

## 指定居宅介護支援に関する重要事項説明書

指定居宅介護支援の提供開始（変更）にあたり、契約書第1条2項に定める指定居宅介護支援のサービス（以下「居宅介護支援サービス」といいます。）の内容に関する重要事項を以下のとおり説明します。

### 1 法人・事業者の理念

「くらしに笑顔と安心を」

当法人は、1986年にホームヘルプ事業を開始して以来、京都市全域で幅広く福祉サービスを展開しており、実績も豊かです。法人理念『くらしに笑顔と安心を』のもと、ご利用者の自立を支援できるように「迅速」、「的確」、「柔軟」、「誠実」なサービスの提供を心がけております。

### 2 事業所の概要

|            |   |
|------------|---|
| 事業所の名称     | 社会福祉法人京都福祉サービス協会小川ケアマネステーション            |
| 介護保険指定番号   | 居宅介護支援事業所 2670200316                    |
| 所在地        | 〒602-0951<br>京都市上京区小川通今出川下る西入東今町375番地   |
| 連絡先        | 電話番号 075-415-8865<br>FAX番号 075-415-8852 |
| 通常の事業の実施地域 | 上京区                                     |

当法人は、市内に多数の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所、施設を有し、事業を実施しています。上記の実施地域以外の方もお気軽にご相談ください。

### 3 事業所の職員体制

| 職種      | 職務内容                        | 勤務体制                |
|---------|-----------------------------|---------------------|
| 管理者     | 介護支援専門員等の管理、利用の申込にかかる調整等    | 1名                  |
| 介護支援専門員 | 介護保険制度に関する相談受付、居宅サービス計画の作成等 | 7名以上<br>(内1名、管理者兼務) |
| 事務員     | 介護支援専門員の補助業務                | 0名                  |

### 4 職員研修体制

当法人では、職員の資質向上のため以下の研修を計画的に実施し、質の高い居宅介護支援サービスの提供に努めています。

<研修の内容>

職業倫理、人権擁護、虐待防止、アセスメント（ご利用者のサービスの希望及び解決すべき課題の把握）、居宅サービス計画作成、モニタリング（居宅サービス計画の実施状況とご利用者の実態の把握）、技術、対人援助技術、苦情クレーム対応、疾病の理解及び外部研修への参加。

|                     |  |        |
|---------------------|--|--------|
| 入院時情報<br>連携加算(Ⅱ)    | ご利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員にご利用者にかかる必要な情報を提供した場合に対象になります。   | 2,140円 |
| 退院退所加算(Ⅰ)イ          | ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報をカンファレンス以外の方法により1回受けている場合に対象になります。   | 4,815円 |
| 退院退所加算(Ⅰ)ロ          | ご利用者の退院又は退所に当たり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報をカンファレンスにより1回受けている場合に対象になります。(※)   | 6,420円 |
| 退院退所加算(Ⅱ)イ          | ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報をカンファレンス以外の方法により2回以上受けている場合に対象になります。   | 6,420円 |
| 退院退所加算(Ⅱ)ロ          | ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによる場合に対象になります。(※)  | 8,025円 |
| 退院退所加算(Ⅲ)           | ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによる場合に対象になります。(※)  | 9,630円 |
| 緊急時等居宅<br>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居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要なサービスの利用調整を行った場合に対象になります。  | 2,140円 |
| ターミナルケアマネ<br>ジメント加算 | 在宅で死亡したご利用者に対して、終末期の医療やケアに関するご利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、ご利用者又はその家族の同意を得て、ご利用者の居宅を訪問し、ご利用者の心身の状態等を把握し、主治医や居宅サービス事業者へ情報提供した場合に対象になります。 | 4,280円 |
| 通院時情報連携加算           | ご利用者の同意を得た上で医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師にご利用者の心身の状況や生活環境の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師からご利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に対象になります。                     | 535円/月 |

(※) 退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加することが要件になります。

## (2) その他の料金

- 居宅介護支援サービス提供の記録の複写物1枚につき白黒10円、カラー50円をいただきます。
- 事業所の概要に記載している通常の事業の実施地域を超えて事業を実施する場合に要した交通費は、京都市域に居住するご利用者を除き、実施地域を超えた地点からの実費をいただきます。

## 10 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を定めています。虐待防止に関する責任者：施設長
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) 居宅介護支援サービスの提供中に、職員又は養護者（現に養護している家族、親族、同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 11 身体的拘束等の禁止について

- (1) 当事業所は、ご利用者又は他のご利用者等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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」といいます。）を行いません。
- (2) 当事業所は、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

## 12 居宅介護支援サービスの内容に関する相談・苦情

居宅介護支援サービスの内容に関するご相談や苦情等は、担当の介護支援専門員又は管理者にご遠慮なくご相談ください。迅速かつ適切に対応いたします。ご利用者にとって不利な取扱いとなることはいたしません。

（文書や電話等でお受けします。）

また、当法人では、中立的・客観的な立場から、助言又は解決案の調整を行うことを目的に「苦情解決のための第三者委員会」を設置しています。当事者間での解決が難しい場合や、第三者委員会からの助言を必要とされるときは、下記宛にお申し出ください。

### (1) 事業所の管理者

[指定居宅介護支援事業所電話番号] 075-415-8865

[受付時間] 午前8時30分から午後5時30分まで

### (2) 苦情解決のための第三者委員会 相談窓口

[電話番号] 080-6227-7828

[受付時間] 午前10時から正午まで、午後1時から4時まで

（土・日曜日、祝休日及び12月29日から1月3日までを除きます。）

※ 電話にできない場合は、留守番電話に切り替わります。ご用件、お名前、電話番号をご伝言いただければ、後ほど委員よりご連絡申し上げます。

### (3) 文書等の郵送先及び苦情解決のための第三者委員会についての問合せ先

〒604-8872

京都市中京区壬生御所ノ内町39番5

社会福祉法人京都福祉サービス協会 苦情解決のための第三者委員会（事務局：経営企画室総務部）

[電話番号] 075-406-6335 [FAX番号] 050-3153-1502

年 月 日

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面を交付の上、重要な事項を説明し、居宅介護支援サービスの提供開始に同意を得ました。

## 事業者

<事業者名> 社会福祉法人 京都福祉サービス協会

<所在地> 京都市中京区壬生御所ノ内町39番5

<代表者名> 理事長 宮路 博

<説明者名> 介護支援専門員

私は、事業者からサービスについての本書面の交付及び重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

ご利用者は、身体状況等により署名できないため、ご利用者本人の意思を確認の上、私が代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

( 本人との関係: )

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

( 成年後見人 ・ 任意後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人 )