

居宅介護支援サービス重要事項説明書

1. 事業者

法人名	ポリールイフケアサービス有限会社
法人所在地	兵庫県三木市志染町東自由が丘1丁目130番地18番
代表番号	0794-84-3885
代表者	川邊 久美子
設立年月日	2000年11月15日
資本金	1,000万円

2. 事業所の概要

事業所名	ポリールイフケアサービス有限会社 緑が丘営業所
所在地	兵庫県三木市緑が丘町中1丁目8-23
電話番号	0794-85-6797
Fax	0794-85-6877
事業所番号	2872300310
開設年月日	2005年7月1日
管理者	西本 由紀子
他の提供サービス	(介護予防)訪問介護・障害者総合支援居宅介護・(介護予防)小規模多機能型居宅介護
サービス提供地域	三木市、神戸市西区
事業の目的・方針	<p>要介護状態にある利用者に対し住み慣れた地域・自宅で、自らの能力をできる限り生かし尊厳ある生活を続けるための適切な居宅介護支援を提供することを目的とします。その実施に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力やおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことができるように「居宅サービス計画」等の作成及び変更を行います。また、提供を受けている指定居宅サービス、関係市町や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携及び連絡調整を行い、サービス担当者会議の開催等を通じて実施状況の把握に努めます。</p> <p>お客様とのコミュニケーションを大切にし、公正中立な介護支援サービスを提供します。</p>

3. 当事業所の従業員

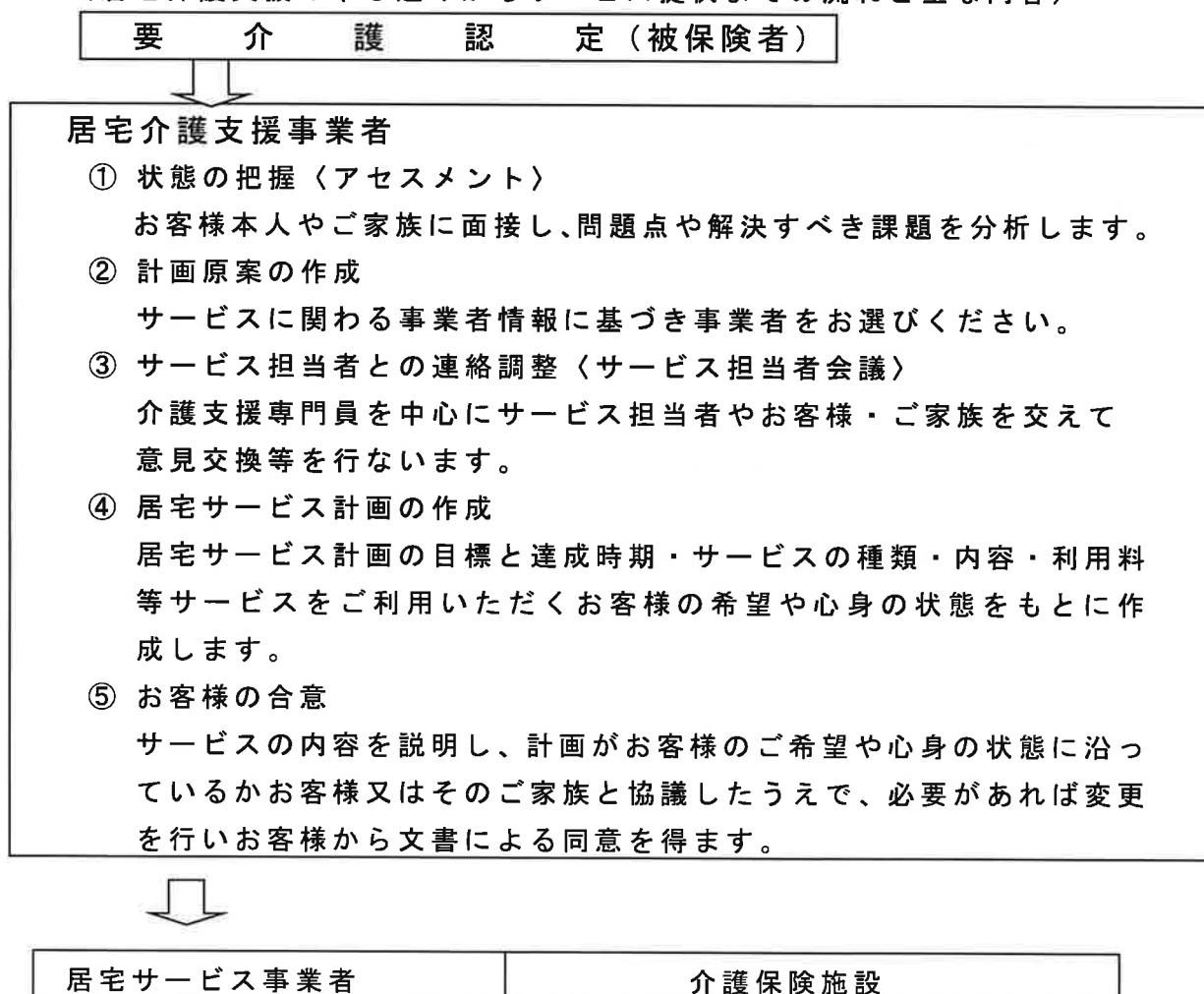
職種	人数	職務内容
管理者	1名（介護支援専門員と兼務）	業務の統括
介護支援専門員	1名以上	申請手続きの代行・サービスの連絡調整・居宅サービス計画の作成
事務職員	1名	上記に必要な事務

4. 営業日及び営業時間

営業日	月～土（年末年始を除く）
受付時間	月～土 9時～18時
サービス提供時間	月～土 9時～18時
緊急連絡先	※転送電話で24時間連絡可能な体制をとっています。

5. 提供サービス

（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) 課題分析およびモニタリングの実施方法

厚生労働省が定める課題分析標準項目に準じた「課題整理総括表」を使用して課題分析を行います。その後、少なくとも月1回はお客様の居宅を訪問し、お客様と面談の上サービスの利用状況、目標に向けた進行状況、生活上の変化などを確認させていただき記録します。また、お客様の状態が安定しているなど、一定の要件を満たした上で、お客様の同意及びサービス担当者会議で主治医、担当者その他の関係者の合意が図られた場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことができます。その際は、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集します。なお、少なくとも2月に1回はお客様の居宅を訪問します。

(2) 研修の参加

現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加しています。

(3) 担当者の変更

事業所都合により担当者が変更することがあります。

また、お客様の要望により担当者変更も可能です。

該当する担当者が担当できない場合は、他事業所の介護支援専門員に滞りなく引き継ぎいたします。

(4) お客様自身によるサービスの選択と同意

① お客様自身がサービスを選択することを基本に支援し、サービスの内容、利用料等の情報を、下記の通り適正にお客様またはご家族に対して提供するものとします。

- ・ 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予めお客様に対して、複数の指定居宅サービス事業所等を紹介するように求めることができること、お客様は居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業所等の選定理由を求めることができることを説明します。
- ・ 特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、お客様の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
- ・ 当事業所がケアプランに位置づけている訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙の通りです。
- ・ 居宅サービス計画等の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議を開催、またはやむを得ない事由で開催ができない場合には照会等によ

り、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、お客様及び当該サービス担当者との合意を図ります。

- ② 主治の医師等が、一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した場合、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った支援を実施いたします。具体的には、お客様またはそのご家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、お客様の状態やサービス変更の必要性等の把握を実施します。その際にお客様の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置づけた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス提供の調整等を行います。

(5) 法令順守

介護支援専門員は、法令遵守を旨とし、介護保険法はもとより、三木市条例に即した姿勢方針で、お客様への居宅介護支援を行います。

(6) 記録類の開示

居宅サービス計画作成に伴う支援経過等の記録類は、保存期間である5年内であれば、お客様の希望に応じて申請いただくと、写しをお渡しすることができます。（1枚10円の料金を頂きます）

支援経過等記録の開示については、個人情報保護法に則り、手続きに則って申請いただき、開示することができます。*別紙

(7) 介護支援専門員禁忌事項

担当者である介護支援専門員は、下記のことはできません。

- ・ 金銭、物品の授受
- ・ 飲酒及び飲食
- ・ 介護支援専門員所有の車両での送迎
- ・ お客様宅での宗教、政治行為
- ・ その他、迷惑行為

6. 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。

但し、介護保険料の滞納等（給付制限を受けた場合）により、ポリールイフケアサービスが法定代理受領をできなくなった場合、1月につき下記の料金を頂き、ポリールイフケアサービスからサービス提供証明書を発行いたします。後日給付制限が解除された場合このサービス提供証明書（または領収書）を住民票のある市区町村の窓口にて提示しますと、全額払い戻しを受けられます。

<要介護1・2の方	10,860円＋介護保険に定める加算額>
<要介護3・4・5の方	14,110円＋介護保険に定める加算額>

※加算額

<input type="checkbox"/> 初回加算	3,000円/月
<input type="checkbox"/> 特定事業所加算（Ⅰ）	5,190円/月
<input type="checkbox"/> 特定事業所加算（Ⅱ）	4,210円/月
<input type="checkbox"/> 特定事業所加算（Ⅲ）	3,230円/月
<input type="checkbox"/> 特定事業所加算（A）	1,114円/月
<input type="checkbox"/> 特定事業所医療介護連携加算	1,250円/月
<input type="checkbox"/> 通院時情報連携加算	500円/月
<input type="checkbox"/> 看取り時における相談調整	居宅介護支援費を算定
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,500円/月
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,000円/月
<input type="checkbox"/> 退院・退所加算	4,500～9,000円/回
<input type="checkbox"/> ターミナルケアマネジメント加算	4,000円/月
<input type="checkbox"/> 緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円/回

なお三木市は地域区分7級地のため上記の合計額に10.21を乗じた額の合算額となります。

7. 交通費

サービス提供地域にお住まいの方は、無料です。それ以外の地域の方は別途実費がかかります。その場合の交通費は、本事業所とお客様宅までの標準的な訪問経路の区間で、サービス提供地域以外の公共交通機関利用実費または、自動車使用時の経費（20円/km）を頂きます。

8. 解約料

お客様はいつでも解約をすることができます。その際料金はかかりません。

9. その他の料金

要介護認定に伴う申請代行業務にかかる下記の実費については、お客様の負担とさせていただきます。

- ① 申請代行時の書類作成に伴う公的機関からの証明書等の取得にかかる費用。
- ② かかりつけ医から診断書等を取得する費用。
- ③ 申請代行業務に伴って①②以外に必要な場合の書類等の取得にかかる費用。(コピー代、切手代等)

10. お支払い方法

法定代理受領ができない場合に発生する金額等について毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、ポリールイフケアサービスが定める期日までにお支払いください。尚、お支払方法は口座引き落としとさせていただきますが、やむを得ない場合は、ポリールイフケアサービスが指定する銀行口座への振込みも可能です。

11. 秘密の保持

従業員が業務上知り得たお客様及びご家族の情報は正当な理由なく第三者に漏らしません。また、個人情報の提供は、サービス担当者会議、サービス従事者、医師、保険者との連絡協議等必要最小限度とし、用いる場合は予め同意書で確認をとります。尚、この守秘義務は、従業員退職後及び契約終了後も継続します。

12. サービス利用に関する留意事項

- ① サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。
- ② 事業者の都合により、介護支援専門員を交代することがあります。
その場合お客様に対してサービス上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。
- ③ お客様からの申し出により介護支援専門員を交替することができます。当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交代を希望する理由を明らかにして申し出ることができます。ただし、お客様から特定の介護支援専門員の指名はできません。
- ④ 他機関との各種会議等に、お客様等が参加せず、医療・介護の関係者の

みで実施する際は「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にしています。また、会議の開催方法として、参集にて行うもののほかに、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

お客様等が参加して実施する会議について、お客様等の同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

13. 苦情・相談・要望受付

ポリライフケアサービスの居宅介護支援サービスに関する相談、苦情、要望の受付連絡先は下記のとおりです。ご相談、苦情等については真摯に受け止め、誠意を持って問題解決に臨み、対応内容も記録保存し、常に事業者としての資質の向上に努めます。

また、ポリライフケアサービスの居宅介護支援サービス以外で、その他提供居宅サービス等に関するご相談も遠慮なくご相談ください。

(居宅介護支援サービス提供事業所相談窓口)

相談窓口担当者名	西本 由紀子
相談受付時間	午前9時～午後6時まで
電話番号	0794-85-6797

(ポリライフケアサービス以外の相談・苦情窓口)

市区町村	受付窓口	三木市健康福祉部介護保険課
	電話番号	0794-82-2000(代)
	FAX	0794-82-5500
兵庫県	受付窓口	国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談係
	電話番号	078-332-5617
	FAX	078-332-5650

14. 事故発生時・緊急時対応

- ①サービスの提供中に容態の変化または事故が発生した場合は、事前の打ち合わせに従い、サービス提供事業者、主治医、救急隊、親族、市区町村へ連絡してすみやかに必要な措置を講じます。また、お客様に対するポリライフケアサービスの居宅介護支援サービス提供に起因する賠償すべき事が発生した場合は、所定の手続きを経て損害賠償いたします。

- ②事業所の過誤及び過失の有無にかかわらず、事故の処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し、市町村（保険者）に報告します。なお軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。
- ③サービス事業者から緊急の連絡があった場合には、あらかじ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。

緊急時連絡先

①	お名前 続柄（ ） ご住所 連絡先電話番号
②	お名前 続柄（ ） ご住所 連絡先電話番号
③	お名前 続柄（ ） ご住所 連絡先電話番号

医療機関

医療機関名 _____
 主治医 _____
 電話番号 _____

- ⑤ お客様の不測の入退院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳に、当事業所及び担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。また、入院時には、お客様またはご家族から、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。

15. 業務継続計画の策定

ポリライフケアサービスは、感染症や自然災害の発生時において、お客様に対する指定居宅介護支援事業の提供を実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、介護支援専門員に対し、業務計測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実施します。

定期的に業務改善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。

16. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

ポリライフケアサービスは、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号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防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- ② 事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 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します。

17. 虐待の防止

ポリライフケアサービスは、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします）を定期的開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたりお客様に上記の通り重要事項を説明いたしました。

この証として本書2通を作成し、お客様、ポリライフケアサービスが署名の上、双方1通ずつ保有するものとします。

但し、お客様の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、以下の対応をいたします。

- ① 書面で説明、同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を可能とします。
- ② お客様等の押印について求めないことを可能とします。

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 ポリライフケアサービス有限会社緑が丘営業所
所在地 三木市緑が丘町中1丁目8-23
管理者 西本 由紀子

説明者 _____

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、居宅介護支援の提供開始に同意しました。

お客様 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

代理人（選任する場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄

電話番号 _____

保護責任者 住 所 _____

氏 名 _____ 続柄

電話番号 _____