

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業所名称 : 株式会社エンパイアー指定居宅介護支援事業所
事業所住所 : 札幌市東区東苗穂 5 条 2 丁目 7 番 14 号 539 ビル
電話番号 : 011-786-7474
事業者指定番号 : 0170206742
管理者 : ○○○○（原本には名前を記載）
サービス提供地域 : 札幌市全域、石狩市、北広島市、江別市、恵庭市

2. 営業時間

- ・平日 : 8:30~17:30
- ・休日 : 土曜日、日曜日、祝日、お盆、年末年始

3. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）サービスの内容

①居宅介護サービス計画の作成

- ・ご契約者のご家庭を訪問し、ご契約者的心身の状況および置かれている環境に応じて居宅介護サービスまたは、その他の必要な保健医療サービスや福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し、居宅サービス計画を作成します。

②居宅サービス計画作成後の便宜の提供

- ・ご契約者およびそのご家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ・居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③居宅サービス計画の変更

- ・ご契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

④介護保険施設等への紹介

- ・ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合は、介護保険施設等への紹介、その他の便宜の提供を行います。

⑤公正中立なケアマネジメントの確保

- ・居宅サービス計画は、ご契約者およびご家族等の選択を尊重し、自立を支援するために作成するため、介護支援専門員に対し、居宅サービス計画の作成にあたっては複数の指定居宅サービス事業所等の紹介を求めるすることができます。また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定理由の説明を求めるこ

とができます。

⑥障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

- ・障害福祉サービスを利用してきたご契約者が介護保険サービスを利用する場合等、障害福祉制度の相談支援専門員と密接に連携を図ります。

(2) サービス利用料金

①居宅介護支援については、介護報酬の告示上の額とし、原則として全額保険給付で、自己負担はありません。(法定代理受領)

②契約者の介護保険料の滞納などにより、保険給付が直接当事業者に支払われない場合には、下記費用の全額を負担して頂きます。なお、当事業所より発行する「サービス提供証明書」を居住されている区役所または、役所窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられることがあります(償還払い)。

③指定居宅介護支援に要する費用は、厚生労働省が定めた介護報酬単位に地域区分割合を乗じた金額となります。

(居宅介護支援費)

(ア) 介護支援専門員 1人当たりの取扱い人数が 45 未満の場合

- ・要介護 1～2 : 10,985 円
- ・要介護 3～5 : 14,273 円

(イ) 介護支援専門員 1人当たりの取扱い人数が 45 人以上 60 人未満の場合

- ・要介護 1～2 : 5,329 円
- ・要介護 3～5 : 6,912 円

(ウ) 介護支援専門員 1人当たりの取扱い人数が 60 人以上の場合

- ・要介護 1～2 : 3,195 円
- ・要介護 3～5 : 4,145 円

(エ) 加算を算定した場合

- ・初回加算 : 1月につき 3,063 円
- ・入院時情報連携加算 (I) : 1月につき 2,042 円
- ・入院時情報連携加算 (II) : 1月につき 1,021 円
- ・退院・退所加算 (I) イ : 4,594 円
- ・退院・退所加算 (I) ロ : 6,126 円
- ・退院・退所加算 (II) イ : 6,126 円
- ・退院・退所加算 (II) ロ : 7,657 円
- ・退院・退所加算 (III) : 9,189 円
- ・通院時情報連携加算 : 1月につき 510 円
- ・緊急時等居宅カンファレンス加算 : 1月に 2 回を限度に 2,042 円
- ・ターミナルケアマネジメント加算 : 4,084 円

※金額は介護保険改定により増減あり

4. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスの提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員をエンパイア一居宅介護支援事業所で決定致します。

(2) 介護支援専門員の交替

①事業者の都合により、介護支援専門員を交替

介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

②ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望される場合は、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換を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

③介護支援専門員・ご契約者それぞれのハラスメントによる交替

担当者からご契約者に対してのハラスメント（セクシャルハラスメント・パワーハラスメント等）やご契約者から担当者へのハラスメント（カスタマーハラスメント・クレーマーハラスメント等）が発覚した場合、事情や状況を確認した上で担当者交替や事業所の変更等の処置にて対応します。なお、その場合ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

5. その他の費用について

・ご契約者の居宅が通常の事業の実施区域外の場合、運営規定に従い、交通費の実費を請求いたします。

・区域内 : 事業所からの片道が、概ね 10 キロメートル未満 500 円

・区域外 : 事業所からの片道が、概ね 10 キロメートル以上 700 円

6. 当事業所のサービスの方針等

・地域における医療・福祉・介護が総合的に提供され、ご契約者がその人らしい在宅生活を送れるよう、一緒に考えます。

7. 秘密保持等

・事業者およびサービス従事者または従業員は、サービスを提供する上で知り得たご契約者その保証人等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。また、記録の保存期間は契約終了後 5 年間保管します。

8. 事故発生時の対応

・事業者、介護支援専門員または従業者が、居宅介護支援を提供する上で事故が発生した場合は、速やかにご契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

・事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止のための策を講じます。

- ・事業所に連絡するとともに、ご契約者の主治医または医療関係への連絡を行い、医師の指示に従います。

9. 苦情対応・相談窓口

- (1) サービスに関する苦情は、以下のように対応いたします。
- ・苦情があった場合は、ただちに連絡を取り、訪問等で詳しい事情を確認します。
 - ・早急に対応策を検討し、居宅サービス計画に修正等適切な対応を行い、ご契約者およびご家族への説明を行います。
 - ・苦情内容・対応方法等について記録を保管し、再発の防止に努めます。
 - ・苦情の内容が調査を必要としないと認められる場合は、ご契約者およびご家族の理解が得られるよう説明に努めます。

- (2) サービスに関する相談や苦情については、以下の窓口にご連絡下さい。

○当事業所の苦情等の相談窓口

電話番号 : 011-786-7474
F A X番号 : 011-786-7878
管理者 : ○○○○（原本には名前を記載）
苦情処理担当 : ○○○○（原本には名前を記載）
対応時間 : 8：30～17：30（平日）

○苦情の相談を受け付ける公的機関

北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課・苦情係
電話番号 : 011-231-5161
受付時間 : 8：30～17：30（平日）

10. 損害賠償責任

- ・ご契約者に対するサービスの提供にあたって事故が発生し、ご契約者または、そのご家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。

11. 緊急時等における対応方法

- (1) 訪問中にご契約者の症状に急変や緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとします。
- (2) 訪問中に天災、その他の災害が発生した場合は、担当者は必要により、ご契約者の避難等の措置を講じる他、管理者に連絡のうえ、指示に従います。

12. 職員の職種、員数及び職務内容

- ・この事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者 ○名（介護支援専門員と兼務⇒都度最新を記載）
・管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 介護支援専門員 ○名（常勤○名、管理者と兼務・常勤○名⇒都度最新を記載）

- ・介護支援専門員は、要介護者及び要支援者の依頼を受けて、居宅サービス計画を作成、指定居宅サービス事業者との連絡調整、必要時の介護保険施設への紹介、その他各種相談に対する助言等を行う。

(3) 事務職員 必要に応じて配置する。

- ・必要な事務を行う。

13. 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける各サービスの利用割合

- ・当事業所のケアプランの訪問介護、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以下のとおりである。

(1) 前6ヶ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。

- ・訪問介護 ○○%
- ・通所介護 ○○%
- ・地域密着型通所介護 ○○%
- ・福祉用具貸与 ○○%

(2) 前6ヶ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同一事業者によって提供された利用割合。

- ・訪問介護
 - ① ○○ヘルパーステーション⇒○○%
 - ② ○○サポート⇒○○%
 - ③ ○○訪問介護事業所⇒○○%
- ・通所介護
 - ① デイサービスセンター○○⇒○○%
 - ② ○○通所介護⇒○○%
 - ③ ○○デイサービス⇒○○%
- ・地域密着型通所介護
 - ① ○○デイ⇒○○%
 - ② ○○地域密着通所介護事業所⇒○○%
- ・福祉用具貸与
 - ① 福祉用具貸与事業所○○⇒○○%
 - ② ○○福祉用具貸与事業所⇒○○%
 - ③ 福祉用具の○○⇒○○%

※利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができる。

※原本には都度最新の割合・事業所名・パーセンテージを記載。

同 意 書

居宅介護支援サービスの提供にあたり、重要事項説明書に基づき、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 札幌市東区東苗穂 5 条 2 丁目 7 番 14 号 539 ビル
事業所名 株式会社エンパイア居宅介護支援事業所 印
指定番号 0170206742
管理者名 ○○○○ (原本には名前を記載)

説 明 者 _____

上記事業者の居宅介護支援サービスを利用するにあたり、別紙重要事項説明書を受領し、居宅介護支援のサービス内容および、重要事項の説明を受け、これらを十分理解した上で同意します。

令和 年 月 日

契約者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

家 族 住 所 _____
氏 名 _____ 印

※2 部作成し利用者・事業所双方で保管。