

重要事項説明書

小原整骨院介護相談室 居宅介護支援事業所は、利用者に対して、事業者の概要や居宅介護支援の内容等の重要事項を次の通り説明する。

1 (事業者の概要)

事業者 名称	株式会社エミリンク	
代表取締役	小原 忠士	
所在地	〒712-8014 倉敷市連島中央二丁目3番22号	
事業所 名称	小原整骨院介護相談室 居宅介護支援事業所	
介護保険事業所番号	3370208872 号	
管理者	小原 陸夫	
連絡先	TEL. 086-444-9595 FAX. 086-454-4013	
居宅介護支援の目的と運営方針【契約書第1条】	介護保険法及び契約書に従い、利用者自らの選択に基づき、常に公正中立な居宅サービスが提供されるよう支援する。利用者の心身状況や環境に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう支援する。利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の意向に沿って支援する。	
開設年月日	令和2年8月1日	

2 (通常の実施地域及び営業時間)

通常の実施地域	倉敷市、早島町	
営業日及び営業時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00	電話等により24時間連絡が可能な体制とする。
休業日	土・日・祝、12月30日～1月3日	

3 (職員体制)

管理者	常勤1名(主任介護支援専門員と兼務)
介護支援専門員	常勤1名以上

4 (居宅介護支援の内容)

(1) 居宅サービス計画の作成

利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握した上で、利用者及びその家族の希望を踏まえつつ、複数のサービス事業所を紹介した上で、公正中立に居宅サービス及びその他の保健医療サービス、福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されるよう居宅サービス計画を作成する。

①利用者は居宅サービス計画に位置付ける居宅サービス事業所については複数の事業所の紹介を求めることができる。

②利用者は選定した居宅サービス事業所を居宅サービス計画に位置づけた理由の説明をいつでも受けることができる。

③前6か月間に当事業所において作成した居宅サービス計画における、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合を説明します。また、前6か月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、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の回数のうち同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型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説明する。

(2) 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

利用者及びその家族、居宅サービス事業者等との連携を継続的に行い、居宅サービス計画に沿ってサービスが提供されるよう支援する。利用者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等の必要な支援を行う。

(3) 居宅サービス計画の変更

利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が変更を必要と判断した場合は、利用者の意向に基づき、居宅サービス計画を変更する。

(4) 介護保険施設等への紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となった場合、または利用者が介護保険施設等への入所を希望する場合は、当該施設の紹介、その他の便宜を図る。

5 (利用料その他の費用)【契約書第4条】

(1) 事業者が介護保険から居宅介護支援利用料に相当する給付を受領する場合(法定代理受領)は、利用者の自己負担は発生しない。但し、介護保険料の滞納等により、法定代理受領がでない場合は、利用料を事業者に一旦支払うものとする。

(居宅介護支援費 I)

介護1・2	10,860円
要介護3～5	14,110円

(加算内容)

初回加算	3,000円		
通院時情報連携加算	500円		
入院時情報連携加算 I	2,500円		
入院時情報連携加算 II	2,000円		
退院・退所加算	カンファレンス不参加	カンファレンス参加	
	連携1回	加算1イ:4,500円	加算1ロ:6,000円
	連携2回	加算2イ:6,000円	加算2ロ:7,500円
	連携3回		加算3:9,000円
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円		
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円		

(減算内容)

高齢者虐待防止措置未実施減算	-1%	
業務継続計画未策定減算	-1%	
事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上に居宅介護支援を行う場合	-5%	
運営基準減算	当月	-50%
	2月以上継続している場合	-100%
特定事業所集中減算	-2,000円	

(2) 介護支援専門員が通常の実施地域(倉敷市、早島町)を越えて訪問する場合は、以下の交通費(実費)が別途必要となる。

- | |
|-----------------------------------|
| ・通常の実施地域を越えた地点から、片道10km未満・・・500円 |
| ・通常の実施地域を越えた地点から、片道10km以上・・・1000円 |

(3) (1)、(2)の費用の支払を受ける場合は、利用者及びその家族に対して事前に文章で説明した上で、支払に同意する旨の文書に署名を受ける。

6 (秘密保持)【契約書第6条】

(1) 事業者は、居宅介護支援を提供する上で知り得た、利用者及びその家族に関する秘密や個人情報を正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務は契約終了後も継続する。

(2) 事業者は、居宅サービス計画の作成(変更)時におけるサービス担当者会議や医療機関との調整、介護報酬請求審査及び支払に関する問い合わせ等において、利用者及びその家族の個人情報を利用する場合は、予め文書で同意を得る。

7 (苦情等の相談・対応)【契約書第7条】

(1) 当事業所の苦情相談の窓口

管理者 小原陸夫	電話:086-444-9595
----------	-----------------

(2) 公的機関の苦情相談窓口

倉敷市介護保険課(8:30～17:15、土日祝及び12/29～1/3を除く)	電話:086-426-3343
早島町健康福祉課(8:30～17:15、土日祝及び12/29～1/3を除く)	電話:086-482-2483
岡山県国民健康保険団体連合会(8:30～17:00、土日祝及び12/29～1/3を除く)	電話:086-223-8811

(3) 苦情が出された場合は誠意をもって対応し、苦情まで至らないケースであっても関係機関や担当者との情報を共有し、以後の居宅介護支援の提供に資するよう工夫する。

8 (事故発生時の対応及び損害賠償)【契約書第8条】

(1) 居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、必要に応じて速やかに主治医、利用者の家族等に連絡し適切な措置を講ずる。また、当方の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等を傷つけた場合は、その損害を賠償する。

(2) 事故発生時には、速やかにその事故内容を保険者へ報告する。

倉敷市指導監査課:電話:086-426-3297	8:30~17:15土日祝及び12/29~1/3を除く
早島町健康福祉課:電話:086-482-2483	8:30~17:15土日祝及び12/29~1/3を除く

(3) 事故の発生状況や対応について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止に努める。

9 (緊急時の対応)

(1) 利用者の心身状況に急変が生じた場合は、速やかに主治医、利用者の家族等に連絡し必要な措置を行う。

(2) 当事業所は24時間連絡可能な携帯電話を所持し、緊急時に対応する。

管理者 小原陸夫	電話:086-444-9595	携帯:070-5053-1762
----------	-----------------	------------------

10 (虐待防止の推進)

(1) 利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、担当者(管理者)を設置し虐待防止のための指針を整備する。また、委員会や研修等を定期的で開催し、従業員へ周知徹底する。

(2) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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、これを市町村に通報する。

11 (身体拘束等の適正化の推進)

(1) サービス提供中に、利用者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、身体的拘束等を行ってはならないこととし、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を記録する。

12 (BCP業務継続に向けた取組の強化)

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる。

(2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

13 (衛生管理・感染症対策の強化)

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。また衛生管理・感染症対策の研修及び訓練や委員会を定期的実施するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。

重要事項説明及び同意欄

令和 年 月 日

指定居宅介護支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者 名称 株式会社エミリンク
住所 岡山県倉敷市連島中央二丁目3番22号
氏名 代表取締役 小原 忠士
小原整骨院介護相談室 居宅介護支援事業所

説明者氏名：

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、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所：

氏名：

電話：

家族 住所：

(代筆者) 氏名：

電話：

続柄：
