

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

法 人 名	株式会社らいふアシスト
本 社 所 在 地	茨城県日立市水木町 2 - 2 0 - 1
電 話 番 号	0 2 9 4 - 5 3 - 9 8 0 0 (代表)
代 表 者 氏 名	代表取締役 吉 田 俊 介

2. 事業所概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及び事業実施地域

事 業 所 名	日立介護ステーション
所 在 地	茨城県日立市会瀬町 2 - 2 1 - 1 1
電 話 番 号	0 2 9 4 - 8 7 - 7 7 4 7
介護保険指定番号	0 8 7 0 2 0 0 0 1 1 号 (茨城県)
実 施 地 域	日立市、常陸太田市、高萩市、北茨城市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業日等

営 業 日	月曜日～金曜日まで
営 業 時 間	9 : 0 0 ～ 1 7 : 4 5
休 日	土日祝日、年末年始、夏季等特別休日
2 4 時 間 連 絡 体 制	上記営業日及び営業時間以外の緊急を要する場合には、下記の携帯電話で対応しております。 0 9 0 - 5 9 9 7 - 9 9 2 7

3. 職員体制及び業務内容

(1) 管理者

主任介護支援専門員の資格を持つ者を配置し、従業者の管理及び利用申込みに係る調整、業務実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

(2) 介護支援専門員

- ① サービス提供事業者との連絡調整
- ② サービス提供の管理
- ③ 必要に応じた居宅サービス計画（ケアプラン）と見直し
- ④ 要介護者及びその家族に対する情報提供及び、サービスに要する費用等の説明等

4. 運営の方針

- (1) 介護支援専門員は、お客様の心身の特性を踏まえて、お客様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み満足できるよう配慮します。
- (2) 介護支援専門員はお客様の選択に基づき、常にお客様の立場に立って、お客様に提供される指定居宅サービスが特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立を保ちます。
- (3) 地域連携及び介護支援専門の資質向上のため、事業者は、他法人が運営する指定居宅介護支援事業者、市町村等地域の介護支援専門員職能団体と共同で、事例検討会や研修会等を実施します。
- (4) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との綿密な連携を図り、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。

5. 虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 事業所は、お客様の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するため次の措置を講じていきます。
 - ① 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する。)を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る
 - ② 虐待防止のための指針の整備
 - ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施
 - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものと致します。

6. 衛生管理等

- (1) 事業所は、居宅介護支援等に使用する用備品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意していきます。
- (2) 事業所は、感染症の発生、又はまん延しないように必要な措置を講じていきます。
- (3) 事業所は、介護支援専門員等に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回の健康診断を受診させていきます。

7. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、サービス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を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていきます。

8. 身体拘束等の禁止

- (1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、お客様又は他のお客様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、身体的拘束等の行動を制限する行為を行わないようにします。

(2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のお客様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。

9. 介護保険認定の確認及び更新申請の支援

- (1) 指定居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに事業者にお知らせください。
- (2) お客様が要介護認定を受けていない場合は、お客様の意思を踏まえて、速やかに当該申請が行われるよう必要な支援を行います。
- (3) お客様が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前には、要介護認定の更新申請がなされるよう、必要な支援を行うものとします。

10. 利用料金等

(1) 利用料の負担について

要介護認定を受けられたお客様の居宅サービス計画の作成は、原則として介護保険法の規定による法定代理受領により利用料のすべてが市町村等から支払われた場合には、お客様の自己負担はありません。ただし、要介護認定申請中や保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合には、介護保険法令に基づいたご負担金をお支払いいただくことがあります。

お客様は、事業所が発行する「サービス提供証明書」（要介護認定申請中の方は認定等結果通知後に発行します）を_____市の担当窓口に提出した後、お支払いいただいたご負担金全額の払戻しを受けることができます。

(2) 支払方法

利用料金が発生した場合、事業者はお客様に対して毎月23日までに請求書をお送りし、当社指定引き落とし日に、お客様ご指定の口座からの口座引き落としにてお支払いいただきます。

【居宅介護支援費】

介護度	単位数（単位）
要介護1，2	1，086／月
要介護3，4，5	1，411／月

【加算】 以下の場合には加算料金をいただきます

項 目	内 容	単位数
初回加算	・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 ・要介護状態区分が２段階以上変更された場合	３００単位／月
入院時情報連携加算（Ⅰ）	入院した日の内に当該病院又は診療所に対して必要な情報を提供している場合	２５０単位／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	入院した日の翌日又は翌々日に当該病院又は診療所に対して必要な情報を提供している場合	２００単位／月
退院・退所加算	居宅において介護サービスを利用する場合に、お客様の退院・退所にあたり病院や施設の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（入院又は入所期間中につき３回を限度として加算）	カンファレンス参加有 ６００単位／月 ～９００単位／月 カンファレンス参加無 ４５０単位／月 ～６００単位／月
通院時情報連携加算	お客様が病院又は診療所において医師又は歯科医師等の診察を受けるときに同席し、医師又は歯科医師等に対してお客様の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行うとともに、医師又は歯科医師等からお客様の必要な情報提供を受けてサービス計画に記録した場合（１月に１回を限度）	５０単位／月
緊急時等居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等とともにお客様の居宅へ訪問してカンファレンスを行い、必要に応じて、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合	２００単位／月
ターミナルケアマネジメント加算	ターミナルケアを求めるお客様に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該お客様又はその家族の意向を把握した上で、２４時間連絡できる体制を確保しており、かつ、在宅にてご逝去されたお客様に対して、その死亡日及び死亡日前１４日以内に２日以上、お客様又はその家族の同意を得たうえで居宅を訪問し、主治医の助言を得つつ、状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに調整する。そこで把握した情報を記録し、医師等やサービス事業所へ提供した場合	４００単位／月
特定事業所加算	「利用者に関する情報又はサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（ひと月につき）	（Ⅰ）：５１９単位／月 （Ⅱ）：４２１単位／月 （Ⅲ）：３２３単位／月 （Ⅳ）：１１４単位／月

※料金は実施地域の「地域区分」により詳細が異なります

【地域単価】

当事業所が所在する日立市は「5級地」となります。

市町村名	地域等級	1単位あたりの単価
日立市	5級地	1単位＝10,700円

1 1. 当社の居宅介護支援の特徴等

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	○	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題把握）の方法	○	居宅サービス計画ガイドライン

1 2. 事故発生時の対応

- (1) お客様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には、速やかにお客様のご家族様及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) お客様に対する指定居宅介護支援の提供により賠償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 3. サービス内容に関する相談・苦情

当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情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、ご相談・苦情を承ります。

【日立介護ステーション】 電話：0294-87-7747

【日立南介護ステーション】 電話：0294-29-3733

(休日を除く9:00～17:45まで)

※上記時間以外の問い合わせ先

090-5997-9927

担当 _____ * ご不明な点は、何でもお尋ねください。

【苦情担当】

電話：0294-87-7747 (休日を除く9:00～17:45まで)

担当：居宅介護支援管理者 _____

【その他の苦情受付機関】

市町村名	担当課	電話番号
日 立 市	介護保険課	0 2 9 4－2 2－3 1 1 1
常 陸 太 田 市	高齢福祉課	0 2 9 4－7 2－3 1 1 1
高 萩 市	高齢福祉課	0 2 9 3－2 2－0 0 8 0
北 茨 城 市	高齢福祉課	0 2 9 3－4 3－1 1 1 1
茨城県国民健康保険団体連合会		0 2 9－3 0 1－1 5 6 5

1 4．第三者による評価の実施状況

実施状況	なし
実施した評価機関の名称	—
当該結果の開示状況	—

1 5．直近6ヶ月における居宅サービス計画書に位置付けた割合等

別紙「前6ヶ月間に作成したケアプランに位置付けた割合」にてご説明いたします。

契約締結及び重要事項説明確認書及び個人情報提供同意書

前記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が署名捺印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者に対して契約書及び説明書に基づき、重要事項を説明いたしました。

事業者名

【名称及び代表者】 株式会社らいふアシスト
代表取締役 吉 田 俊 介 印

【所在地】 茨城県日立市水木町2-20-1

【事業所名称】 日立介護ステーション

【所在地】 茨城県日立市会瀬町2-21-11

【説明者氏名】

私は、契約書及び説明書により、事業者から重要事項の説明を受けました。

私は、介護サービス計画書に記載された内容、及び事業者がサービスを提供するうえで知り得た情報について、サービスの提供を受けるために必要な限度で、事業者が契約者に関する情報を用いることに同意します。

契約者

【氏 名】 _____ 印

【住 所】

契約者の家族及び代筆者

【氏 名】 _____ 印

【住 所】

契約者との関係（

