

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	医療法人社団 聖雄会
法人 所在地	静岡県藤枝市岡部町内谷 650
法 人 種 別	医療法人
代表者 氏名	理事長 星野 正明
電 話 番 号	054-667-0100

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、また、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て実施状況の把握に努めます。

3. 事業者の概要

(1) 名称等

事業所名	さくら指定介護支援センター
介護保険指定番号	2275400162
所在地	静岡県島田市東町 1331
電話番号	0547-33-0800
事業所長	管理者 増田 朝美

(2) 当事業所のあわせて実施する事業

種 類	事 業 者 名	事 業 者 指 定 番 号
介護老人保健施設	介護老人保健施設 さくら	2255480028
短期入所療養介護	介護老人保健施設 さくら	2255480028
通所リハビリテーション	介護老人保健施設 さくら	2255480028

(3) 居宅介護支援サービス実施内容

サービス実施地域	島田市 ※実施地域以外でのサービスについては要相談
営業日	月曜日～金曜日（平日） 8:30～17:30
休業日	土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
課題分析の方法	厚労省の標準課題項目に準じた様式を用いる。最低月1回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行う
研修の参加	現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加
担当者の変更	担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能

(4) 職員体制

従業員の職種	区分	業 務 内 容	人数
管理者 (主任介護支援専門員)	常勤	事業所の運営、従業員の管理及び介護支援専門員の業務	1名
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名

(5) 利用料金及び居宅介護支援費

居宅介護支援費(I 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	1086単位
		要介護3・4・5	1411単位
居宅介護支援費(I 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	544単位
		要介護3・4・5	704単位
居宅介護支援費(I 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	326単位
		要介護3・4・5	422単位

※ 居宅サービス等の利用に向けて一連のケアマネジメント業務を行った後に、利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合であっても、上記居宅介護支援費を算定する事があります。

(6) 加算について

初回加算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	300 単位
入院時情報連携加算(Ⅰ)	病院又は診療所に入院した当日までに、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	250 単位
入院時情報連携加算(Ⅱ)	病院又は診療所に入院してから 3 日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	200 単位
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こと	450 単位
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こと	600 単位
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こと	600 単位
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こと	750 単位
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、うち一回はカンファレンスによること	900 単位
ターミナル ケアマネジメント加算	24 時間連絡が取れる体制を確保し、利用者の心身状況を把握し、その記録等を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へ情報提供した場合	400 単位
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	200 単位
通院時情報連携加算	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に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、医師等から利用者に関する必要な情報を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合（歯科医師も含む）	50 単位
介護職員等処遇改善加算	処遇改善計画書と体制届・体制状況一覧表を提出し、介護従事者への賃金改善と職場環境等要件を満たすことが必要。居宅介護支援の所定単位数（処遇改善加算を除く）に対して所定単位数の 2.1%を加算。	2.1%

4. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

(1) 当事業所相談窓口

担 当 者	管理者 増田 朝美
電話番号	0547-33-0800
対応時間	月曜日～金曜日（平日） 8:30～17:30

(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、担当者およびサービス提供事業者から詳しい事情を確認後、原因究明に努めます。また、管理者が必要と判断した場合には、管理者を含めた検討会議を開催し、検

討の結果や具体的な回答を速やかに苦情主訴者に伝えます。

(3) 苦情申立機関が下記のとおり設置されております

外部苦情相談窓口

静岡県国民健康保険団体 連合会	電話番号	054-253-5590
島田市長寿介護課 認定指導係	電話番号	0547-34-3294

5. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関らず、サービス提供の過程において事故が発生した場合は、速やかに市町村（保険者）に報告します。また、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。

6. 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および医療機関等に連絡をします。

7. 人権擁護と高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し研修等を実施します。

8. ハラスメント対策

事業者は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業員が働きやすい環境づくりを目指します。

なお、利用者又はその家族等が従業員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

9. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は、利用者の主治医および関係医療機関との間において、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下記のとおり対応をします。

- ① 事業者は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望された場合、その他必要な場合には、主治医および関係医療機関の意見を求めます。
この意見を求めた主治医等に対して、居宅サービス計画を交付します。
- ② サービス事業者からの報告や事業者が把握した利用者の状態等、必要な情報を主治医および関係医療機関に伝達します。

なお、入院時には、利用者または家族から、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。

10. 秘密の保持

事業者は、サービス提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を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。

11. 利用者自身によるサービスの選択と同意

利用者自身がサービスを選択することを基本に支援するため、下記のとおり対応します。

- ① 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します。
- ② 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に求める事ができます。
また、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者等の選定理由の説明を求めることができます。
- ③ 特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることがないように紹介します。
- ④ 指定居宅サービス等については、サービス担当者会議等により、サービス事業者等から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事業者等との合意を図ります。

12. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時においてもサービス提供が継続できるよう業務継続計画を策定し従業員に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。

なお、当該業務継続計画については、定期的な見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

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、事業者が記名の上、各自1通を保有するものとします。

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。

事業所名	さくら指定介護支援センター
所在地	島田市東町 1331

年 月 日

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 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____