「指定居宅介護支援事業者」

在宅介護支援センター　リライフトータス　重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（栃木県指定　第０９７２１００７１３号）

目　　次

１．事業者の概要 …… ２

２．ご利用の事業所 …… ２

３．事業の目的 …… ２

４．事業の運営方針 …… ２

５．職員の配置状況 …… ２

６．営業日時 …… ２

７．通常の事業の実施地域 …… ２

８．居宅サービス事業者の選定について …… ３

９.居宅サービスに係る報酬額及びその他の費用 …… ３

１０．提供拒否の禁止 …… ３

１１．事故発生時の対応 …… ３

１２．苦情に関する申し立ての処理…… ４

１３．緊急時における対応方法 …… ４

１４．虐待防止に関する事項 …… ４

１５．身体拘束等の適正化 …… ４

１６．感染症対策及び業務継続計画（BCP）…… ５

１７．ハラスメント防止に関する事項 …… ５

１８．電磁的方法による説明及び同意 …… ５

１．事業者の概要

（１）　事業者名　……　社会福祉法人　幸知会
（２）　所 在 地　……　〒３２９－０５２９
　　栃木県河内郡上三川町下神主２２９番地６
（３）　法人種別　……　社会福祉法人
（４）　電話番号　……　０２８５－５２－１０００
（５）　代表者名　……　理事長　角田　竜司

２．ご利用の事業所

（１）　事業所名　……　在宅介護支援センター　リライフトータス
（２）　指定番号　……　０９７２１００７１３
（３）　所 在 地　……　〒３２９－０５２９
　　栃木県河内郡上三川町下神主２４９番地１
（４）　電話番号　……　０２８５－５１－１１３３

３．事業の目的

介護保険法に基づき、介護支援専門員が要介護状態にある利用者に対し、適正な居宅介護支援を提供します。なお、地域包括支援センターから委託を受けた場合は、介護予防ケアマネジメント等の業務を実施します。

４．事業の運営方針

介護保険法令の趣旨に従い、契約者がその居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう利用者の立場に配慮して支援を行います。

５．職員の配置状況

職　　種	人　　数	職務内容
１．管理者	１名（兼務）	職員の管理及び業務の総括
２．介護支援専門員	３名（常勤・専従） ０名（非常勤・専従）	①契約者及びその家族等からの相談対応 ②居宅サービス計画の作成 ③地域包括支援センターから委託を受けた介護予防ケアマネジメントの実施 ④介護サービス事業者等関係機関との連絡調整その他必要な便宜の提供 ⑤計画に基づくサービス実施状況及び効果の把握 ⑥要介護認定等の申請代行その他必要な援助

６．営業日時

（１）営 業 日　　年中無休
（２）営業時間　　窓口は７時から１９時までですが、電話は２４時間対応となっています。

７．通常の事業の実施地域

上三川町、下野市、宇都宮市、真岡市、壬生町、小山市とします。

８．居宅サービス事業者の選定について

利用者は、居宅サービス計画の作成にあたり、複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることができます。また、利用者は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができます。

当事業所は、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等について、利用者又はその家族の希望を踏まえ、公正中立な立場で選定します。

９．居宅サービスに係る報酬額及びその他の費用

（１）要介護（要支援）認定の申請援助に対する報酬額・給付管理業務に対する報酬額

居宅サービス事業者との連絡調整に対する手数料は無料サービスとなります。

（２）居宅サービス計画・介護予防サービス計画（ケアプラン）作成に対する報酬額

☆　居宅介護支援費（要介護者対象）の場合

要介護１・２	・・・・・	１，０８６単位／月
要介護３・４・５	・・・・・	１，４１１単位／月

＊厚生労働大臣が定める基準による額とし、要介護認定者の利用料は直接当事業所に給付される（法定代理受領）ため自己負担はありません。但し、保険料の滞納などにより給付金が支払われないときは、１ヶ月あたり下記の金額を負担していただきます。この場合は証明書を発行しますので、後日、役所に提出すれば払戻しされます。

☆　居宅支援費以外の加算の場合

① 初回加算＜初回時＞	・・・・・	３００単位／月
② 入院時情報連携加算（Ⅰ）	・・・・・	２５０単位／月
③ 退院・退所加算	・・・・・	６００単位／回 ※変動あり
④ 特定事業所加算（Ⅰ）	・・・・・	５１９単位／月
特定事業所加算（Ⅱ）	・・・・・	４２１単位／月
⑤ 緊急時等居宅カンファレンス加算	・・・	２００単位／回
⑥ ターミナルケアマネジメント加算	・・・	４００単位／月
⑦ 通院時情報連携加算	・・・・・	５０単位／月
⑧ 介護職員等処遇改善加算	・・・・・	厚生労働省が定める基準に適合しているものとして届出を行った場合は、介護職員等処遇改善加算を算定します。加算率は、法令等で定める所定の割合とします。

※　但し、以下のような居宅介護支援が行われていない場合は、居宅介護支援費の１００分の５０に相当する金額を算定します。

イ　居宅サービス計画（ケアプラン）を利用者に説明し同意を受けること。

ロ　特段の事情がない限り少なくとも月１回契約者の居宅を訪問し、かつ、少なくとも１ヶ月に１回居宅サービス計画の実施状況の把握の結果を記録すること。

ハ　要介護認定や要介護認定の更新があった場合等においてサービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の内容について、担当者から意見を求めること。

☆　介護予防支援費（要支援者対象）の場合

厚生労働大臣が定める基準による額のうち、地域包括支援センターが定める額とし、地域包括支援センターと当該事業所の契約に基づくものとなります。

１０．提供拒否の禁止

事業所は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒みません。

１１．事故発生時の対応

①事業所は、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には、速やかに市町、利用者の家族等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

②事業所は、事故の状況及び事故の際にとった処置についての記録をします。

③事業所は、利用者に対する指定介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

１２．苦情に関する申し立ての処理

事業所及び社会福祉法人幸知会に相談担当者を置き、苦情があった場合は詳しい事情を聞いて具体的な対応をするよう指導します。

①事業所窓口　　社会福祉法人　幸知会　　苦情受付担当者：山口　昭夫　・　佐藤　昌親

②電話番号　　０２８５－５２－１０００

③相談受付時間　　午前８時３０分から午後５時３０分（土・日曜、祝日、年末年始を除く）

④外部苦情受付窓口　　保険者窓口：各市町の役所、栃木県国民健康保険団体連合会

１３．緊急時における対応方法

契約時に、契約者の緊急連絡先及び主治医等を確認しておき、サービス提供中に緊急の事態が起こった場合は速やかに連絡をします。

（１）　契約者の主治医

①　医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②　医師の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③　所　在　地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④　電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（２）　緊急連絡先

①　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②　住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③　電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④　契約者との関係　＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿

１４．虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護及び虐待の防止を図るため、虐待防止に関する責任者を配置するとともに、従業者に対する研修の実施、指針の整備その他必要な体制の整備を行います。

また、利用者に対する虐待が疑われる場合には、速やかに市町村その他関係機関へ通報し、必要な対応を行います。

１５．身体拘束等の適正化

事業所は、利用者の権利擁護の観点から身体拘束等の廃止に努めます。

やむを得ず身体拘束等を行う場合は、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します。

１６．感染症対策及び業務継続計画（BCP）

事業所は、感染症及び災害の発生時においても継続的にサービスを提供できるよう業務継続計画（BCP）を策定し、必要な研修及び訓練を実施します。

１７．ハラスメント防止に関する事項

事業所は、適切な居宅介護支援を継続的に提供するため、利用者又はその家族等からの暴言、暴力、脅迫、セクシャルハラスメントその他の著しい迷惑行為に対して、必要な措置を講じます。

利用者又はその家族等の行為により、事業所との信頼関係が著しく損なわれ、サービス提供の継続が困難と判断される場合には、契約書第 17 条（事業者からの契約解除）に基づき契約を終了する場合があります。

１８．電磁的方法による説明及び同意

事業所は、契約、説明、同意等について、利用者の承諾を得たうえで電磁的方法により実施する場合があります。記録の作成及び保存は、書面又は電磁的記録により行います。

令　和　　年　　月　　日

居宅介護支援サービス・介護予防支援サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

在宅介護支援センター　リライフトータス

説明者　　職　名　介護支援専門員

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、居宅介護支援サービス・介護予防支援サービスの提供開始に同意しました。

契約者　　住　所

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、契約者の意思に基づいて居宅介護支援サービス・介護予防支援サービスの提供開始に同意しました。

代理人　　住　所

氏　名

（続柄：　　）