

章仁会居宅介護支援事業所重要事項説明書

1、当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号	0824-66-1181（午前8時30分～午後5時30分）
担当者	

2、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

事業所名	章仁会居宅介護支援事業所
所在地	〒729-6201 広島県三次市和知町 11796 番地
介護保険指定番号	3471900021
サービスを提供する地域	三次市（作木町、君田町、布野町、甲奴町を除く） 庄原市（西城町、東城町、口和町、高野町、比和町、総領町を除く）

※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

	資格	配置
管理者兼介護支援専門員	主任介護支援専門員	常勤兼務 1 名
介護支援専門員	介護支援専門員	常勤 1 名

(3) 営業日および営業時間

営業日	下記の休業日を除く日
休業日	日曜日、1月1日～1月3日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分 (24時間連絡が可能な体制となっています)
緊急連絡先	0824-66-1181 章仁会居宅介護支援事業所

(4) 従業者の業務内容

職 種	業 務 内 容
管 理 者	従業者の管理、居宅介護支援の利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。 当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定居宅介護支援の人員基準及び運営に関する基準を順守させるために必要な指揮命令を行います。
介護支援専門員	要介護状態にある利用者及びその家族の相談を受け、利用者がその心身の状況等に応じて適切な居宅サービスの提供を確保できるよう、また、必要に応じて施設サービスを利用できるよう、居宅サービス計画を作成するとともに市町、居宅サービス事業者、介護保健施設等と連携調整を行います。

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

①	重要事項説明書による重要事項の説明と契約書の締結を行います。 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書を保険者に提出します。
②	利用者、代理人より状況と課題を聞き取ります。 サービス内容を精査し居宅サービス事業者の選定を行います。
③	居宅サービス計画の原案を作成します。 サービス担当者会議を開催し計画の同意をいただきます。
④	サービス提供事業者と契約を締結しサービス提供を開始します。

4、利用料金

(1) 利用料

居宅サービス計画料金については、介護保険から全額支給されますので自己負担はありません。但し、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合は、介護報酬告知上の居宅サービス計画作成料金をいただきます。

事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス証明書を後日お住いの市町の窓口に出すことで全額払い戻しを受けられます。

1 単位あたり 10 円

基本単位	要介護 1・2=1,086 単位/月	要介護 3・4・5=1,411 単位/月	
加算項目	加算単位	概 要	
初期加算	300 単位	居宅サービス計画の新規作成	
入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 単位		
入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 単位		
退院・退所加算		カンファレンス参加（無）	カンファレンス参加（有）
	連携 1 回	450 単位	600 単位
	連携 2 回	600 単位	750 単位
	連携 3 回以上	—	900 単位
緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位	医師等の求めによりサービス調整を行う場合	
ターミナルケアマネジメント加算	400 単位	末期の悪性腫瘍、在宅での支援実施をする場合	
退院時情報連携加算	50 単位	診察に同席し医師等と連携を取った場合 （月 1 回程度）	
処遇改善加算	基本単位に加算、減算した所定単位数の 2.1%		

(2) 交通費

◎2 (1) のサービスを提供する地域内にお住いの方は無料です。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が必要であり、実施地域を超えた地点から1キロメートルあたり38円請求します。

(3)

◎契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約をした場合は居宅サービス計画料金の全額を請求します。

◎保険者(市町)への居宅サービス計画の届出が終了した後に解約をした場合は料金は一切かかりません。

5、当事業所の居宅介護支援の特徴

(1) 運営の方針

◎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、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように支援いたします。

◎利用者の心身の状況、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険医療サービスが多様な事業所から総合的に提供されるよう支援いたします。

◎居宅サービス計画の作成にあたって、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られます。

◎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の選択理由の説明を求められます。

◎入院時には、退院後の在宅生活に向け、医療機関や介護保険施設との連携を促進する観点から担当ケアマネジャーの氏名等を入院先機関に知らせていただくようお願いします。

◎市町、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に勤めます。

◎ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、以下について、利用者に説明を行います。

- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合と、各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合 (別紙参照)

(2) 居宅介護支援事業実施概要等

居宅サービス計画の作成方法	
生活面から医療面まで幅広い項目を網羅し、どのような場面で困難があり、どのような支援が必要かを客観的に見極め、高齢者の自立度を高めることを目指した居宅サービスガイドラインその他を採用し、これらの方式を基盤に居宅サービス計画を作成いたします。	

相談受付場所	利用者の自宅、または利用者(またはその家族)が指定される場所。
	事業所内の相談室または介護室など。

介護支援専門員の 居宅訪問頻度	原則として月1回訪問し、実施状況の把握をさせていただきますが、その他必要に応じて随時実施いたします。
サービス担当者会議の開催	利用者にサービスを提供する指定居宅サービス事業者の担当者との会議を開催し、常に、提供するサービスの質の向上に努めます。

(3) サービス利用のために

項目	方法
介護支援専門員の変更	介護支援専門員の変更を希望される方はご相談ください。
調査（課題把握）の方法	居宅サービス計画ガイドラインに沿って行います。
介護支援専門員への研修の実施	資質向上のため定期的に研修を行っています。
契約後、居宅サービス計画の作成 段階途中で利用者のご都合により解約した場合の解約料	4(3)をご確認ください

6、サービス内容に関する苦情

相談窓口

電話番号	0824 - 66-1181	担当者	管理者	瀧谷 幸栄
------	----------------	-----	-----	-------

苦情の内容に応じて関係サービス事業者との連絡調整を速やかに行い問題解決に向けて努めます。
当事業所以外に、市町の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

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家族の秘密を厳守いたします。
- ② 当事業所は介護支援専門員その他職員であった者から、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いて利用者の個人情報を用いる場合は、あらかじめ利用者またはその家族からの同意をいただきます。

8、事故発生時の対応

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、市町に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して提供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。

9、当法人の概要

名 称	社会福祉法人 章 仁 会
代 表 者	理事長 佐 竹 辰 男
所 在 地	〒 729-6201 広島県三次市和知町 11796
連 絡 先	Tel 0824 - 66 - 1181 Fax 0824 - 65 - 3211

(2) 苦情の受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告します。

第三者委員は内容を確認し、苦情申し出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申し出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

尚、第三者委員の立会いによる話し合いは、次の通り行います。

ア 第三者委員による苦情内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整・助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 本事業所で解決できない苦情は広島県社会福祉協議会に設定された運営適正委員会に申し立てることができます。

【広島県社会福祉協議会連絡先】

住所：〒732-0816 広島市南区比治山本町12-2

電話：(082) 254-3419 FAX：(082) 569-6161

その他、下記行政機関においても受付窓口があります。

【広島県国民健康保険団体連合会】

住所：〒730-8503 広島市中区東白島町19番49号 国保会館

電話：(082) 554-0783 FAX：(082) 511-9126

【三次市 福祉保健部 高齢者福祉課 介護保険係】

住所：〒728-8501 広島県三次市十日市中2丁目8番1号

電話：(0824) 62-6387 FAX：(0824) 62-6285

【庄原市 健康保険部 高齢者福祉課 介護保険係】

住所：〒727-0012 広島県庄原市中本町1丁目10番1号

電話：(0824) 73-1167 FAX：(0824) 75-0245

(5) 解決結果の公表

解決結果等について理事会に報告するとともに、個人情報を除き「事業報告」に掲載し公表します。

個人情報保護方針

現在、インターネット等のコンピューターネットワークの高度な発達により、情報が多量にかつ高速に伝播されるようになり、医療・介護に関連する情報をはじめ、様々な情報が電子化され有効活用できる環境にあります。しかしながら、多量かつ高速での情報が伝播できる環境は、そのまま情報リスクの高まりとなり、企業、団体の保有する個人情報の取り扱いに関して、安全かつ信頼のおける管理が求められることとなりました。

社会福祉法人章仁会では、利用者の方の個人情報を適正に取扱うことは、医療・介護サービスに携わるものの重大な責務であると考え、個人情報の取り扱いに関する適切性の確保を、当法人の所管する事業全体の重要課題と捉えて取り組んでおります。

このような背景に鑑み、個人情報の取り扱いについて次のように宣言いたします。

1. 個人情報に関する法令・規範の遵守

業務上で個人情報の保護に関する法令及び行政機関等が定めた個人情報保護に関する条例・規範・ガイドライン等を遵守します。

2. 個人情報保護施策の強化

個人情報が分散した形で蓄積利用される可能性を排除し、適切な個人情報の収集、利用及び提供が行われる体制整備の向上を図るとともに、個人情報への不正アクセス、紛失、破損、改ざん及び漏えいの予防に努め、万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。

3. 個人情報保護に関する意思統一の徹底

個人情報の取り扱いに関する規定を明確にし、従事者に周知徹底します。また、取引先等に対しても適切に個人情報を取り扱うよう要請します。

4. 個人情報保護活動を継続的に改善・推進

自主的に的確な個人情報の保護措置が講じられるよう、個人情報の取り扱いに関する内部規定を定期的に見直し、これを遵守するとともに、職員の教育・研修を徹底し推進致します。

この個人情報保護方針は、要望に応じ紙面でも公表いたします。

平成 17年 4月 1日

社会福祉法人 章仁会 理事長 佐竹 辰男

個人情報の利用目的

社会福祉法人章仁会では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する法人理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下の通り定めます。

【 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的 】

〔 社会福祉法人章仁会での利用目的 〕

- ・当法人が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当法人の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔 他の事業者等への情報提供を伴う利用目的 〕

- ・当法人が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【 上記以外の利用目的 】

〔 当法人内部での利用者に係る利用目的 〕

- ・当法人の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当法人において行われる学生の実習への協力
 - －当法人において行われる事例研究

〔 他の事業者等への情報提供に係る利用目的 〕

- ・当法人の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

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及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	広島県三次市和知町 11796
	法 人 名	社会福祉法人章仁会
	事業所名	章仁会居宅介護支援事業所
	事業所番号	3471900021

説明者	所 属	章仁会居宅介護支援事業所
-----	-----	--------------

氏 名 ⑩

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援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 ⑩

代理人	住 所	_____
-----	-----	-------

氏 名 ⑩

(本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・捺印をし、それをもって契約開始となります。)