はまべの里居宅介護支援　重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

１　事業主体概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 | 社会福祉法人　彩のかけはし |
| 法人 所在地 | 新潟県新潟市東区津島屋7丁目１番１号 |
| 法 人 種 別 | 社会福祉法人 |
| 代表者 氏名 | 理事長　田村　優 |
| 電話番号 | ０２５－２７９－３５５５ |

２　事業所の概要

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 | はまべの里　居宅介護支援事業所 |
| 所 在 地 | 新潟市北区島見町２１９０番地 |
| 電話番号 | ０２５－２５５－３１３１ |
| 介護保険指定番号 | １５７０１０２２７５ |
| サービス提供地域 | 新潟市　 |

３　運営の目的と方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 病気や怪我などにより、家庭において寝たきりやそれに準じる状態にある方に対して、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に、利用者の選択に基づいた居宅サービスの作成を行います。この事業は、介護保険法、老人福祉法、健康保険法等の基本理念に基づき、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保および向上を重視し、健康管理、日常生活動作の維持・回復、日常生活の援助を図るとともに、在宅介護を推進し、快適な在宅介護が継続できる支援の提供を目標とします。 |
|  　運営方針 | １　居宅介護支援事業所を、他の事業から独立して位置付け、人事・財務・物品等の管理については、管理者の責任において実施します。２　事業の実施にあたっては、地域の保健・医療・福祉サービス事業者、各保険医療機関、関係市町村などの連携を図り、協力と理解のもとに総合的な支援の提供に努めます。３　事業の提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないように公正中立に行ないます。４　緊急の事態にも柔軟に対応できる体制を整備します。 |

４　職員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従業員の職種 | 勤務体制 | 業務内容 |
| 管理者 | １名 | 事業所の運営および業務全般の管理 |
| 介護支援専門員 | 2名 | 居宅介護支援サービス等に係わる業務 |

５　勤務体制

|  |  |
| --- | --- |
| 平日　(月)～(金) | 午前８時３０分～午後５時３０分原則として、土・日・祝祭日および年末年始を除く |
| 緊急連絡先 | ０２５－２５５－３１３１（２４時間体制にて受付） |

６　居宅介護支援の内容

1. 居宅サービス計画の作成
2. 居宅サービス事業者との連絡調整
3. サービス実施状況の把握、評価
4. 利用者状況の把握
5. 給付管理
6. 要介護認定申請に対する協力、援助
7. 相談業務

上記の内容は、居宅介護支援の一連業務として、介護保険の対象となるものです。

介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。（全額介護保険により負担されます。）

７　利用料及びその他の費用について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護度区分取扱い件数区分 | 要介護１・２ | 要介護３～５ |
| 介護支援専門員１人当たりの利用者の数が45人未満の場合 | 居宅介護支援費Ⅰ1086単位 | 居宅介護支援費Ⅰ1411単位 |
| 介護支援専門員１人当たりの利用者の数が45人以上の場合において、45以上60未満の部分 | 居宅介護支援費Ⅱ544単位 | 居宅介護支援費Ⅱ704単位 |
| 介護支援専門員１人当たりの利用者の数が60人以上の場合において、60以上の部分 | 居宅介護支援費Ⅲ326単位 | 居宅介護支援費Ⅲ422単位 |

※当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の50／100又は0／100となります。また、特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より200単位を減算することとなります。

※45人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、45件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅱ又はⅢを算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **加算** | 加算額 | 内容・回数等 |
| 初回加算 | 300単位 | 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区分以上変更され居宅サービス計画を作成する場合 |
| 入院時情報連携加算Ⅰ入院時情報連携加算Ⅱ | 250単位200単位 | 入院の日から３日以内に病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅰ）入院の日から４日以上７日以内に病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅱ) |
| 退院・退所加算（Ⅰ）イ退院・退所加算（Ⅰ）ロ退院・退所加算（Ⅱ）イ退院・退所加算（Ⅱ）ロ退院・退所加算（Ⅲ）　 | 450単位600単位600単位750単位900単位 | 入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合（Ⅰ）イ　連携１回（Ⅰ）ロ　連携１回（カンファレンス参加による）（Ⅱ）イ　連携２回以上（Ⅱ）ロ　連携２回（内１回以上カンファレンス参加）（Ⅲ）　　連携３回以上（内１回以上カンファレンス参加） |
| 通院時情報連携加算 | 50単位 | 1月につき |
| 特定事業所加算（Ⅰ） | 519単位 | 「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等を目的とした会議を定期的に開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（一月につき） |
| 特定事業所加算（Ⅱ） | 421単位 |
| 特定事業所加算（Ⅲ） | 323単位 |
| 特定事業所加算（Ａ） | 114単位 |
| 特定事業所医療介護連携加算 | 125単位 | 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(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（一月につき） |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 400単位 | 在宅死亡の末期の悪性腫瘍の利用者に対し２４時間連絡体制を整備し必要に応じ居宅介護支援を提供した場合 |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 200単位 | 病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整をした場合 |

８　虐待の防止の為の措置

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

虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催します。

事業所における虐待防止のための指針を整備、職員への研修を実施します。

９　非常災害対策

|  |  |
| --- | --- |
| 防火管理者 | 野口　浩 |
| 防災の対応 | 防災計画に基づき、速やかに避難誘導・救出活動にあたります。 |
| 防災訓練 | 防災計画を立て職員及びご利用者、地域住民の参加が得られるように努めます。定期的に避難訓練を実施します。 |
| 消防設備 | 防火管理者の選任、消火設備等の必要設備の設置、点検を行います。 |

当事業所では、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるようＢＣＰを策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

１０　苦情の受付について

（１）当事業所相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情受付（事業所） | 管理者　岡本　杏奈 |
| 電話番号 | ０２５－２５５－３１３１ |
| 対応時間 | 月曜～金曜午前８時３０分～午後５時３０分 |

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情処理第三者委員 | 姉崎聖二様、村山一美様、森本洋子様 |
| 電話番号 | 個人情報につき記載できません。つしまの郷025-279-3555にお問い合わせください。 |

※公平中立な立場で苦情を受け付け相談に乗っていただける委員会です。

外部苦情相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 新潟市介護保険課新潟県国民健康保険団体連合会新潟県福祉サービス運営適正化委員会（新潟県社会福祉協議会） | 電話　０２５－２２６－１２７３電話　０２５－２８５－３０２２電話　０２５－２８１－５５８４ |

（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、充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。

１１　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、下記のとお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

　　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。

１２　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関 | ご家族連絡先 | ご家族連絡先 |
| 電話 | 電話　　　　　　　　　　 | 電話 |

１３　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）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。

１４　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。

１５　損害賠償

　サービス事業により、事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関等へとの連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし損害の発生について、ご利用者に故意、または過失が認められた場合、ご利用者の心身の状況を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

１６　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。

　　・当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は

(別紙1)のとおりです。

・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。

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

サービスの提供にあたり、利用者に対して上記のとおり説明しました。

事業者

　　　　所在地　　　　　新潟市東区津島屋７丁目１番地１

　　　　名称　　　　　　社会福祉法人　彩のかけはし

　　　　　代表者氏名　　理事長　田村　優　　　　　印

　　　　　説明者氏名　　管理者　岡本　杏奈　　　　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