居宅介護支援事業所重要事項説明書及び同意書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（うるま市指定　　第　4770301507）

当事業所は利用者に対して居宅介護支援を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたい　ことを次のとおり説明します。

社会福祉法人 緑和会

居宅介護支援事業所　えのびの和

うるま市字栄野比 939 番地
TEL 098-972-6029
FAX 098-972-6029

目　次

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口 ・・・・・・・・2

2. 当事業所の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

3. 居宅介護支援の申込からサービス提供までの流れと主な内容 ・・・3

4. 利用料金等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

5. 当事業所の居宅介護支援の特徴等 ・・・・・・・・・・・・・・・7

6. サービス内容に関する苦情 ・・・・・・・・・・・・・・・・・8

7. 秘密保持 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

8. 個人情報の保護 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

9. 事故発生時の対応等・・・ ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

10.緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

11.虐待防止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

12.暴言・暴力・ハラスメントについて・・・・・・・・・・・・・・・10

13.ハラスメント規定・・・・・・・・・・・・・・・・・10

14.利用者の解約権・・・・・・・・・・・・・11

15.事業者の解約権・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

16.契約の終了・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

17.業務継続計画の策定等について・・・・・・・・・・・・・・12

18.衛生管理等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12

19.当事業所の法人概要について・・・・・・・・・・・・・・・・12

居宅介護支援事業所　えのびの和

重　要　事　項　説　明　書

1．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

担当者	佐和田　元子
営 業 日	月曜日～金曜日
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時15分
休 業 日	土、日曜日及び祝日 12 月 29 日～1 月 3 日
電話／FAX	098－972－6029

＊ご不明な点はおたずねください。

2．当事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事　業　所	居宅介護支援事業所　えのびの和
所　在　地	沖縄県うるま市字栄野比 939 番地
介護保険指定番号	4770301507
サービスを提供する地域	うるま市、沖縄市

＊上記地域以外の場合でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

管理者	佐和田　元子

職種	業務内容	人数
管　理　者	事業所の運営及び業務全般の管理	1人以上
主任介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に係わる業務	1人以上
介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に関わる業務	2人以上

(3) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日（時間外は電話にて対応）
休 業 日	土、日曜日及び祝日 12 月 29 日～1 月 3 日 （但し、電話対応は可）
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時15分
緊急連絡先	090－9148－0704（24 時間対応体制）

3. 居宅介護支援の申込みからサービス提供までの流れと主な内容

（１） 重要事項及び契約書の締結（契約開始）

（２） 居宅サービス計画の担当配置

介護支援専門員は居宅サービス計画の作成に関する業務を行います。

（３） 利用者等への情報提供

居宅サービス計画作成開始にあたっては、利用者及び家族に対し、当該地区における指定居宅サービス事業者等の名簿、サービス内容、利用料等の情報を提供し、利用者またはその家族がサービスの選択が可能となるように支援いたします。

（４） 利用者の実態把握

介護支援専門員は、居宅サービス計画作成にあたって利用者の有している能力、提供を受けているサービス等、その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、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、解決すべき課題を把握しなければなりません。

（5） 居宅サービス計画の原案作成

介護支援専門員は、利用者、家族の希望並びに利用者について把握された課題に基づき、当該地域における介護給付等の対象サービスが提供される体制を勘案して、提供されるサービスの目標、達成時期、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

（6） 使用する課題分析票の種類

使用する課題分析票の種類は、居宅サービスガイドライン方式もしくは沖縄県共通アセスメントツールとします。

（7） 担当者会議

介護支援専門員は、サービスの担当者会議を開催し、当該居宅サービス計画の原案内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるものとします。

（8） 利用者の同意

介護支援専門員は、利用者又はその家族等に対し、サービスの種類、内容、費用等について説明し、文書により利用者の同意を得ます。

（9） サービスの実施状況の継続的な把握、評価

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービ ス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握（以下「モニタリング」）するとともに、少なくとも 1 月に 1 回訪問することにより利用者の課題把握を行い、居宅サービス計 画の変更及びサービス事業者等との連絡調整その他便宜の提供を行い、少なくとも 1 月に1回モニタリングの結果を記録します。

（10） 介護保険施設の紹介等

介護支援専門員は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難になったと認める場合又は、利用者が介護保険施設等への入院または入所を希望する場合には介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は、退所しようとする要介護者等から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、予め居宅サービス計画の作成等の援助を行います。

4. 利用料金

（1） 居宅介護支援の利用料金（基本料金及び加算料金）は、以下の通りですが、法定代理受領に該当する場合は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。

・基本料金　要介護 1・2　10,860 円

要介護 3・4・5　14,110 円

・加算料金・・・各々について、要件を満たした場合に算定されます

	料 金	要 件（抜 粋）
初回加算	3,000 円	新規に居宅サービス計画を作成する場合 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態が二区分以上変更の場合に居宅サービス計画を作成する場合
入院時情報連携 加算（Ⅰ）	2,500 円	利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合 ※入院日以前の情報提供を含む ※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
入院時情報連携 加算（Ⅱ）	2,000 円	利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合
退院・退所加算 Ⅰイ：カンファレンス無 1 回	4,500 円	利用者の退院・退所に当たって当該病院・施設の職員から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成しサービス調整を行った場合に算定する。
Ⅱイ：カンファレンス無 2 回	6,000 円	※カンファレンス以外の方法により Ⅰイ：1 回 ※カンファレンス以外の方法により Ⅱイ：2 回以上受けた場合

退院・退所加算 Ⅰロ：カンファレンス有　1回 Ⅱロ：カンファレンス有　2回 Ⅲ：カンファレンス有	6,000 円 7,500 円 9,000 円	Ⅰロ：利用者の退院、退所に当たって医療機関・施設の職員から利用者に関する必要な情報をカンファレンスにより、一回受けていること。 Ⅱロ：利用者の退院、退所に当たって医療機関・施設の職員から利用者に関する情報の提供を 2 回受けており、うち 1 回以上はカンファレンスによること。 Ⅲ：利用者の退院に当たって医療機関・施設の職員から利用者に関する情報の提供を 3 回以上受けており、うち 1 回以上はカンファレンスによること。
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円	病院の求めにより、病院の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に算定する。1 月に 2 回を限度として加算する
ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円	在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡前 14 日日以内に 2 日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者に心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合 ※前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を 15 回以上算定していること
通院時情報連携加算	500 円	利用者が医師の診断を受ける際に同席し利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に算定する。 なお、同席あたっては、利用者の同意を得た上で医師と連携を行うこと。
介護職員等処遇改善加算	所定単位数×2.1%	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる場合。自己負担はありません。

＊保険料の滞納等により、法定代理受領をできなくなった場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて所定の料金をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日お住まいの市区町村窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

（２） 交通費

利用者の居宅が通常の事業の実施地域の場合は介護支援専門員が訪問するための交通費は一切いただきません。実施地域以外の場合は運営規定の定めに基づき交通費の自費を請求致します。なお、自動車を使用した場合は通常の事業の実施地域を超えた時点から 1km 毎に10円を請求致します。

（３） 解約料

契約料金はかかりません。（契約はいつでも解約することができます。）

5. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

運営の方針

（１） 要介護状態にある利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に自立した日常生活を営むことができるように支援するため、ケアプランを利用者にお渡しし、状況把握のために月一回の訪問かつ月一回のアセスメントを行い、要介護認定、認定変更等の際にはサービス担当者会議を開催または意見の照会を行います。

（２） 利用者の心身の状況、また、置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づいた適切な福祉サービスおよび保健医療サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう支援いたします。

（３） 指定居宅介護支援の提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重すると共に、利用者に提供される指定居宅サービス等が、特定の種類、または特定のサービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に事業を実施いたします。

（４） 市区町村、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

（５） 従業者の教育研修を重視し、定期的に研修を行います。提供するサービスの質の向上に努めます。

（６） 利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。

（７） 事業所は介護支援専門員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備します。

① 採用時研修 採用後1カ月以内
② 継続研修 年1回

（８） 主治医および医療機関等との連携に努めます。

当事業所は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応を致します。

① 利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業所が医療機関に伝わるよう、当事業所名および担当の介護支援専門員の名前を伝える等の対応を致します。

② また、入院時には、利用者または家族から当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

6. サービス内容に関する苦情

① 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。

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当及び解決責任者 ： 佐和田　元子 ・電話及び FAX 番号　098－972－6029 ・受付時間　月曜日から金曜日　8:30～17:15 （祝日及び12月29日～1月3日除く）
緑和会相談窓口	・窓口担当：安慶名　信次 ・解決責任者：伊波　誉 ・電　　話：098－972－4313 ・受付時間：月曜日から金曜日　8:30～17:15 （祝日及び12月29日～1月3日除く）

うるま市福祉部 介護長寿課	・電話番号：098－973－3208 ・受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 （土、日、祝日 12/29～1/3 を除く）
沖縄市健康福祉部 介護保険課	・電話番号：098－939－1212 ・月曜日～金曜日 8:30～17:15 （土、日、祝日 12/29～1/3 を除く）
沖縄県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情処理相談窓口（国保連）	・電話番号：098－860－9026 ・月曜日～金曜日 8:30～17:15 （土、日、祝日 12/29～1/3 を除く）

② 第三者委員の設置

当事業所では苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】　・眞壁　弘　　介護福祉士

・比嘉　智子　　社会福祉士・精神保健福祉士

7. 秘密の保持

（１） 当事業所は、業務上知り得た利用者またはそのご家族の秘密を厳守いたします。 契約終了後も同様とします。

（２） 当事業所は、介護支援専門員その他従業者であった者から、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密が漏れることのないよう、管理を徹底いたします。

（３） 当事業所は、サービス担当者会議等におきまして、利用者及び家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ、利用者及びその家族からの同意をいただきます。

個人情報の保護

（１） 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。

（２） 個人情報の取扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

8. 事故発生時の対応等

当事業所が利用者に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市区町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 また、当事業所がご利用者に対して提供しました居宅介護支援により、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

(1) 損害保険会社名　あいおいニッセイ同和損保険株式会社

(2) 損害保険の種類　介護保険・社会福祉事業者総合保険

(3) 損害保険の内容

① 対人賠償保険金　１名あたり（ 300,000,000 円）

② 保険期間中最大　　（2,000,000,000 円）

9. 緊急時の対応方法

当事業所はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

10. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１） 虐待防止に関する責任者を選定しています。

当事業所虐待防止 責　任　者	管理者：佐和田　元子

法人責任者	栄野比の里施設長　伊波　誉

（２）　虐待防止のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

（３）　虐待防止のための指針の整備をしています。

（４）　職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

（５）　サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

（６）　成年後見制度利用を支援します。

（７）　うるま市役所、うるま市地域包括支援センター、警察等との虐待等における通報先との 連携・協力に努めます。

11.　暴言・暴力・ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントに対するために次に掲げる措置を講じます。

（１）　暴言・暴力・ハラスメントに対する組織・地域での適切な対応を図るとともに、法人内に責任者を選定しています。

ハラスメント対策責任者	業務執行理事　宮里　初美

（２）　職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施し ています。

（３）　暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者又は身元引受人及びご家族、その他の関係者から、職員に対してあった場合には 理由を記載した文書で通知することにより解約するだけでなく、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

12. ハラスメント規定

利用者・家族等による職員または法人に対する以下のような ハラスメント行為は禁止します。また，ハラスメント行為が確認された場合は，サービスを直ちに中止することができます。

１　身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為。職員が回避したため危害を免れたケースを含む。

例：殴る、蹴る、叩く、物を振り回す、コップを投げつける、塩をつかんで投げつける等。接触がなくても殴りかかろうと すること、椅子や棒を振り回すような危険行為を含む。

2　精神的暴力

ア　暴言型

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたり する行為。

例：大きな怒鳴り声をあげる、侮辱的発言（バカ、アホ等）、外見の揶揄（デブ、ハゲ、ブス等）、名誉毀損や人格否定、執拗な叱責、気に入っている職員以外に批判的な言動をする、威圧的な態度で文 句を言い続ける等。

イ　威嚇・脅迫型 職員に危害を加えることを予告して怖がらせること。

例：「殺すぞ」「頭かち割ったろか」等の直接的な暴力を予告する発言、「どうなるかわかってるやろな」「俺のバックには○○（反 社会的勢力と思しき名称の組織等）がおる」等の暗に危害をほのめかす発言、異常に接近しながら怖がらせる行為、刃物を胸元からちらつかせる行為等

3　セクシュアルハラスメント

意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：必要もなく手や腕をさわる、抱きしめる、ヌード写 真を見せる、入浴介助中あからさまに性的な話をする、卑猥な言動を繰り返す、サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる、活動中のホームヘルパーの ジャージに手を入れる、好意的態度を要求する等。

4　法人の名誉を傷つけ、業務を妨害する行為

例：SNS 等の手段を用いて、特定の職員や法人の悪口を書き込む行為、法人が設定している施設運用のルールに応じず、法人に対して法律や契約の範囲を超えて無理なサービスの提供を求める、無理な主張すること及び過剰なクレームをするなどして法人への対応を迫る、その他手段の如何を問わず、法人のサービスの提供を含めた業務を妨げる行為。

13. 利用者の解約権

利用者は、事業者に対しいつでも一週間以上の予告期間をもって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。

14. 事業者の解約権

事業者は、自ら適切な居宅介護支援を行うことが困難となった場合は、一週間以　上の予告期間をもってその理由を通知することにより、この契約を解除することができます。この場合、他の居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を行います。

2　事業所は、利用者の身元引受人ないしご家族、その他関係者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。

(1)故意又または重大な過失により事業所もしくは従業者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合

(2)その他前各号に準ずるような故意に法令違反その他著しい常識を逸脱行為し、事業者の事前の申入れにも関わらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

(3)緑和会カスタマーハラスメントに対する基本方針及び本規定 13 項に該当し、法人から注意を行い、改善を促したにも関わらず従わない場合

15. 契約の終了

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

1 利用者が死亡した場合

2 利用者の要介護認定区分が、自立または要支援と認定された場合

3 利用者が居宅介護支援の対象とならない施設に入所した場合(介護老人保健施設を除く)また、医療機関の入院などで90日以上居宅サービスの導入がされなかった場合

4 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

5 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

17. 業務継続計画の策定等について

(1) 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って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、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に実施します。

(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います。

18. 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

(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対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

(3) 職員に対し、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に実施します。

19. 当事業所の法人概要について

名称・法人種別	社会福祉法人 緑和会

代表者役職・氏名	理事長　上村　哲
所在地・電話番号	〒904-205　沖縄県うるま市字栄野比 939 番地 電話番号098－972－4345
設立年月日	昭和 63 年 3 月
事業実施内容	指定障害者支援施設、放課後等児童デイサービス、多機能型支援事業所、ヘルパーステーション、相談支援事業所

令和　　年　　月　　日

＊ 居宅介護支援事業所えのびの和における介護支援の提供に際し、『居宅介護支援事業所重要事項説明及び同意書』に基づき重要事項の説明及び交付を行いました。

事業者

（住　所）　沖縄県うるま市字栄野比 939 番地

（名　称）　社会福祉法人　緑和会

（代表者）　　理事長　　上村　哲　　印

説明者

（事業所）居宅介護支援事業所　えのびの和

（職氏名）介護支援専門員　　印

私は、『居宅介護支援事業所重要事項説明及び同意書』に基づいて事業者より重要事項の説明及び交付を受け、居宅介護支援の提供に同意しました。

契 約 者

（利用者）

住所

氏 名　　印

（代理人・代筆者）

住所

氏 名　　印

利用者との関係（　　）