

居宅介護支援重要事項説明書

1、当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-467-2794 (月曜～土曜 8:30～17:15)
 担当 介護支援専門員 落合 美姫
 ※ご不明な点は何でも遠慮なくおたずねください。

2、めぐみ園指定居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	めぐみ園指定居宅介護支援事業所
所在地	東京都西東京市柳沢4-1-3
介護保険指定番号	居宅介護支援(東京都1373700044号)
サービスを提供する地域	西東京市、武蔵野市、練馬区

(2) 同事業所の職員体制

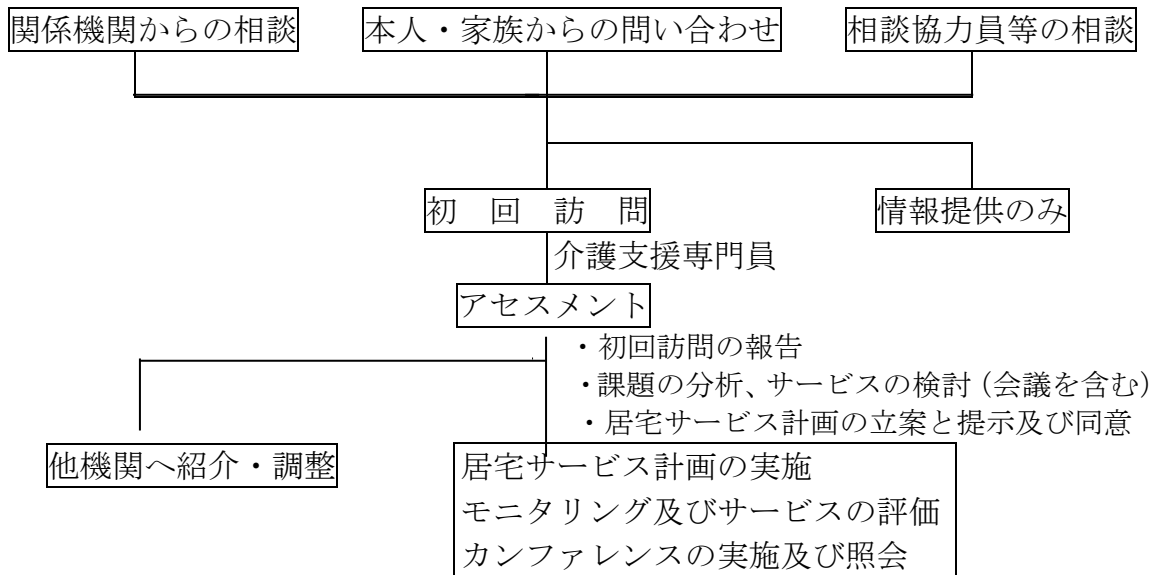
	資格	業務内容	計
管理者(介護支援専門員)	社会福祉士等	ケアプランの作成	1名
介護支援専門員	介護福祉士等	ケアプランの作成	4名(0)

()内は男性再掲

(3) 営業時間

月～土曜日 8:30～17:15 ただし、日曜、祝祭日、12/31～1/3は休業させていただきます。

3、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



4、利用料金

(1) 利用料

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るので自己負担はありません。

*ただし、保険料の滞納などにより当事業所が法定代理受領できない場合には、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の額をお支払いいただきます。

・居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたり

【居宅介護支援Ⅰ】

居宅介護支援（i）（取り扱い件数 45 件未満）

要介護 1. 2 ¥12,000（1086×11.05）

要介護 3. 4. 5 ¥15,591（1411×11.05）

居宅介護支援（ii）（取り扱い件数 45 件以上 60 件未満）

要介護 1. 2 ¥6,011（544×11.0

要介護 3. 4. 5 ¥7,779（704×11.05）

居宅介護支援（iii）（取り扱い件数 60 件以上）

要介護 1. 2 ¥3,602（326×11.05）

要介護 3. 4. 5. ¥4,663（422×11.05）

【居宅介護支援Ⅱ】ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置を行っている場合

居宅介護支援費（i）（取り扱い件数 45 件未満）

要介護 1. 2 ¥12,000（1086×11.05）

要介護 3. 4. 5 ¥15,591（1411×11.05）

居宅介護支援費（ii）（取り扱い件数 45 件以上 60 件未満）

要介護 1. 2 ¥5,823（527×11.05）

要介護 3. 4. 5 ¥7,547（683×11.05）

居宅介護支援費（iii）（取り扱い件数 60 件以上）

要介護 1. 2. ¥3,491（316×11.05）

要介護 3. 4. 5 ¥4,530（410×11.05）

*同一敷地内減算

事業所が所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物に居住する利用者、又は同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者の場合報酬は95%となる

・初回加算の場合

【新規及び2段階以上の変更した方の居宅サービス計画を作成した場合】

¥3,315（300単位×11.05円）

・入院時情報連携加算の場合

【病院や診療所に入院するに当たって、職員に情報提供をした場合】

入院時情報連携加算（Ⅰ） ¥2,762（250単位×11.05円）

入院時情報連携加算（Ⅱ） ¥2,210（200単位×11.05円）

・退院・退所加算の場合

【病院や施設から退院又は退所した方のサービスを調整した場合】

(カンファレンス参加なし)

連携1回 ¥4,972 (450単位×11.05円)

連携2回 ¥6,630 (600単位×11.05円)

(カンファレンス参加あり)

連携1回 ¥6,630 (600単位×11.05円)

連携2回 ¥8,287 (750単位×11.05円)

連携3回 ¥9,945 (900単位×11.05円)

・緊急時等居宅カンファレンス加算の場合

【病院や診療所の求めにより共に居宅にてサービスを調整した場合】

¥2,210 (200単位×11.05円)

・ターミナルケアマネジメント加算の場合

【看取りの時期に医師等との連携を密に行い要件を満たした場合】

¥4,420 (400単位×11.05円)

・通院時情報連携加算

【医師・歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し医師との情報共有を行ったとき】

¥552 (50単位×11.05)

・特定事業所加算の場合

【主任介護支援専門員等配置・24時間連絡体制確保・定期会議・研修等開催等要件を満たした場合】

特定事業所加算Ⅰ ¥5,734 (519単位×11.05)

特定事業所加算Ⅱ ¥4,652 (421単位×11.05)

特定事業所加算Ⅲ ¥3,569 (323単位×11.05)

特定事業所加算A ¥1,257 (114単位×11.05)

・特定定事業所医療介護連携加算

【特定事業所加算を取得し、かつ退院・退所加算に関わる医療機関等との連携を年間35回以上行くとともにターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定した場合】

¥1,381 (125単位×11.05円)

・減算の場合

【運営基準減算】

・以下の居宅介護支援が行われない場合に基本単位の50/100に減算(2ヶ月以上継続している場合は0/100)

①居宅サービス計画を利用者に交付する事

②特段の事情がない限り、少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問し、居宅サービス計画の実施状況の把握の結果を記録する事

③要介護認定や要支援認定の更新があった場合において、サービス担当者会議の開催等により、居宅サービス計画の内容について、担当者からの意見を求める事

【特定事業所集中減算】

- ・ 正当な理由なく6ヶ月間に作成されたケアプランに位置づけられた居宅サービスのうち、特定の事業者の割合が80%以上の場合

¥2,210 (200単位減算×11.05円)

* 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金は掛かりません。

5、サービスの利用方法

(1) サービス利用の申し込み

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利用者は事業者に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

②利用者は以下の理由の場合、事業者に対し文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。

ア. 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

イ. 事業者が守秘義務に反した場合

ウ. 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

エ. 事業者が破産した場合

③事業者は、利用者に対して、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

ア. 利用者が事業者に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合

イ. 職員に対し、生命、身体に重大な影響を及ぼすおそれがあり、利用者(本人)に十分な介護を尽くしてもこれを防止できず事態の回復が望めない場合。

ウ. 利用者またはその家族が、事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

④次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

ア. 利用者が介護老人福祉施設に入所した場合

イ. 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)及び要支援1.2と認定された場合

ウ. 利用者が死亡した場合

6、当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

利用者・家族の心身の状況を踏まえ、プライバシーとプライドを保持し自由な生活を尊重しながら、可能な限り利用者本人の自立と生活機能の維持(介護予防)と生活の質の向上の理念を念頭にアセスメント・課題分析・居宅サービス計画の作成・関係機関との連携を図る。また、利用者及び介護者の身体的・精神的な負担の軽減に配慮して相談・調整を行い、住み慣れた在宅での生活の維持を目指します。

(2) 苦情及び事故への対応について

苦情や事故に対しては、速やかに情報を収集した上で対応し、苦情や事故解消を図ると共に、事業所内で苦情や事故の対応については周知徹底を行い、今後の業務改善に努めます。また、苦情解決制度として第三者委員会を設置します。

(3) 居宅介護支援の実施概要等

介護支援専門員は、居宅サービス計画に関する業務を担当し、居宅サービス事業者等に関する情報を適切に利用者又は、家族に対して提供します。また居宅サービス計画に当たり、解決すべき課題を把握すると共に、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援します。

(4) サービス利用のために

事項	有無	備考
介護支援専門員の変更	○	文書にて通知
調査(課題把握)の方法	○	独自アセスメント表及びモニタリング表を活用
介護支援専門員への研修の実施	○	月1回以上実施
その他		

7、サービス内容に関する事故発生時の対応

(1) 当事業所は、利用者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、速やかに区市町村、当該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。

(2) 当事業所は、利用者に対する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、サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所ご利用者相談・苦情担当

当事業所の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。

担当：落合 美姫 電話：042-467-2794

※緊急連絡先（営業時間外：24時間対応）

(2) その他

当事業所以外に、市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

東京都国民健康保険団体連合苦情相談窓口 電話：03-6238-0177

西東京市 担当：高齢者支援課 電話：042-464-1311

武蔵野市 担当：高齢者支援課 電話：0422-60-1925

練馬区 担当：介護保険課 電話：03-3993-1111

9、秘密の保持

(1) 事業者・介護支援専門員は、サービス提供上知り得た利用者及び家族の情報につきましては正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) あらかじめ利用者・家族の同意を得ない限りサービス担当者会議等において個人情報はいりません。

10、虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待などの防止のための措置を講ずるものとする。

(1) 虐待の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、従業者に周知徹底を図る。

(2) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

(3) 措置を適切に実施するための担当者を置く

(4) 事業者はサービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の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、速やかにこれを保険者に通報するものとする。

11、身体拘束に関する事項

(1) 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えない場合を除き、身体拘束を行わないものとする

(2) 身体拘束等を行う場合には、その熊様、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ものとする。

12、感染症蔓延防止

事業所は事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう措置を講ずるものとする。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（おおむね6か月に1回以上）にて検討しその結果について、介護支援専門員に周知徹底を図る。

(2) 事業所において、介護支援専門員に対し感染症の予防及びまん延防止のた

めの研修及び訓練を定期的実施する。

13, 職場におけるハラスメントの防止

事業所は、適切な指定居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的關係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境を害されることを防止するための対策を講ずるものとする。

14, 業務継続計画 (BCP)

事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の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 (業務継続計画) を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。

- (1) 事業所は従業員に対し、業務継続計画について説明、周知をするとともに、必要な研修及び訓練を実施するものとする。
- (2) 事業所は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ものとする。

事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 東京老人ホーム
代表者役職・氏名	理事長 徳野 昌博
本部所在地・電話番号	東京都西東京市柳沢4-1-3 042-461-2230
定款の目的に定めた事業	1, 養護老人ホーム東京老人ホーム 2, 軽費老人ホーム東京老人ホーム泉寮 3, 特別養護老人ホームめぐみ園 4, 老人短期入所事業 (めぐみ園) 5, 老人居宅介護等事業 (めぐみ園ホームヘルプサービス) 6, その他これに付随する業務 居宅介護支援 1カ所 (めぐみ園指定居宅介護支援事業所) 地域包括支援センター 1カ所 (富士町地域包括支援センター)

年 月 日

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。

社会福祉法人 東京老人ホーム
東京都西東京市柳沢4-1-3
理事長 徳野 昌博 印

説明者 所属 めぐみ園指定居宅介護支援事業所
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____
氏名 _____ 印