

重要事項説明書

(居宅介護支援)

1 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 聖テレジア会 台高齢者相談支援センター
所在地	〒247-0061 鎌倉市台2-8-1
連絡先	電話 : 0467-46-7790 FAX : 0467-46-7792
事業者番号	1472100096
管理者	管理者 : 芦澤 郁子
併設サービス	デイサービス台 (通所介護・通所型サービス0)
サービス提供地域	鎌倉市、藤沢市、横浜市栄区

2 法人の概要

法人の種別・名称	社会福祉法人 聖テレジア会
代表者名	理事長 足立 徹也
本部所在地・電話	〒248-0033 鎌倉市腰越1-2-1 電話 0467-31-1360
業務概要	当法人はキリスト教的人類愛にもとづき社会福祉事業の趣旨に従い、多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的として社会福祉事業を行う。

3 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 *休業日：土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始 (12/30～1/3)
営業時間	8:30～17:30 *ただし、電話により24時間連絡が可能な体制をとります。

4 利用者負担金

(1) 居宅介護支援については利用者の費用負担はありません。

(2) 介護支援専門員が通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、以下の通り費用を徴収させていただきます。

公共交通機関の場合：移動にかかる実費 自転車等使用の場合：1キロあたり 50 円

(3) 介護保険サービスを利用する際は、法定代理受領方式による費用負担となります。

法定代理受領とは指定居宅サービス事業所、介護保険施設が利用者（被保険者）に代わって保険給付を受ける方法（代理受領）によって提供されるサービスをさします。

(4) ご利用料金

事業者が提供する居宅介護支援に対する料金規定は下表のとおりです。

項目		単位数	地域係数 11.05 円 (3 級地)
居宅介護支援費 I	要介護 1、2	1,086	12,000 円/月
	要介護 3、4、5	1,411	15,591 円/月
居宅介護支援費 II	要介護 1、2	544	6,011 円/月
	要介護 3、4、5	704	7,712 円/月
介護予防支援費		442	4,884 円/月
	特定事業所加算 II	421	4,652 円/月
	特定事業所加算 III	323	3,569 円/月
通院時情報連携加算 I		50	552 円/月
入院時情報連携加算 I		250	2,762 円/月
入院時情報連携加算 II		200	2,210 円/月
退院・退所加算 I イ		450	4,972 円/月
退院・退所加算 I ロ		600	6,630 円/月
退院・退所加算 II イ		600	6,630 円/月
退院・退所加算 II ロ		750	8,287 円/月
退院・退所加算 III		900	9,945 円/月
特定事業所医療介護連携加算		125	1,381 円/月
初回加算		300	3,315 円/月
緊急時等居宅カンファレンス加算		200	2,210 円/月
ターミナルケアマネジメント加算		400	4,420 円/月

* 特定事業所加算について

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものです。

* 利用者の保険料滞納により、保険給付金が事業者を支払われない場合、利用者は、1ヶ月につき要介護度に応じて上記の料金を事業者を支払うものとします。

* 居宅介護サービス費等の支給申請（償還払）をする場合、お申し出をいただければ、サービス提供証明書を発行いたします。

*利用者はいつでも契約を解約することができます。費用はかかりません。

5 事業所の勤務体制

事業所に勤務する職員の構成及び職務内容は次のとおりです。

(1) 管理者（常勤1名）

事業の管理者として、職員及びサービス業務の管理を行います。

(2) 介護支援専門員（常勤4名）

居宅介護サービス計画作成、相談、介護認定調査、申請代行等の支援、介護保険制度に則り適正に行います。

6 居宅介護支援事業所としての取り組み

介護支援専門員はケアマネジメントの質の向上、スキルアップを目的とした研修会、勉強会等への参加により自己研鑽に励みます。

7 事故及び緊急時の対応

サービスの提供中、容態の急変等緊急の場合は、主治医、救急隊、ご家族、市町村等への連絡等必要な措置を講じます。

連絡先	氏名・名称	所在地・電話番号
主治医		
ご家族		
その他の連絡先		

8 秘密保持及び個人情報の保護について

別紙添付の通り取り扱う。

9 業務継続計画（BCP）

感染症の蔓延、災害発生時に、一日も早く平素の業務を取り戻せるよう計画を立てます。定期的に研修機会を設け職員の理解、共通認識、有事の動き等の教育、訓練を行います。

10 高齢者の虐待防止

*虐待防止の指針の整備…虐待の防止に関する具体的な指針を整備します。

*職員研修の実施…虐待防止に関する研修、勉強会を定期的に行い、職員が適切に対応できるようにします。

11 ハラスメント対策

・事業者はハラスメントに対し必要な研修の実施など、必要な措置を講じる義務があります。これにより、従業者は利用者にはハラスメントは行わないことを徹底します。

・利用者から従業者に対するハラスメントがあると判断される場合は、契約解除等の措置を講じます。具体例は下記の内容となります。

身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為 例：物を投げつける、つばを吐く、相手を叩く
セクシャルハラスメント	意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的嫌がらせ 例：相手の身体に触れる、抱きしめる 卑猥な言動を繰り返す、卑猥な映像を見せる
カスタマーハラスメント (精神的暴力)	個人の尊厳や人格を態度、言動により傷つける。貶める行為。 根拠の無いクレームなどの行為。職員の心身の健康を脅かし、職場の生産性や士気に影響を及ぼす行為 例：個人に対する暴言、誹謗中傷、脅迫、恫喝、怒鳴る行為。威圧的な文言・態度で言葉を発する。非合理、理不尽なサービスの要求。
就労者のプライバシーに関する禁止事項	職員の写真、動画の撮影、無断での録音、SNS への投稿

※上記以外でも、継続が困難と判断された場合は契約解除とさせていただきます。

12 相談窓口・苦情対応

・サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当事業所窓口	電話 : 0467-46-7790 FAX : 0467-46-7792 担当 : 台高齢者相談支援センター 管理者
--------	--

・公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

鎌倉市	住所 : 鎌倉市御成町18-10 電話 : 0467-61-3947 担当 : 介護保険課
藤沢市 保健福祉部	住所 : 藤沢市朝日町1-1 電話 : 0466-50-3527 担当 : 介護保険課
横浜市栄区	住所 : 横浜市栄区桂町303-19 電話 : 045-894-8415 担当 : 高齢者支援担当
神奈川県国民健康保険 団体連合会	住所 : 横浜市西区楠町27-1 電話 : 045-329-3447 担当 : 介護サービス苦情処理委員会

令和 年 月 日

居宅介護支援の契約にあたり、上記により重要事項を説明し交付しました。

所在地 鎌倉市台 2-8-1

事業所名 社会福祉法人聖テレジア会

台高齢者相談支援センター

代表者名 松下 寛

説明者

令和 年 月 日

サービス契約にあたり上記のとおり説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

<利用者> 住 所

氏 名

<利用者の家族>

住 所

氏 名

<代理人（選任した場合）>

住 所

氏 名

個人情報の使用同意書

1. 使用の目的

事業者が介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービスなどを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合、また他事業所を利用する場合に使用する。

2. 使用の期間

本契約が締結されている期間に限る。職員は退職後も守秘義務を継続する。

3. 使用する範囲

居宅サービス計画に定められた事業所に限る。

4. 使用にあたっての条件

(1) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外に漏れることの無いよう細心の注意を払う。※(2)の使用期間は削除

(2) 第三者への提供

- ・ケアプランに記載されているサービス事業所、医療機関・歯科医師等への提供
- ・国民健康保険連合会へ介護報酬の請求のための提出
- ・コンピューター保守のためのデータ提供

5. 個人情報の内容

(1) 氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業者が居宅介護支援を行うために、最低限必要な利用者、家族個人に関する情報。

(2) 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）

6. その他

(1) 同意者以外の個人情報を使用する際には、都度、当該者の同意を得る。

(2) 当該事業所において、法定研修等における介護支援専門員等の実務研修の受け入れを行います。実務研修の際に知り得た利用者、及びその家族等の個人情報は正当な理由なく第三者に漏らすことの無いよう、実習生からも同意書を取る。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____

上記代理人 住所 _____

(選定した場合)

氏名 _____