

## 福井厚生病院介護保険相談センター 重要事項説明書

あなたに対する居宅介護支援（介護予防支援）サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

|        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| 事業者名   | 医療法人 厚生会                         |
| 事業者所在地 | 福井県福井市下六条町201番地                  |
| 代表者名   | 理事長 林 譲也                         |
| 電話番号   | 電話 0776-41-3377 FAX 0776-41-3372 |

### 2. 事業の目的等

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的等 | 介護保険法の理念に基づき、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適切な居宅介護支援（介護予防支援）サービスを提供することを目的とします。                                                                                                                                                                                                                       |
| 事業運営方針 | <p>利用者が要介護（要支援）状態等になった場合、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう努めます。</p> <p>利用者の心身の状況・おかれている環境に応じ、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者の連携により効果的に提供されるよう努めます。</p> <p>利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類、特定の事業者に偏ることのないよう公正中立に努めます。</p> <p>事業の運営に当たっては、福井市及び地域包括支援センター、関係機関等との連携に努めます。</p> |

### 3. サービス提供事業所

|          |                                                   |
|----------|---------------------------------------------------|
| 特定番号     | 1870100615                                        |
| 事業所名称    | 福井厚生病院介護保険相談センター                                  |
| 事業所所在地   | 福井県福井市下六条町217番地                                   |
| 受付電話番号   | 電話 0776-41-8020 FAX 0776-41-4117                  |
| 事業実施地域   | 福井市・鯖江市                                           |
| 営業日      | 月曜日から金曜日（国民の祝日、12/29～1/3を除く）<br>但し、必要時には個々に対応します。 |
| 営業時間     | 午前8時30分～午後5時15分                                   |
| 24時間連絡体制 | 必要に応じて利用者様の相談に対応します。                              |

#### 4. 居宅介護支援（介護予防支援）の概要

| サービスの種類                      | 内容・標準的な手順                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居宅サービス計画<br>(介護予防<br>サービス計画) | <p>介護支援専門員は、</p> <p>利用者宅を訪問し、利用者及び家族等に面接します。</p> <p>適切な方法により、解決すべき課題を把握します。</p> <p>地域におけるサービス提供体制を勘案し、サービスの目標及びその達成時期、サービスの留意点を記載した計画原案を作成します。</p> <p>医療サービス希望の場合は、主治医等の意見を求めます。</p> <p>被保険者証に認定審査会意見等の記載がある場合は、利用者の理解を得てその内容に沿います。</p> <p>サービス担当者会議開催・照会等により、原案について各専門的見地からの意見を求めます。</p> <p>サービスの種類・内容・利用料について、利用者又は家族等に対し、説明文章による利用者の同意を得たうえで総合的・効果的な計画を作成します。</p> <p>利用者及びその家族等、サービス提供事業者等へ継続的に連絡・連携を行います。</p> <p>必要に応じ、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の変更、サービス提供事業者等との連絡調整、情報提供を行います。</p> <p>利用者やその家族等に対して複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。</p> <p>前6月間に当事業所において作成された居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の総数の内に訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の数が占める割合及び前6月間の当事業所において作成された居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に位置づけられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合について別紙にて説明します。</p> |
| 介護保険施設への<br>紹介等              | <p>介護支援専門員は、</p> <p>利用者が、自宅において日常生活を営むことが困難、又は介護保険施設への入院・入所を希望する場合は、介護保険施設等への紹介、その他の情報を提供します。</p> <p>利用者が、介護保険施設等から退院又は退所しようとする場合は、自宅での生活が円滑に移行できるよう計画作成等の援助を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 5. 事業所の職員体制

| 従業者の職種            | 人数   |
|-------------------|------|
| 管理者               | 1人   |
| 主任介護支援専門員・介護支援専門員 | 5人以上 |

## 6. 利用料及びその他の費用

### (1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、一ヶ月につき要介護度等に応じて下記の料金をいただき、当事業所より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お住まいの役所の窓口に提出しますと全額払い戻しを受けられます。

《1単位10,21円で算定》

| 居宅介護支援費・介護予防支援費 (1割負担の場合 1月につき) |         |                  |         |
|---------------------------------|---------|------------------|---------|
| 要介護1・2                          | 11,088円 | 要介護3・4・5         | 14,406円 |
| 要支援1・2                          | 4,819円  |                  |         |
| 加                               |         | 算                |         |
| 特定事業所加算Ⅱ                        | 4,298円  | 退院・退所加算(Ⅰ)イ      | 4,594円  |
| 初回加算                            | 3,063円  | 退院・退所加算(Ⅰ)ロ      | 6,126円  |
| 入院時情報連携加算Ⅰ                      | 2,552円  | 退院・退所加算(Ⅱ)イ      | 6,126円  |
| 入院時情報連携加算Ⅱ                      | 2,042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                       |         |                  | 510円    |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 (月2回を限度)        |         |                  | 2,042円  |
| ターミナルケアマネジメント加算                 |         |                  | 4,084円  |
| 介護職員等処遇改善加算                     |         | 所定単位に2.1%を乗じた単位数 |         |
| 同一敷地内建物等減算                      |         | 所定単位の95%         |         |

\*介護報酬額の告示上の額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額

### (2) 交通費

無料

### (3) 申請費用負担

申請代行に必要となる経費等については実費をいただきます。

### (4) サービスの開始及び解約について

当事業所は、契約書及び重要事項説明書の同意をもってサービスを開始し、利用者・利用者代理人の意志でいつでもサービス提供の中止、又は解約をすることができます。なお、解約費用は一切かかりません。

尚、次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設に入所した場合等
- ②利用者が死亡した場合
- ③やむを得ない事情により当事業所を閉鎖する場合

### (5) 事業者からの契約解除

当事業所は、利用者又はその家族等が以下の事項に該当する場合は本契約を解除することが出来ます。

- ①居宅介護支援(介護予防支援)の実施に際し、契約者が利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は事実とは違う情報の告知や感染症等虚偽の申告等、不実の告知等を行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事象を生じさせた場合。
- ②利用者又はその家族等が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為(介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力(たたく等)及び精神的暴力(大声を発する、怒鳴る等)並びにセクシャルハラスメント

(必要もなく手や腕をさわる等の行為、ストーカー行為等のハラスメント行為を含む) を行い、(申し入れ後も) その状態が改善されない場合。

## 7. 苦情申立て窓口

| 窓 口                      | 方 法                                                                 | 申立て時間帯                        |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 福井厚生病院<br>介護保険相談センター     | TEL 0776-41-8020<br>e-mail<br>himawari@koseikaigrop.jp<br>面接 事業所相談室 | 平日：8時30分～17時15分<br>担当者：管理者 若杉 |
| 福井県国民健康保険団体連合会           | TEL 0776-57-1614                                                    | 平日：8時30分～17時15分               |
| 福井市役所介護保険課<br>(居宅介護支援)   | TEL 0776-20-5715                                                    | 平日：8時30分～17時15分               |
| 福井市地域包括ケア推進課<br>(介護予防支援) | TEL 0776-20-5400                                                    | 平日：8時30分～17時15分               |
| 鯖江市役所長寿福祉課               | TEL 0778-53-2218                                                    | 平日：8時30分～17時15分               |
| 福井県運営適正化委員会              | TEL 0776-24-2347                                                    | 平日：9時00分～17時00分               |

虐待防止窓口・・・各地域包括支援センター（お住まいの地区担当）

福井厚生病院介護保険相談センターに対するご相談・苦情、及び提供しているサービス内容についての相談・苦情を承ります。

### (1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ①介護支援専門員が関係当事者と連絡を取り、直接訪問する等して状況の把握に努めます。
- ②事業所が必要ありと判断した場合は、管理者を含め検討会議を行います。
- ③検討の結果は速やかに利用者・市町に報告します。
- ④記録を台帳に記載し、再発防止に努めます。

### (2) 苦情があった居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）に対する対応方針

居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）に対し、苦情の状況等を確認するとともに改善のための方策について協議し、利用者の理解を得るものとします。

### (3) その他参考事項

- ①利用者が苦情申立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取扱いを受けることはありません。
- ②居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）に対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対する必要な援助を行います。

## 8. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

### (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |        |
|-------------|--------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 若杉 |
|-------------|--------|

### (2) 成年後見制度の利用を支援します。

### (3) 各地域包括支援センター、各市町担当課、虐待防止ネットワークとの連携をはかり対応します。

### (4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及する為の研修を実施します。

## 9. 秘密保守及び個人情報の保護

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は居宅介護支援（介護予防支援）を提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この情報を保守する義務は、契約終了時後も継続します。また、事業者は事業者の使用する

者が、職員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を、職員との雇用契約に含め遵守させます。

(2) 事業者は、利用者及びその家族等に関する情報が含まれる記録物について、その完結の日から会計に関する諸記録、居宅サービス計画書（介護予防サービス計画書）及び提供したサービス内容の諸記録は5年間、それ以外の諸記録は2年間保管し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

(3) 当事業所は、以下に掲げる理由に限り、利用者及びその家族等に関する情報を第三者に提供します。

- ①介護認定調査及び居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の内容について、関係する都道府県・市町村等機関及びその委託を受けた機関が情報提供や報告を求めた場合。
- ②主治医等が居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の内容について情報提供を求めた場合。
- ③居宅介護支援（介護予防支援）事業者・地域包括支援センター・居宅サービス事業者（介護予防サービス事業者）・介護保険施設等の関係人が、サービス担当者会議等によりサービス提供上の情報を用いる必要がある場合。
- ④高齢者虐待防止法に基づき、高齢者虐待事例についての関係機関への情報提供など、高齢者の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合。
- ⑤災害時において、生命・身体の保護の必要な場合。

#### 10. 事故発生時の対応

居宅介護支援（介護予防支援）に関わるサービス提供中に事故が発生した場合、速やかに利用者の家族等、市町等に連絡を行うとともに必要な措置を行います。又、事故の原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所は、支援提供時の事故に備えて、損害保険制度に加入しています。事業者又は従業員の責に帰すべき事由により、利用者又はその家族等に損害を及ぼした場合は、その損害を前記損害保険制度が認定する範囲内で賠償します。利用者又は利用者代理人に故意又は過失が認められる場合には、損害賠償責任を減じることがあります。

#### 11. 緊急時等における対応方法

居宅介護支援（介護予防支援）に関わるサービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

#### 12. 入院時の情報提供

医療機関との連携を円滑に行うために、入院時には担当介護支援専門員の氏名・事業所名・連絡先を入院先医療機関にお知らせ頂きます様、お願い致します。

#### 13. 非常時災害対策

管理者は、別に定める「福井厚生病院消防計画」に基づき、非常災害対策を行います。また、定期的に事業所内で災害に対する研修及び訓練を行います。

#### 14. 感染対策

感染拡大予防の観点から、利用者又はその家族等に対し、感染対策への協力をお願いする場合があります。尚、感染予防の為、お茶やお菓子などの飲食は控えさせていただきます。

|                 |         |                 |  |      |                 |  |
|-----------------|---------|-----------------|--|------|-----------------|--|
| 主治医             | 氏名      |                 |  | 病医院名 |                 |  |
|                 | 電話      | (      )      — |  | FAX  | (      )      — |  |
|                 | 住所      |                 |  |      |                 |  |
| ご家族等<br>(第一通報先) | 氏名      |                 |  |      |                 |  |
|                 | 電話      | (      )      — |  | 携帯   | (      )      — |  |
|                 | 住所      |                 |  |      |                 |  |
|                 | 利用者との関係 |                 |  |      |                 |  |
| ご家族等<br>(第二通報先) | 氏名      |                 |  |      |                 |  |
|                 | 電話      | (      )      — |  | 携帯   | (      )      — |  |
|                 | 住所      |                 |  |      |                 |  |
|                 | 利用者との関係 |                 |  |      |                 |  |

当事業所は、利用者に対する居宅介護支援（介護予防支援）サービスの提供開始にあたり、利用者・利用者代理人に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を担当介護支援専門員が説明しました。

令和      年      月      日

事業者    住    所    福井市下六条町 2 0 1 番地  
                   名    称    医 療 法 人    厚 生 会  
                   代 表 者    理 事 長      林    譲 也

事業所    住    所    福井市下六条町 2 1 7 番地  
                   名    称    医 療 法 人      厚 生 会  
                                          福井厚生病院介護保険相談センター

担 当 者    氏 名 \_\_\_\_\_

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援（介護予防支援）についての重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

利用者    住    所    \_\_\_\_\_

氏    名    \_\_\_\_\_

利用者代理人    住    所    \_\_\_\_\_

氏    名    \_\_\_\_\_

利用者との関係    \_\_\_\_\_