

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	株式会社 ブレイスワン
法人 所在地	埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目708 渋谷ビル2階
法人種別	株式会社
代表者 氏名	及川 和昭
電話番号	048-640-2200

2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、その置かれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携および連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じ実施状況の把握に努めます。

3. 事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	愛ステップ北大宮
所在地	さいたま市大宮区土手町3丁目103-2 土手町ビルA棟4階
介護保険指定番号	1176522033
サービス提供地域	さいたま市

(2) 当法人のあわせて実施する事業

種類	事業者名	事業者指定番号
訪問介護	愛ステップ大宮	1176508503
訪問看護	愛ステップ大宮訪問看護ステーション	1166590897
居宅介護支援	愛ステップ大宮	1176514311
居宅介護支援	愛ステップ新都心	1176520680

(3) 職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者	常勤	事業所の運営および業務全般の管理	1人
主任介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	1以上
介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	0以上

(4) 勤務体制

平日 (月)～(金)	午前9:00～午後6:00 原則として、土・日・祝および年末年始を除く
緊急連絡先	担当介護支援専門員の緊急連絡先にて24時間体制にて受付

(5) 居宅介護支援サービスの内容

アセスメント	利用者宅を訪問し、利用者の心身の状況や生活環境などを把握し、課題を分析します。
サービス調整	アセスメントの結果を踏まえ、利用する介護サービス事業者等へ連絡調整を行います。
ケアプラン作成	アセスメント結果に基づき、支援の方針や解決すべき課題、提供される介護サービスの目標と内容をまとめ、介護サービス等を利用するためのケアプランを作成します。
サービス担当者会議	介護サービス事業者等が集まり、利用者に関する情報を共有し、ケアプランの内容について専門的な見地からの意見を出し、話し合います。
モニタリング	1か月に1回は利用者と面接を行い、利用者の心身の状態やケアプランの利用状況について確認します。
給付管理	ケアプランの内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。
要介護認定の申請に係る援助	利用者の要介護認定の更新申請や状態変化に伴う区分変更申請を円滑に行えるよう援助します。

介護保険と関係のない公共機関・金融機関への手続き代行、金銭管理、日用品の買い物等は居宅介護支援の業務外となりますので、有償サービス等のご紹介をさせていただきます。

(6) 利用料金及び居宅介護支援費

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

ただし保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は厚生労働大臣が定める基準により算出した居宅介護支援費と初回加算分の金額をいただき、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居住地の市町村窓口へ提出すると全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費(Ⅰ)	介護支援専門員 1 人あたりの 担当件数が 1～44 件	要介護 1・2	12,000 円
		要介護 3・4・5	15,591 円
居宅介護支援費(Ⅱ)	介護支援専門員 1 人あたりの 担当件数が 45～59 件	要介護 1・2	6,011 円
		要介護 3・4・5	7,779 円
居宅介護支援費(Ⅲ)	介護支援専門員 1 人あたりの 担当件数が 60 件以上	要介護 1・2	3,602 円
		要介護 3・4・5	4,663 円

(7) 利用料金及び居宅介護支援費[減算]

特定事業所集中減算	正当な理由なく特定の事業所に 80% 以上集中等 (指定訪問介護・指定通所介護・指定地域密着型通所介護・指定福祉用具貸与)	1 月につき 2,210 円減算
運営基準減算	適正な居宅介護支援が提供できていない場合 運営基準減算が 2 月以上継続している場合算定できない	基本単位数の 50%に減算

(8) 利用料金及び居宅介護支援費[加算]

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に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が 2 区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合	3,315 円
通院時情報連携加算	利用者が診察を受ける際に同席し、必要な情報提供を行い、医師等から情報提供を受けた場合	557 円
入院時情報連携加算(Ⅰ)	利用者が入院した日のうちに、医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合	2,762 円
入院時情報連携加算(Ⅱ)	利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合	2,210 円

退院・退所加算（Ⅰ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けている場合	4,972 円
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けている場合	6,630 円
退院・退所加算（Ⅱ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回受けている場合	6,630 円
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによる場合	8,287 円
退院・退所加算（Ⅲ）	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回がカンファレンスによる場合	9,945 円
特定事業所加算（Ⅰ）		5,734 円
特定事業所加算（Ⅱ）	質の高いケアマネジメントを実施している事業所を積極的に評価する観点から、人材の確保やサービス提供に関する定期的な会議を実施しているなど、事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合する場合	4,652 円
特定事業所加算（Ⅲ）		3,569 円
特定事業所加算（A）		1,259 円
特定事業所 医療介護連携加算	特定事業所（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）を算定している等、厚生労働大臣が定める基準に適合する場合	1,381 円
ターミナル ケアマネジメント加算	終末期と診断され、在宅で死亡した利用者に対して死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者を提供した場合	4,420 円
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職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合	2,210 円

（9）その他

居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

（10）交通費

前記 3.（1）の通常の「実施地域」にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費をいただきます。

4. 虐待防止のための措置

(1) 事業者は利用者の尊厳を守るという基本的な考えのもと、虐待は決して行いません。また、身体拘束は緊急やむを得ない場合を除き、原則として行いません。

事業者は利用者の人格を尊重する視点に立ってサービス提供に努めます。また、虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、利用者が虐待を受けている恐れがある場合には、ただちに防止策を講じて市区町村に報告します。

(2) 事業者は虐待防止のための指針を整備するとともに、利用者の権利擁護、サービスの適正化に向けた定期的な職員研修等を実施するものとします。

(3) 事業者は前項の措置を適切に実施するために、虐待防止検討委員会を設置します。委員会は概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底します。

(4) 事業者が身体拘束を緊急やむを得ず実施する場合は、次の3つの要件を満たした時とし、実施した場合は速やかに身体拘束を解除できるように努めるとともに適切な記録を行います。

①切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い。

②非代替性：身体拘束その他の行動制限の他に代わる対応方法がない。

③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである。

5. ハラスメント対策の強化

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向けて取り組みます。

(1) 事業所内外において行われる優先的な関係を背景とした言動、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（及ぼしそうになる）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、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応します。

また、再発防止会議等により、同様案件が発生しないよう再発防止策を検討します。

(3) 職員に対して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、定期的に職員による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) ハラスメントと判断をされた場合には、その行為者に対して関係機関への連絡・相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約を解約する等の措置を講じます。

6. 感染症対策の強化

事業所において感染症等が発生、又はまん延しないよう次に掲げる措置を講じます。

1. 職員の清潔保持、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等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等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、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等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、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

7. 業務継続に向けた取り組みの強化

(1) 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施し、非常時においても早期の業務再開が行えるよう計画（業務継続計画）を策定します。また、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 職員に対して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。

8. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

(1) 事業所相談窓口

相談窓口	愛ステップ北大宮
担当者	中村 謙志
電話番号	048-788-4128
対応時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情申出者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。

(4) 外部苦情相談窓口

さいたま市役所 介護保険担当課	所在地 電話番号	さいたま市浦和区常盤6-4-4 048-829-1264
さいたま市西区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市西区西大宮3-4-2 048-620-2668
さいたま市北区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市北区宮原町1-852-1 048-669-6068
さいたま市大宮区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市大宮区吉敷町1-124-1 048-646-3068
さいたま市見沼区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市見沼区堀崎町12-36 048-681-6068
さいたま市中央区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市中央区下落合5-7-10 048-840-6068
さいたま市桜区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市桜区道場4-3-1 048-856-6178
さいたま市浦和区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市浦和区常盤6-4-4 048-829-6153
さいたま市南区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市南区别所7-20-1 048-844-7178
さいたま市緑区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市緑区中尾975-1 048-712-1178
さいたま市岩槻区役所 高齢介護課	所在地 電話番号	さいたま市岩槻区本町3-2-5 048-790-0169
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号	さいたま市中央区下落合1704 048-824-2568

9. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関わらず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合は、下記のとおりに対応を致します。

①事故発生時の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、速やかに市町村（保険者）に報告します。

②処理経過及び再発防止策の報告

①の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険者）に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

10. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

11. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ①利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、担当の介護支援専門員の名刺を貼り付ける等の対応をお願いいたします。
- ②また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

12. 秘密の保持

- ①事業者がサービス提供する上で知り得た利用者および家族の個人情報、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ②事業者は、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる際は、あらかじめ利用者、またはその家族から文書で同意を得ます。

13. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- ①利用者自身がサービスを選択することを基本として支援し、サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。
 - ・指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
 - ・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
 - ・居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。
- ②終末期と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。
その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた

居宅サービス事業者へ提供することで、その時々の状態に即したサービス内容の調整等を行います。

1 4. 従業員訪問時のお願い

- (1) 従業員の訪問時には喫煙・飲酒はお控えください。
- (2) 従業員に対する心付け（飲食物、現物、金銭の提供など）はお控えください。
- (3) ペットはケージに入れる、リードにつなぐ、別室に移動する等の対応をしてください。
- (4) 社会通念上、従業員が身の危険や苦痛を感じる可能性のある以下のような事柄が発生した際は、利用契約の解除等の措置を講じます。

身体的、精神的な暴力	物を投げつける、刃物に向ける、服を引きちぎる、手を払いのける、怒鳴る、大声、人格否定、部屋の出入り口に立ち続けるなど
セクシャルハラスメント	従業員の体を触る、手を握る、腕を引っ張る、抱きしめる、必要以上に距離を詰める、卑猥な写真や動画を片付けない、または見せつける、性的な発言など
不当な要求	飲食物や金品等を持ち帰ることの強要、不要なケアの強要、謝罪の強要、利用料金の値下げ要求など

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。
この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 株式会社ブレイスワン【事業所名：愛ステップ北大宮】

代表取締役 及川 和昭

所在地 さいたま市大宮区土手町3丁目103-2 土手町ビルA棟4階

説明者

職名 介護支援専門員

氏名

印

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人

住所 _____

氏名 _____ 印