

居宅介護支援重要事項説明書

＜令和6年4月1日現在＞

1.事業者

事業者名称	合同会社 ナナオ
法人所在地	東京都葛飾区東新小岩7丁目24番8号 2階
代表者 氏名	中野 智仁
電話番号	03-5670-5223

2.運営目的と方針

(目的)

・要介護状態にある利用者に対し、適切な指定居宅介護支援を提供する事を目的とします。

(基本方針)

・事業は、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように配慮して行います。

・事業は、利用者の選択に基づき適切な保険医療サービス及び福祉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配慮して行います。

・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供にされる指定居宅サービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者に偏ることのないよう公平中立に行います。

・事業実施にあたっては、市区町村(特別区含む。以下同じ)、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定支援事業者等との連携に努めます。

・利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、必要な体制の整備を行い、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じるよう努めます。

・事業の実施にあたっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。

3.事業所の概要

(1)居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	すまいるケア
所在地	東京都葛飾区東新小岩7丁目24番8号
介護保険指定番号	1372207504
通常の事業の実施地域	葛飾区、江戸川区、江東区、墨田区

(2) 営業時間

月～金曜日	午前9:00～午後18:00
土曜日、日曜日、祝日及び年末年始(12/30～1/3)は休業日となります。	
休業日・営業時間外の連絡	03(5670)5223 緊急時 090(6542)4459

(3) 職員体制

職名	職務内容	人員数
管理者	事業所の運営及び業務全般に管理。	1名(兼任)
介護支援専門員	居宅介護支援業務を行います。	2名 以上
事務職員	介護給付費等の請求事務及び連絡事項等を行います。	1名

(4) 介護支援専門員の身分証の提示

介護支援専門員は、常に身分証「都知事が発行する介護支援専門員登録証明書」を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

4. サービスの利用、居宅介護支援の内容

① アセスメント

自宅を訪問し、身体状態や、困りごとを聞き取ります。事前に了解を得て、主治医から意見を聴取することがあります。

② ケアプラン作成

アセスメントを基に利用者、家族と相談の上、居宅サービス計画《ケアプラン》を作成します。居宅サービス計画の作成にあたり、利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画書原案に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

③ サービス提供事業者との連絡調整

ケアプランに沿って各サービス事業者とのサービス担当者会議、連絡調整によりサービス利用までの支援をします。会議はテレビ電話等の通信機器を使用する場合があります。

④ 毎月の確認

サービス開始後も1ヶ月に1回以上自宅を訪問、ケアプランや利用サービスに問題はないか確認し、必要な対応をとります。

⑤ ケアプランの変更

利用者・家族が希望した場合や、居宅サービス事業者ないし当事業所が必要と判断した場合、十分な協議と合意の上でケアプランの変更を行います。

⑥ 給付管理

毎月、利用者が利用した介護保険対象サービス実績を確認、給付管理票を作成、東京都国民健康保険連合会に提出する書類の確認を行います。

⑦ 要介護認定、更新申請等援助代行

利用者が居宅介護サービスを利用する上で必要な要介護度の認定申請、及びその更新、

または、区分変更の申請について援助し、代行いたします。

⑧介護保険施設の紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められたときや、希望した場合、介護保険施設(介護老人福祉施設や老人保健施設等)の紹介、その他の便宜を提供いたします。

※金銭の取り扱い、入院時の手続き代行、救急車への同乗などは居宅介護支援の業務範囲外となります。また、金銭や物品等を頂くことも一切できませんのでご了承ください。

5.利用料

(1)【基本料金】(1ヶ月当り)

居宅介護支援費(Ⅰ)	＜取り扱い件数が45件未満＞
要介護1・2	1086単位
要介護3・4・5	1411単位
居宅介護支援費(Ⅱ)	＜取り扱い件数が45件以上60件未満＞
要介護1・2	544単位
要介護3・4・5	704単位
居宅介護支援費(Ⅲ)	＜取り扱い件数が61件以上＞
要介護1・2	326単位
要介護3・4・5	422単位

要介護認定を受けられた方は、公費(都・市区町村など)により全額給付されるので自己負担はありません。

【減算】(以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます)

減算の種類	減算の要件	減算額
運営基準減算	指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合	上記基本料の50% (2月以上継続の場合100%)
特定事業所集中減算	居宅サービス計画に位置づけた訪問介護等について特定の事業者への集中率が、正当な理由なく80%を超える場合	1月につき200単位減算

(2)交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費が必要です。

※支払い方法は、訪問時に現金にてお支払い頂き領収書を発行いたします。

(3)キャンセル料

保険者(区市町村)へのサービス計画の届出が終了後に解約した場合、料金はかかりません

6.サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込み下さい。当事業所の職員がお伺いいたします。
契約を締結したのち、ケアプランの作成を開始します。

(2)サービスの終了

①利用者側の都合でサービスを終了する場合文書にて7日前までにお申し出下さい。
②当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3)自動終了

次の場合は、双方の文書がなくても自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、自立(要介護認定区分非該当)と認定された場合
- ・利用者ご本人が亡くなった場合や被保険者資格を喪失した場合

(4)その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者本人やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、利用者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了することができます。
- ・利用者、家族が当事業者又は当所の従事者に対して、法令違反、暴力、脅迫、セクシャルハラスメントなど重大な公序良俗に反する行為をなし、改善の見込みがないなど、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は利用者に対して文書で通知することにより1ヶ月の予告期間を置き、サービスを終了させていただく場合があります。

7.当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1)運営の方針

事業所の介護支援専門員は、要介護者などの心身の特徴を踏まえて、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。

(2)居宅介護支援の実施概要 等

適切な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な関係を背景とした言動(ハラスメント)にて、介護支援専門員の職場環境が害されることを防ぐよう努めて参ります。

※ケアプラン作成に際しては、以下の点に留意して作成します。

- ・介護保険が求める理念は、自立支援及びQOL(生活の質)の向上であり、介護支援専門員は要介護者等の自己決定や自己選択を支援し、利用者中心のサービス提供を進め、利用者の課題を現実的に解決する視点を絶えず持ち続けます。
- ・個人の「生活の連続性」「人間性の尊重」に絶えず留意しつつ作成します。
- ・サービス事業所の選定または推薦は、利用者等の希望を踏まえ、公正中立な立場で可能な限り利用者等の要望に添ったサービスの実現に努めます。
- ・利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置づける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能です。
- ・本人や家族を交えたケアカンファレンスを開催し、それぞれの意向や課題を分析した上でサービスの目標や内容の経過、課題の変化などを把握し、主治医や多職種、地域に係る関係者等と連携を図り、ケアプランの作成をします。
- ・在宅サービスが限界に達し、施設サービスへの移行が検討される状況に達した場合にもケアプランに連続性が保てるように努めます。

(3)介護支援専門員の変更

介護支援専門員の変更は、状況により判断しますので、契約の継続、解除を含めてその都度協議します。

8.秘密保持

- (1)事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を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)事業者は、利用者及びその家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及び家族の個人情報を用いません。

9.サービス内容に関する苦情

- (1)サービス内容に関する相談・苦情窓口
当事業所の居宅介護支援及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。

① すまいるケア

電話 03(5670)5223 FAX 03(5654)7351

(担当窓口) 茅野 定義

- (2)公的な相談・苦情窓口

各区市町村		
①葛飾区	福祉部介護保険課	03-3695-1111
②江戸川区	介護保険課事業者調整係	03-5662-0032
③墨田区	介護保険課事業者指導担当	03-5608-6544
④江東区	介護保険課介護サービス利用相談窓口	03-3647-9099

②東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課介護相談 窓口担当係

直通電話 03(6238)0177

住所：東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

10.事故発生時の対応

- (1)事業者は、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法律の規定に従って、保険者、利用者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2)事故の状況及び事故に対して執った処置を記録し、その完了の日から5年間保存します。

11.虐待防止への対策

事業者は人権の擁護、虐待の発生または再発を防止するため、虐待に対する研修や委員会の設置、解決に向けた取り組みを各関係機関と連携していきます。
虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

12. 身体拘束の原則禁止

事業者は身体拘束は原則行いません。

やむ得ず身体拘束を行う場合は、身体的拘束等の態様及び時間、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の記録を行います。

13. 感染症への対策

事業者は感染症等リスクマネジメントマニュアルを作成し、感染症への対応や感染が判明した際は迅速かつ適切に対応するとともに、その原因を解明し、対策を実施し再発予防に努めます。

感染症対策委員会を設置し、感染対策を講じていきます。

14. 業務継続計画

感染症や非常災害の発生でも利用者への居宅介護を継続的に実施するためと、非常時の体制で早期の業務再開を図るための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じます。

- ・事業所内で業務継続計画を周知するとともに、研修及び訓練を定期的実施します。
- ・定期的に業務継続計画の見直しと変更を講じます。

15. ハラスメントの防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
- (2) 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
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

16. 入院時の情報提供

医療機関との連携を円滑に行うために、入院時には担当介護支援専門員の名前、事業所名、連絡先を入院先の医療機関にお知らせして頂くようお願いします。

17. 具体的取り扱い方針

事業者は、利用者また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得ない場合を除き、身体的拘束やその他利用者の行動を制限する行為を行いません。

身体的拘束を行う場合には、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します。

事業者は、居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して上記のとおり重要事項を説明しました、この証として本書を2通作成し、利用者、事業所が記名の上、各自1通保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 すまいるケア
所在地 東京都葛飾区東新小岩7丁目24番8号
管理者 中野 寿恵

説明者
氏名 _____

利用者は、サービス提供開始に際し、事業所の担当者から居宅介護支援についての
重要事項の説明を受け、確認、同意しました。

利用者
住所 _____

氏名 _____

家族・代理人
住所 _____

氏名 _____