月
特定事業所加算（A）	100 単位／月
特定事業所医療介護連携加算	125 単位／月
通院時情報連携加算	50 単位／月 通院時に情報提供した場合

入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 単位／月	入院した当日に情報提供した場合
入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 単位／月	入院後 3 日以内に情報提供した場合
退院・退所加算 （連携 1 回）	450 単位／回	カンファレンス参加 無
	600 単位／回	カンファレンス参加 有
（連携 2 回）	600 単位／回	カンファレンス参加 無
	750 単位／回	カンファレンス参加 有
（連携 3 回）	900 単位／回	カンファレンス参加 有
緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位／回	
ターミナルケアマネジメント加算	400 単位	

（介護予防支援費）

①介護予防支援費（Ⅰ）	442 単位	地域包括支援センター委託
②介護予防支援費（Ⅱ）	472 単位	指定居宅介護支援事業所
初回加算	300 単位	
委託連携加算	300 単位	

※①は、訪問型サービス・通所型サービス

※②は、訪問サービス・訪問看護・居宅療養管理指導・通所サービス・福祉用具

- ・ただし、保険料の滞納等があった場合については、要介護度に応じて規定された介護報酬と同額の利用料をご負担いただく場合があります。
- ・交通費について通常の実施地域を越える訪問については、以下のとおり交通費をいただきます。通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、その実費を徴収します。なお自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。

①通常の事業実施地域内	無料
②通常の事業実施地域を越えた場合	1 km50 円

前二項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

6. 居宅介護支援・介護予防支援サービスを受けるにあたっての重要事項

- ・利用者にお渡した「サービス利用票」の内容と異なる事業者からサービスを受けた場合やサービス内容を変更した場合には、必ず当事業所までご連絡ください（出来るだけ事前にご相談下さい）。連絡がない場合、お客様が一旦費用の全額を立て替えとなる場合や追加分について全額自己負担となる場合があります。
- ・被保険者証を喪失した場合、住所、要介護状態区分等があった場合には、必ず当事業所までご連絡ください。
- ・利用者は、入・退院等が有った場合には、速やかにケアマネジャーに連絡をするとともに、入院時は、担当ケアマネジャーの氏名等を、入院先医療機関に必ず連絡してください。

7. 個人情報の取り扱い

- ・当事業所が業務上知り得た利用者やご家族の情報については「個人情報保護に関する法令」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業所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」を遵守します。ご了解なしに他者に漏らす事はありません。
- ・なお、介護サービスを適切かつ円滑に提供されるよう主治医、関係市町村、又は指定居宅介護支援事業者、指定介護保険施設などに情報を提供することができます。その場合は事前に同意書にてご了解を頂きます。
- ・居宅介護支援の記録物は、条例により、支援完結後5年間保管します。
- ・契約者より文書により個人情報開示の請求申立があった場合は、個人情報の開示を行います。手数料は3,000円です。

8. 学生等の実習

- 当事業所は、育成のための教育実習（研修）施設として、学生等の実習を行います。学生等の実習には、利用者の同意を得て職員との同行訪問をさせていただきます。
- 当事業所は、介護支援専門員実務研修受入協力事業所として登録しています。愛知県介護支援専門員実務研修生等が同行訪問する場合があります。

9. 事故が発生した場合

- 介護サービス計画作成によって起こった事故や損害に関しては、速やかに利用者及び市町村にご連絡するとともに、必要な処置を講じます（当事業所では介護サービス計画作成によっておこった損害を補償する賠償保険に加入しております）。
- また介護サービス提供に関して発生した事故、損害については、サービス提供事業者との契約に基づいた対応となります。当事業所にも速やかにご連絡ください。

10. 緊急時の対応

- 居宅介護支援の提供中に容態の変化、事故等が発生した場合、事前の打ち合わせにより、主治医救急隊、親族等に連絡するとともに必要な措置を講じます。

11. サービスに関する苦情

- 介護サービス計画や介護サービスに関する相談や苦情は遠慮なく、当事業所までご連絡ください。

名 称 : 居宅介護支援事業所太陽・豊田

電 話 : 0565-53-5511

担 当 : 後藤 裕子

- また苦情受付については、当事業所以外に以下の介護サービス苦情相談受付窓口や市町村の窓口でも受付けております。

窓口	連絡先	受付時間
愛知県国民健康保険団体連合会	052-971-4165	9:00~17:00
豊田市役所	0565-34-6634	8:30~17:15
みよし市役所	0561-32-8010	9:00~17:00
安城市役所	0566-71-2223	8:30~17:15
知立市役所	0566-95-0150	8:30~17:15
岡崎市役所	0564-23-6149	8:30~17:15
刈谷市役所	0566-62-1063	8:30~17:15
東郷町役場	0561-56-0735	8:30~17:15
豊明市役所	0562-92-1261	8:30~17:15

12. 虐待の防止のための措置

- 当事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

虐待防止対策委員会 担当：後藤 裕子

- 虐待防止対策委員会を定期的に開催し、その結果を従業者に周知徹底します。
- 虐待の防止のための指針を整備し、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

- 利用者又は他の利用者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、身体的拘束等を行いません。身体的拘束等を行う場合には、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の記録が義務付けられています。

13. 第三者評価の実施状況

実施の状況	なし
実施し直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

サービス契約締結にあたり、重要事項を説明し、同意を得て、交付しました。

令和 年 月 日

居宅介護支援事業者

所在地 愛知県豊田市竹元町荒子15 名豊病院1階

法人名 医療法人 純正会

事業所 居宅介護支援事業所太陽・豊田

管理者 後藤 裕子

説明者 後藤 裕子

私は、重要事項説明書に基づいて事業所からサービス内容および重要事項の説明を受け、
指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意し、交付されました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 住 所 _____
(家族又は家族代表者)

氏 名 _____ 印 _____

利用者との関係 _____

緊急連絡先

① 氏 名 _____ 続柄 _____

連絡先 _____

② 氏 名 _____ 続柄 _____

連絡先 _____

<署名代行の確認>

私は、重要事項説明書、個人情報取扱説明書、加算について利用者の意思を私の責任で
確認した上で、本人に代わって上記の書面に署名しました。

署名代行の理由： 1. 書字困難（寝たきり・麻痺・握力低下・認知力低下など）
2. その他（ ）