

重要事項説明書

医療法人社団心楽会
ケアプラン はーとりんく

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

| | |
|------------|---|
| 事業者名称 | 医療法人社団心楽会 |
| 代表者氏名 | 理事長 平山 統一 |
| 所在地 | 熊本市東区佐土原 3 丁目 11 番 101 号 |
| 電話番号及び FAX | TEL : 096-367-8080 / FAX : 096-367-8008 |

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. 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

| | |
|------------|--|
| 事業所名称 | ケアプラン はーとりんく |
| 事業所番号 | 4370116982 |
| 事業所所在地 | 熊本市東区佐土原 3 丁目 9 番 25 号 |
| 電話番号及び FAX | TEL : 080-3526-6978 / FAX : 096-377-8082 |
| サービス提供地域 | |

(2)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 | 1(兼務) |
| 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(兼務) |
| 介護支援専門員 | | 居宅介護支援サービス等に係わる業務 | |

(3)勤務体制

| | |
|---------------|---|
| 平日 (月)~(金) | 原則として、8 : 30 ~ 17 : 30 ※休日 : 土・日・祝日および年末年始など |
|---------------|---|

| | |
|-------|------------------------------|
| 緊急連絡先 | 担当介護支援専門員緊急連絡先にて 24 時間体制にて受付 |
|-------|------------------------------|

(4)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 | 全社協アセスメント他を使用し、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 |

(5)利用料金及び居宅介護支援費

居宅介護支援費 I

| | | | |
|---------------|----------------------------------|-----------|---------|
| 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 45~60 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 |

(6)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 |

(7)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 常勤かつ専従の主任介護支援専門員 1 名以上を配置していること | | ○ | ○ | - |
| ② 常勤かつ専従の主任介護支援専門員 2 名以上を配置していること | ○ | - | - | - |
| ③ 常勤かつ専従の主任介護支援専門員 3 名以上を配置していること | ○ | ○ | - | - |
| ④ 常勤かつ専従の介護支援専門員 2 名以上を配置していること | | | ○ | - |
| ⑤ 常勤かつ専従の介護支援専門員を 1 名以上に加え、常勤換算方法で 1 以上配置していること | | | | ○ |
| ⑥ 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 る伝達事項等を目的とした会議を定期的を開催すること | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---------|
| ⑦ | 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 | ○ | ○ | ○ | ○ 注① |
| ⑧ | 算定日が属する月の利用者総数のうち要介護3～要介護5である者が4割以上であること | ○ | - | - | - |
| ⑨ | 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 | ○ | ○ | ○ | ○ 注② |
| ⑩ | 地域包括支援センターから支援から支援困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑪ | 家族に対する介護等を児童や障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に対する知識等に関する事例検討会、研修会に参加していること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑫ | 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 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑬ | 介護支援専門員1人あたりの利用者の平均件数が45件未満であること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑭ | 介護支援専門員実務研修における科目等に協力または協力体制を確保していること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑮ | 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修会を実施していること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑯ | 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス（介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス、福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう）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 | ○ | ○ | ○ | ○ |

注① 連携先事業所へ携帯電話等の転送による対応も可

注② 他事業所との連携も可

(8) 特定事業所医療介護連携加算

| | |
|--|----------------|
| ①退院・退所加算の算定に係る病院または診療所等との連携回数の合計が年間35回以上 ②ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以上算定している ③特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）または（Ⅲ）を算定している | 1月につき 125単位 |
|--|----------------|

(9) その他の加算について

| | | |
|--------------|---|-------|
| 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 | 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4日以上7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 |

| | | |
|---------------------|---|--------|
| 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 | 利用者が医師（歯科医師）の診察を受ける際に同席し、必要な情報提供を行った際に 1 月に 1 回を限度に算定 | 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

| | |
|------|---------------|
| 相談窓口 | ケアプラン はーとりんく |
| 担当者 | 松本 裕子 |
| 電話番号 | 080-3526-6978 |
| 対応時間 | 9:00～17:00 |

(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

| | | |
|---------------------|------|------------------|
| 【市町村（保険者の窓口）】 | 電話番号 | 096-367-9127 |
| 熊本市東区福祉課高齢福祉係 | 受付時間 | 月～金曜日 8:30～17:15 |
| 【公的団体の窓口】 | 電話番号 | 096-214-1101 |
| 熊本県国民健康保険団体連合会介護保険課 | 受付時間 | 9:00～17:00 |

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、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に定める掲げる措置を講じるものとします。

- ① 事業所に置ける感染症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おおむね六月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 事業所において、介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 1. 事業継続計画の策定等

①事業者は、感染症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するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

② 事業者は、介護支援専門員に対し、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の実施いたします。

③ 指定居宅介護支援事業者は、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。

1 2. 身体的拘束等の禁止

①指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の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」という。)を行ってはなりません。

②前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。

1 3. 虐待の防止のための措置に関する事項

① 事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとします。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業者に周知徹底を図るものとします。

(2) 虐待の防止のための指針を整備するものとします。

(3) 虐待の防止のための従業者に対する研修を定期的に行うものとします。

(4) 前3号に定める措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。

② 事業者は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村の窓口へ通報し、当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

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 医療法人社団心楽会 ケアプラン はひとりんく
所在地 熊本市東区佐土原 3-9-25
管理者 松本 裕子 印

説明者 松本 裕子 印

令和 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 _____ 印

代理人

住所 _____

氏名 _____ 印