

さしま 居宅介護支援事業所 重要事項説明書

令和6年4月1日改訂

<令和 年 月 日現在>

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 048-290-5051 (月～金曜日 8:30～17:30)

f a x 048 290-5052

担 当 主任介護支援専門員 高野 いづみ /管理責任者 高野 いづみ

ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	さしま 居宅介護支援事業所
所在地	埼玉県川口市差間323
事業所の指定番号	居宅介護支援事業 (第1170208027 号)
サービスを提供する実施地域	川口市

(2) 事業所の職員体制

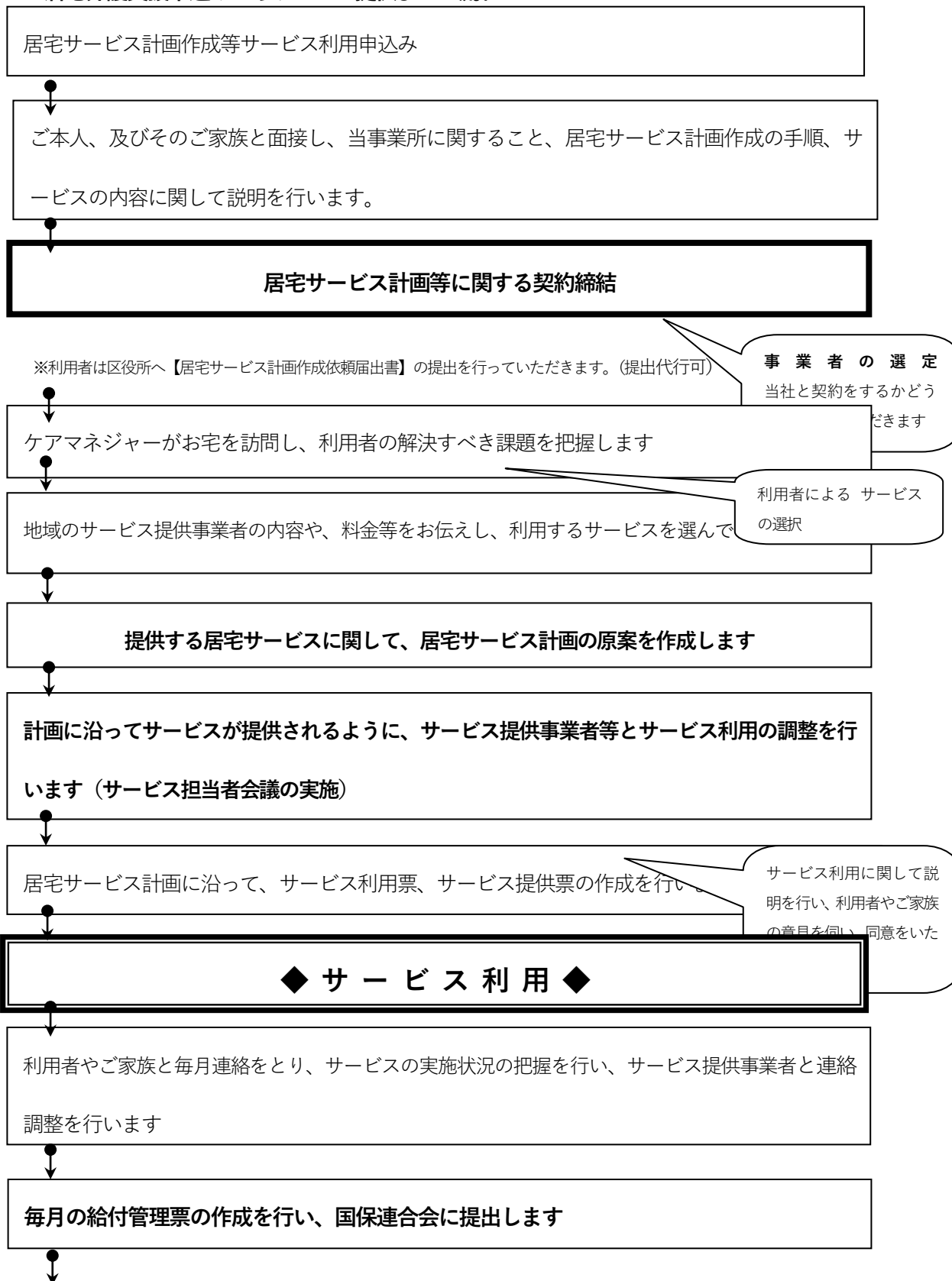
管理者・介護支援専門員 3名

(3) 営業時間

月～金曜日 午前8時30時から午後5時30分まで

※ (土曜・日曜 年末年始休業)

3. 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ



利用者の状態について、定期的な再評価を行います。また、提供されるサービスの実施状況の把握を行います。



居宅サービス計画の変更を希望される場合、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行います。

4. 利用料金

(1) ケアプラン作成料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として無料です。

ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日保険者の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

「地域区分別1単位の単価（5級地）10.70円」

要介護度	利用料金（1割負担）
①要介護 1・2（1,086単位）	11,620円
②要介護 3～5（1,398単位）	15,097円

(2) 加算 要件を満たす場合に、基本料金に以下の料金が加算されます

「地域区分別1単位の単価（5級地）10.70円」

加算の種類	要件	利用料
初回加算	新規に居宅サービス計画を作成した場合	1ヶ月につき 3,120円
入院時情報 連携加算Ⅰ	介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、病院などの職員に対して必要な情報を提供した場合	1ヶ月につき 2,675円
入院時情報	介護支援専門員が病院又は診療所に訪問以外の方法により病院	1ヶ月につき

連携加算Ⅱ	などの職員に対して必要な情報を提供した場合	2,675円
退院・退所加算	病院などに入院、入所していた利用者の退院、退所に当たって病院などの職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスなどの利用に関する調整を行った場合	
退院・退所加算（Ⅰ） イ	病院などの職員から情報収集を1回行っている場合	1回につき 4,815円

5 交通費

ア 前記2の（1）のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

6 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

7 サービス内容に関する苦情

（1）当事業所の相談・苦情窓口

☆ 当センターご利用者相談・苦情担当窓口 ☆
電話 048-290-5051 担当者：高野いづみ
午前 8：30～午後5：30
（12/29～1/3は休業とさせていただきます）

（2）その他の窓口 当事業所以外に区市町村の窓口等に苦情を伝えることができます

川口市役所	介護保険課	電話 048-259-7293
蕨市役所	介護保険課	電話 048-433-7835
草加市役所	長寿介護福祉課	電話 048-922-2862
さいたま市緑区役所	高齢介護課	電話 048-712-1177

さいたま市南区役所 高齢介護課	電話	048-844-7178
さいたま市岩槻区役所高齢介護課	電話	048-790-0169
さいたま市浦和区役所高齢介護課	電話	048-829-6152
埼玉県国民健康保険団体連合会	電話	048-824-2568

8 緊急時の対応

従業者は現に指定居宅介護などの提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

9 個人情報の保護に関する事項

- 1 事業者は、利用者およびその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- 2 事業所が得た利用者およびその家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、第三者への情報提供についてはあらかじめ利用者及びその家族の了解を得ます。
- 3 従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。
- 4 従業者であった者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従業者から徹する誓約書の内容に含むものとします。

10 身元引受人

- 1 利用者は、身元引受人を定めるものとします。
- 2 本契約書に身元引受人として記名または署名押印した者は、利用者が本契約に基づいて追う責務を連帯して履行する責任を負います。

- 3 利用者は、身元引受人を代理人として本契約を締結させ、本契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

1 1 事故発生時の対応方法

- 1 事業者は、本契約に基づく利用者に対して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市町村、利用者の家族などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。
- 2 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。

1 2 公正・中立なケアマネジメントの確保（別紙参照）

- 1 前6か月間に作成した当事業所のケアプランの総数のうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具の各事業所においてケアプランの占める割合を別紙に提示します。
- 2 前6か月間に作成したケアプランに位置付けられた、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ごとの回数のうち、同一事業者によって提供されたものの割合を別紙に提示します。

1 3 介護現場におけるハラスメントの防止に関する規定

- ・事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に取り組みます。

1. 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

(1)身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

(2)個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為

※上記は当該法人職員、取引先事業所の方、ご利用者及びその家族が対象となります。

2. ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどをもとに即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しないための再発防止策を検討します
3. 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
4. ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、サービス利用中止、契約の解約などの措置を講じます。

1 4 業務継続に向けた取り組みの強化について

1. 非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
2. 職員に対し、業務継続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を実施します。
3. 定期的に業務継続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。

1 5 感染症予防及びまん延防止のための措置

1. 介護支援専門員の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います
2. 事業所の設備及び備品類について、衛生的な管理に努めます
3. 事業所における感染症などの予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を年に 1 回開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。
4. 事業所における感染症などの予防及びまん延防止のための指針を整備します
5. 職員に対し、感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

私は、本書面により事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受け、同意しました。

利用者との続柄

個人情報の提供に関する同意書

私（および私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

- （１） 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅サービス計画に沿った円滑なサービス提供に必要と認められた場合。（サービス担当者会議・介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整）
- （２） 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が医療上緊急の必要性があった時に、医療関係者等に心身状況などの情報を提供すること、並びにそれに不随して家族の個人情報を用いて説明する場合。（救急の場合は、搬送機関への説明も含む）
- （３） サービスの質の向上を目的とした、評価機関によるサービス事業者の審査のための情報提供の場合。
- （４） 実習（研修）を受け入れる場合。

以上

令和 年 月 日

株式会社 ヴォルフアート さしま 居宅介護支援事業所 殿

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印 （利用者との続柄 ）

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

別紙

《居宅介護支援 サービス利用割合 説明書》

- ① 前6か月間に作成した当事業所のケアプランの総数のうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具の各事業所においてケアプランの占める割合

訪問介護	22%
通所介護	32%
地域密着型通所介護	7%
福祉用具貸与	37%

- ② 前6か月間に作成したケアプランに位置付けられた、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ごとの回数のうち、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	ケアリッツ東川口 30%	ケアリッツ鳩ヶ谷 21%	アイビー訪問 9%
通所介護	デイサービスさしま 32%	デイサービスかみね 18%	ジョイリハ柳崎 15%
地域密着型通所介護	桜さんち 6%	ビューアル紅葉寮 6%	休スマイル 3%
福祉用具貸与	ラック川口 47%	かんきょう埼玉 14%	フロンティア 8%

- ③ 判定期間（令和 年度）

☐ 前期（3月1日から8月末日） ☐ 後期（9月1日から2月末日）

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業所から居宅介護支援の提供に際して上記の内容について説明を受け、同意しました。

ご利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

署名代筆者 住所 _____
氏名 _____ 印