

重要事項説明書



在宅介護サービス【ふれあいサポート】

株式会社 シェアリングエイド

瀬田ケアステーション
(居宅介護支援事業所)

重要事項説明書

株式会社シェアリングエイド<以下「事業者」という>が運営する、ふれあいサポート瀬田ケアステーション<以下「事業所」という>は、ご本人またはそのご家族等が利用しようと考えている指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明します。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1. 経営理念

事業所は、次の各号を経営理念とします。

- 一、 私たちは、かかわる全ての人が、その人らしく生活できる地域づくりに貢献します。
- 二、 私たちは、あたりまえを大切に、地域で一番に選ばれる企業を目指します。
- 三、 私たちは、誇りを持って働き続けられる職場環境を創ります。

2. 事業者

法人名	株式会社 シェアリングエイド		
法人所在地	滋賀県大津市比叡辻2丁目17-3		
連絡先	電話：077-577-2010 FAX：077-577-2011		
代表者氏名	代表取締役 福本 有		
設立	平成19年9月4日	資本金	300万円
事業所数	3か所（小野、西大津、瀬田）		

3. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護支援事業所
事業所の名称	ふれあいサポート瀬田ケアステーション
事業所指定番号	2570102224号（滋賀県大津市）
管理者名	岩田 ますみ
事業所所在地	滋賀県大津市大江3丁目6-29
連絡先	電話：077-548-3518 FAX：077-548-3519
通常の事業の実施地域	瀬田、瀬田第二、青山、南、南第二、膳所、晴嵐、中、草津（松原）の各包括エリア

4. 事業所の職員体制

従業者の職種	業務内容	常勤
管理者 (主任介護支援 専門員)	従業者の管理及び居宅介護支援の利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、管理を一元的に行います。また、厚労省で定められた人員基準、運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	1名 (兼務)
介護支援専門員	利用者が心身の状況等に応じて適切な居宅サービスの提供を確保できるよう、また必要に応じて施設サービスを利用できるよう居宅サービス計画を作成するとともに市区町村、居宅サービス事業者、介護保険施設等と連絡調整を行います。	1名 以上 (専従)
事務員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	1名
居宅介護支援事業所総人数		3名以上

5. 営業日および営業時間

営業日および営業時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00
休業日	土曜日・日曜日 12月31日から翌年1月3日
緊急時の連絡体制	上記営業日、営業時間外は、携帯電話への転送により24時間連絡が可能な体制です。

※ ただし緊急時の連絡体制につきましては、諸事情により、すぐに応答できなかったり、折り返しの連絡が遅れたりする場合がございますので、予めご了承くださいますようお願いいたします。

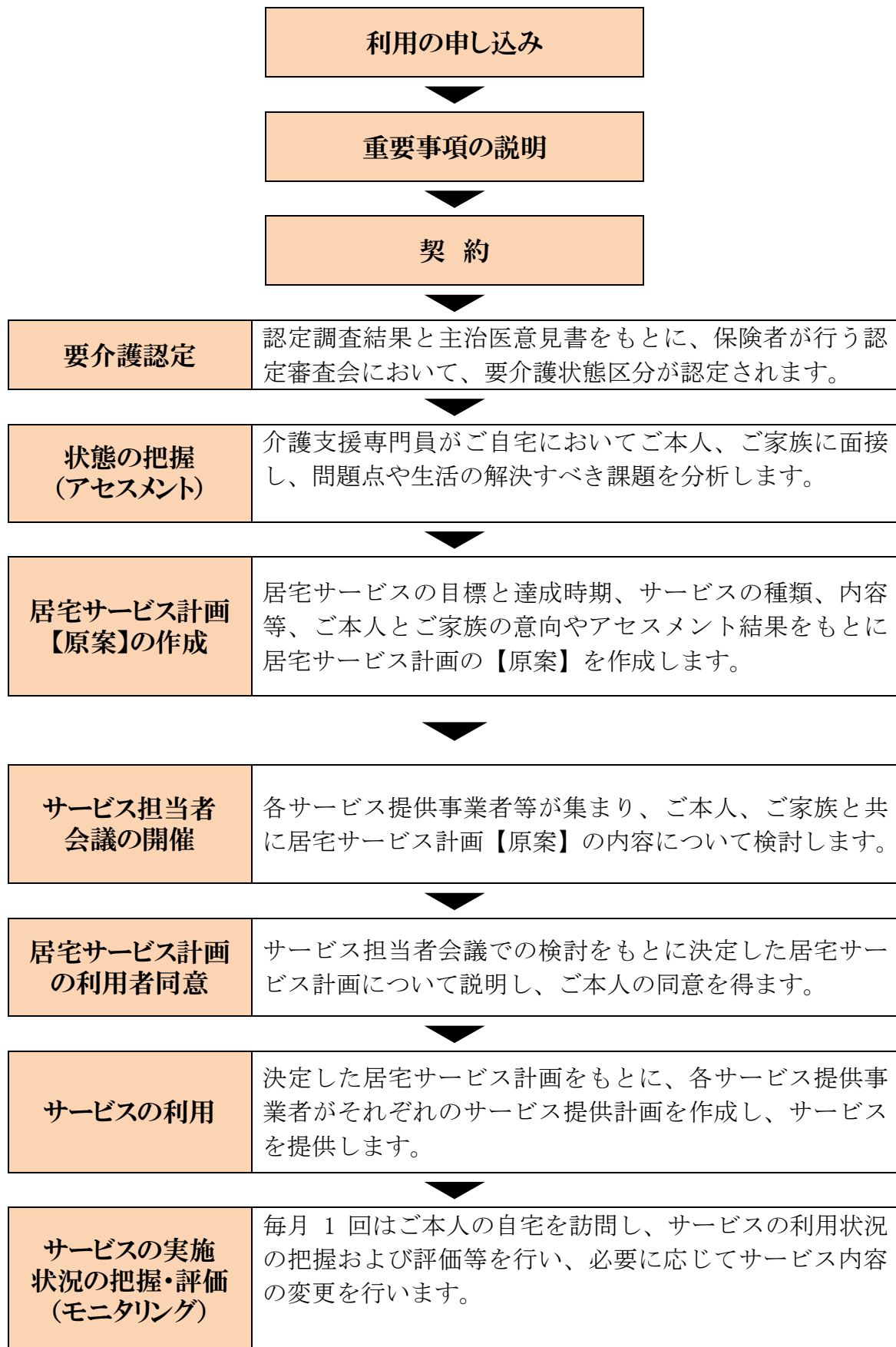
6. 事業の目的

事業所が行う指定居宅介護支援事業<以下、「事業」という>の適正な運営を確保するために、必要な人員及び運営管理に関する事項を定めることにより、当該事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者に対し、適切な事業を提供することを目的としています。

7. 事業所の運営方針

- ① 事業所は、ご本人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支援いたします。
- ② 事業所は、ご本人の意思及び人格を尊重し、ご本人の選択に基づいた適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者から総合的且つ効率的に提供されるよう中立公正的な立場で調整を図ります。
- ③ 事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- ④ 事業所は、正当な理由なく指定居宅介護支援事業の提供を拒みません。

8. サービス提供までの流れと内容



9. 利用料金

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ますので自己負担は御座いません。

但し、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ヶ月につき要介護度に応じて下記の料金を頂き、当事業所から指定居宅介護支援提供証明書を発行します。この証明書を後日、保険者の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

要介護状態区分 : 1・2	11,620円
要介護状態区分 : 3・4・5	15,097円

< 特定事業所加算 >

特定事業所加算 (I) 5,553円		(II) 4,504 円	(III) 3,456 円	(A) 1,219 円
加算算定要件	①常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置	<u>1名以上</u> ○	<u>1名以上</u> ○	<u>1名以上</u> ○
	②常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置	<u>3名以上</u> ○	<u>2名以上</u> ○	<u>常勤1名以上</u> <u>非常勤1名以上</u>
	③サービス提供のための留意事項伝達を目的とした会議の開催(概ね週1回以上)	○	○	○
	④24時間の連絡及び相談体制を整備	○	○	○ 連携でも可
	⑤中重度(要介護3~5)の利用者の占める割合が40%以上	—	—	—
	⑥当該事業所の介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○ 連携でも可
	⑦地域包括支援センターから紹介の支援困難事例に対応	○	○	○
	⑧ヤングケアラー・障害者・生活困窮者・難病患者等、高齢者以外の知識等に関する事例検討会・研修への参加	○	○	○
	⑨居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算に非該当	○	○	○
	⑩指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が介護支援専門員1人あたり45件未満	○	○	○
	⑪法定研修等における実習受入事業所として人材育成への協力体制への整備	○	○	○ 連携でも可

⑫他法人運営の居宅介護支援事業所と共同の事例検討会・研究会等の実施	○	○	○ 連携でも可
⑬必要に応じて、多様な主体等（インフォーマルサービス）が提供されるような居宅サービス計画書を作成	○	○	○

※ 特定事業所加算（Ⅱ）（Ⅲ）（A）の算定要件には、⑤は含まれません。

特定事業所医療介護連携加算算定要件

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得
- ・ 退院退所加算算定に係る医療機関との連携を年間 35 回以上実施
- ・ ターミナルケアマネジメント加算を年間 15 回以上算定

1,337円

現在の当事業所の算定状況は、特定事業所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A・なし）です。

<初回加算>

- ・ 新規で居宅サービス計画を作成した場合
- ・ 要支援者が要介護認定を受けた場合
- ・ 要介護状態区分が2段階以上変更となった場合

3,210円

<入院時情報連携加算>

- （Ⅰ）介護支援専門員が病院または診療所の職員に対して、入院した日のうちに必要な情報提供を行った場合

※入院日以前の情報を含む

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日を含む

2,675円

- （Ⅱ）介護支援専門員が病院または診療所の職員に対して、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

※営業時間終了後に入院した場合、入院日から起算して3日目が営業日でない場合はその翌日を含む

2,140円

<退院、退所加算>

- ・ 退院、退所時に病院等の職員から情報を受け、サービス計画やサービス調整を行った場合

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	4,815円	6,420円
連携2回	6,420円	8,025円
連携3回	—	9,630円

<緊急時等居宅カンファレンス加算>

- ・病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共にご本人の自宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合（1月に2回を限度に算定可能）

2,140円

<ターミナルケアマネジメント加算>

- ・終末期の医療やケアの方針に関するご本人やご家族の意向を把握した上で、ご本人やご家族の同意を得て、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上自宅を訪問し、主治医等の助言を得てご本人の状態やサービス変更の必要性を把握、ご本人への支援を実施し、把握したご本人の心身の状況等の情報を記録し、主治医・居宅サービス事業者へ提供した場合

4,280円

<通院時情報連携加算>

- ・医療機関において医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から必要な情報提供を受けた上で、ケアプランに記録した場合（1月に1回を限度に算定可能）

535円

10. 公正中立な支援

- ・ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所紹介を求めることが出来ます。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが出来ます。

11. 医療機関との連携

- ①病院等に入院が必要となった場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、早期に病院等と情報共有・連携を図る必要がありますので、入院先医療機関に担当介護支援専門員の氏名・連絡先を伝えていただくよう依頼します。
- ②居宅サービス事業者等から伝達されたご本人の口腔に関する問題や服薬状況、その他ご本人の心身又は生活状況に係る情報のうち必要と認めるものを、ご本人・家族の同意を得て主治医師等、又は薬剤師に提供します。
- ③医療系サービスの利用を希望される場合等は、ご本人・家族の同意を得て主治の医師等に意見を求めます。また、意見を求めた医師等に対して作成した居宅サービス計画書を交付します。

12. 会議や多職種連携における ICT の活用

- ①ご本人等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考

にして、テレビ電話等を活用して実施することがあります。

②ご本人等が参加して実施するものについて、上記に加えて、ご本人等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施することがあります。

13. テレビ電話装置等を活用したモニタリング

①ご本人の同意を得た上で、主治医や担当者の合意のもと、ご本人の状態の安定・家族のサポートを受け、テレビ電話等での意思疎通が出来ることを条件にテレビ電話等でのモニタリングを可能とします。

②テレビ電話装置等でのモニタリングで収集できない情報については、他のサービス事業者との連携により収集します。

③テレビ電話装置等を用いてモニタリングした場合、少なくとも1回/2ヶ月はご本人の自宅を訪問します。

14. 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整に係る評価

・看取り期において、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が退院時等にモニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行った場合には居宅介護支援費の基本報酬を算定することがあります。

15. 交通費

介護支援専門員が居宅介護支援に要した交通費は、徴収しません。

16. 解約料

ご本人はいつでも解約をすることができます。その際の料金はかかりません。

17. 介護支援専門員の選任、交替

①サービス提供時に、介護支援専門員を選任します。

②当事業所の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。その場合は、ご本人に対して不利益が生じないよう配慮します。

③介護支援専門員の交替を希望される場合は、遠慮なくお申し出ください。

18. サービス提供の記録

事業所は、指定居宅介護支援サービス内容を記録しこの契約の完結後2年間保管します。また、利用者から申し出があった場合は、閲覧または複写物の交付にて対応します。

19. 秘密の保持

職員は、業務上知り得たご本人またはその家族の秘密を保持します。また職員でなくなった後においても、それらの秘密を保持すべき責務を負うものとします。

20. 事故発生の対応

事業所は、ご本人に対する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、ご本人の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

21. サービスの内容に関する相談・苦情

居宅介護支援についての相談や苦情、また居宅サービス計画に基づいて提供した居宅サービスに関する相談や苦情は、下記までご連絡ください。

相談・苦情受付窓口	ふれあいサポート瀬田ケアステーション
連絡先	電話：077-548-3518 FAX：077-548-3519
苦情受付担当者	居宅介護支援事業所 所長 岩田 ますみ 担当者が不在の時は、他の職員が対応します。
受付時間	9：00～18：00（月曜日～金曜日） ※ 尚、電話による相談は、24 時間体制です。

<行政等相談窓口>

大津市健康保険部 介護保険課 電話：077-528-2753
大津市健康保険部 長寿政策課 電話：077-528-2741
滋賀県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話：077-510-6605

22. その他事項

- ① 事業者は、ご本人の人権の擁護、虐待の防止等のため責任者を配置、委員会の開催、指針の整備等必要な体制の整備を行うとともに、当該事業所の従業者に対して研修の機会を確保します。
- ② 事業者は、非常災害の発生の際にその事業を継続することができるよう、地域包括支援センター、保健所、医療機関、居宅サービス事業者、社会福祉施設等との連携及び協力を行う体制を構築できるよう業務継続計画を策定し計画に従い必要な措置を講じます。
- ③ 事業所を運営する法人の役員及び事業所の管理者、その他の従業者は、暴力団員<暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員という。>ではありません。また事業の運営についても、暴力団員の支配を一切受けていません。

令和 年 月 日

事業者： 法人名 株式会社 シェアリングエイド
所在地 滋賀県大津市比叡辻2丁目17-3
代表者 代表取締役 **福本 有**

取扱事業所 ふれあいサポート 瀬田ケアステーション
所在地 滋賀県大津市大江3丁目6-29
(事業所番号 2570102224号 滋賀県大津市)

管理責任者 所 長 **岩田ますみ**

説明者 _____

私（本人）もしくは保護責任者は、事業者から居宅介護支援事業についての重要な事項の説明を受けました。

本人： 氏 名 _____

保護責任者： 氏 名 _____

本人欄を代筆する場合、本人の承諾の下で記入することに相違ありません。

【代筆者署名】
