

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	社会医療法人青洲会
法人 所在地	福岡県糟屋郡粕屋町長者原西4丁目11番8号
法人種別	社会医療法人
代表者 氏名	中村 幹夫
電話番号	092-938-0345

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、そのおこなわ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. 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	青洲会在宅ケアセンタースマイル
所在地	長崎県平戸市田平町山内免 612-4
介護保険指定番号	4271500060
サービス提供地域	平戸市

(2) 当法人のあわせて実施する事業

種類	事業者名	連絡先
訪問看護	青洲会病院訪問看護	0950-57-2155
訪問リハビリ	青洲会病院訪問リハビリ	0950-57-2155
通所リハビリ	青洲会デイケアセンター	0950-57-2155
通所介護	ひらどせとデイサービス	0950-57-2222
短期入所生活介護	ひらどせとショートステイ	0950-57-2222
通所リハビリ	つつじの郷通所リハビリテーション	0956-73-2005

(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
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	4以上

(4) 勤務体制

月～土 休日	午前8時30分～午後5時30分 原則として、日・祝祭日および8/13～15、12/30～1/3
緊急連絡先	0950-57-2238 午後5時30分～午前8時30分携帯へ転送24時間体制にて受付 ※留守電の場合は必ずお名前、ご用件を残して下さい。

(5) 居宅介護支援サービスの実施概要

事項	備考
課題分析の方法	包括的自立支援プログラムを使用し、厚生省の標準課題項目に準じて最低月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

(6) 利用料金及び居宅介護支援費

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	1086単位
		要介護3・4・5	1411単位
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	544単位
		要介護3・4・5	704単位
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	326単位
		要介護3・4・5	422単位

(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200単位減算
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) 特定事業所加算

算定要件	加算Ⅰ (519 単位)	加算Ⅱ (421 単位)	加算Ⅲ (323 単位)	加算 A (114 単位)
① 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
② 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤・非常勤 : 各1名以上
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝言等を目的とした会議を定期的を開催すること	○	○	○	○
④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○
⑤ 算定日が属する月の利用者数のうち、要介護者状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×
⑥ 当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること	○	○	○	○
⑦ 地域包括支援センターから支援困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
⑧ 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること。	○	○	○	○
⑨ 居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。	○	○	○	○
⑩ 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり45名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は50名未満)であること	○	○	○	○
⑪ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること	○	○	○	○
⑫ 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○
⑬ 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援サービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○

(9) 特定事業所医療介護連携加算

算定要件	
①	前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上
②	前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定
③	特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定している事

(10) 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日のうちに、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た日の翌日又は翌々日に、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
イ) 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
ロ) 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
ハ) 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
ニ) 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
ホ) 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	在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該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提供した場合算定	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1人につき、1月に1回の算定を限度とする 利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から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(ケアプラン)に記録した場合	50単位

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

苦情受付担当者	各担当ケアマネジャー
苦情解決担当者	辻 百合子
第三者委員会	青洲会在宅ケアセンタースマイルにおける苦情解決委員 山本 芳久 ・ 岡村 幸夫
電話番号	0950-57-2238
対応時間	8時30分～17時30分

(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主訴者に伝え、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。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) 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

平戸市役所	電話 番号	0950-22-9134
長寿介護課 介護保険班	ファックス番号	0950-22-4421

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、下記のと通りの対応を致します。

①事故発生 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。

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及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

7. 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、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張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。

8. 秘密の保持

- ①事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者および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。
- ②事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。
- ③事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

9. 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に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末期のがん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。

10. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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選定しています。

虐待防止に関する責任者	辻 百合子
-------------	-------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11. 重要事項変更

重要事項内容に変更があった場合は差し替え文書にて説明いたします。

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、事業者が署名の上、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。

事業者名 青洲会在宅ケアセンタースマイル

所在地 長崎県平戸市田平町山内免 612-4

管理者 辻 百合子

印

説明者

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。

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____

ご家族又は代理人

住 所 _____

氏 名 _____