

【 重要事項説明書 】

■法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 日生会
代表者名	佐土原 護
所在地・連絡先	〒861-8030 熊本市東区小山町1781番地 電話番号:096-380-2321 FAX番号:096-380-7037

■事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所 アヤメ
事業者番号	4370101075
管理者名	加来 香織
所在地・連絡先	〒861-8030 熊本市東区小山町1781番地 電話番号:096-273-8615 FAX番号:096-273-8867

■職員体制・職務内容

1.管理者・・・1名

管理者は、主任介護支援専門員であって、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。管理者は、事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の職務に従事します。なお、平成33年3月31日までの間は、管理者として主任介護支援専門員以外の配置を可能とする経過措置が設けられています。

2.介護支援専門員・・・4名(1名管理者兼務)

要介護者からの相談に応じ、その心身の状況や置かれている環境などを勘案し、居宅サービスを適切に利用できるようサービスの種類、内容などの計画を作成するとともにサービスの提供が確保できるよう居宅サービス事業者、介護保険施設等の連絡調整を行います。介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40名未満である場合、基本報酬は居宅介護支援(Ⅰ)を、40名以上60名未満の部分は居宅介護支援(Ⅱ)を、60名以上の部分は居宅介護支援(Ⅲ)で、それぞれ算定します。

■職員の主な勤務体制

勤務時間	午前8時30分 から 午後5時30分
休 日	土曜日・日曜日・祝日

■事業所の特色等

本事業は、介護保険法の理念に基づき、高齢者が自立した生活を送れるよう、その心身の状況、置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を勘案し、適切な居宅介護支援を提供することを目的とします。

■運営方針

- 1 本事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅におい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出来るよう配慮して行います。
- 2 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏る事がないよう公正中立に行います。
- 4 事業者の実施にあたっては、関係市町村、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、介護保健施設及び関係機関との連携に努めます。
- 5 本事業は、当該事業所の通常の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供する事が困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他必要な措置を講じます。

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は_____です。

※やむを得ない事由で変更する場合は事前に連絡致します。

■苦情相談窓口

※ サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応致します。

場 所	居宅介護支援事業所 アヤメ 相談室	受付者が不在時の対応
受付時間	午前9時 から 午後4時 まで	
TEL / FAX	(096)-273-8615 / (096)-273-8867	対応した職員が 苦情・相談委員に報告し 対応いたします。
解決責任者	カク カオリ 加来 香織	
受付担当者	カジヤ テルコ 加治屋 輝子	
その他 行政苦情相談窓口 【熊本市高齢介護福祉課 介護サービスの内容についての苦情・相談窓口（相談無料） 】 <u>熊本市高齢介護福祉課 介護事業指導室 電話：096-328-2793</u> または、各地域の包括支援センターへ 【熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険について苦情・相談窓口（相談無料）】 <u>電話番号 096-214-1101 ファックス 096-214-1105</u> 受付時間：午前9時から午後5時まで（月曜～金曜）		

※ 詳しい内容は別紙1に記載しております。

■サービス内容

1. 居宅サービス計画(ケアプラン)の作成
2. 要介護認定の申請代行
3. 給付管理業務

■提供方法

1. 利用者の相談を受ける場所は本所の相談室又は利用者宅で行います。
2. 使用する課題分析票の種類は居宅サービス計画ガイドライン方式です。
3. サービス担当者会議の開催場所は原則として本所の相談室で行います。
4. 介護支援専門員の居宅訪問頻度は介護度に応じ最低月1回とし、利用者の自立した日常生活を支援する上で解決すべき課題の把握、居宅サービス計画作成後における計画の実施状況の把握及び連絡調整等、利用者及び家族の要望に応じて随時訪問します。
5. 介護支援専門員は、身分を証する書類を携行し初回訪問時又は、利用者から求められたときはこれを提示します。

■サービス内容及び手続の説明及び同意

1. サービスの提供に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、本運営の概要、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用者がサービスの選択に資するための重要事項等の文書を交付して説明を行い、指定居宅介護支援に関する事項について、利用者と本所間で文書による確認を得た後、サービスを提供します。
2. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供し、利用者にサービスの選択を求めます。
3. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者についてその有する能力や、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握します。
4. 利用者から介護支援専門員に対して複数の居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた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可能であること等について十分説明を行い、利用者及びその家族に理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用者及びその家族から署名を得ます。
5. 利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有し、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援します。
6. 事業所と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、利用者又はその家族は、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先医療機関に伝えて頂きます。
7. 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行います。この場合において、専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し理解を得ます。
8. 介護支援専門員は、利用者及びその家族の希望並びに利用者について、把握された解決すべき課題に基づき、当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

9. 介護支援専門員は居宅サービス計画に基づき、居宅サービス等の提供が確保されるようサービス事業者やその他の者との連絡調整等の便宜を図ります。
10. 介護支援専門員は、サービス担当者会議(専門員が居宅サービス計画作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。)の開催、担当者に対する照会等により、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めます。
11. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。
12. 介護支援専門員は、居宅サービス計画作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況の把握を行うとともに、利用者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
13. 介護支援専門員は、利用者が介護保健施設等への入所を要する場合には、介護保健施設等の紹介、その他の便宜の提供を行います。
14. 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者等から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行います。
15. 介護支援専門員は、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している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めます。
16. 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問介護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行います。
17. 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による指定に係る居宅サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成します。
18. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、原則として特定の時期に偏ることなく、計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにします。
19. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保険医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるように努めます。
20. 本事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。

■費用について

1. 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。
2. 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(1) 介護報酬算定区分(1ヶ月につき)

介護度	金額
要介護1、要介護2	10,530円
要介護3、要介護4、要介護5	13,680円

(2) 初回加算……1ヶ月につき3,000円

初期加算は具体的に次のような場合に算定されます。

- ①新規に居宅サービス計画を作成した場合。
- ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合。
- ③要介護状態区分が二区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合。

(3) 入院時情報連携加算

入院時情報連携加算は具体的に次のような場合に算定されます。

1. 利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報(当該利用者の心身の状況「例えば疾患・病歴・認知症の有無や徘徊等の行動の有無など」、生活環境「例えば、家族構成・生活歴・介護者の介護方法や家族介護者の状況など」及びサービスの利用状況。)を提供した場合。
2. 利用者1人につき1ヶ月に1回を限度とします。

□入院時情報連携加算(Ⅰ)……1ヶ月につき2,000円

介護支援専門員が病院又は診療所を訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を利用者が入院してから遅くとも3日以内に行った場合。

□入院時情報連携加算(Ⅱ)……1ヶ月につき1,000円

介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を利用者が入院してから遅くとも7日以内に行った場合。

(4) 退院・退所加算

退院・退所加算は具体的に次のような場合に算定されます。

1. 退院・退所加算については、入院又は入所期間中3回(医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む)まで算定することができます。3回まで算定する事が出来るのは、そのうち1回について、入院中の担当医等との会議(カンファレンス)に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に限りです。
2. 同1日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定します。
3. 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとします。
4. 上記にかかる会議(カンファレンス)に参加した場合は、別途定める様式ではなく、当該会議等の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付します。
5. 「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議(退院時カンファレンス等)に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

	カンファレンス参加 無し	カンファレンス参加 有
連携1回	4,500円	6,000円
連携2回	6,000円	7,500円
連携3回	×	9,000円

(5)小規模多機能型・看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算……1ヶ月につき3,000円

利用者が指定小規模多機能型・看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を提供し、当該指定小規模多機能型・看護多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合。

(6)緊急時等居宅カンファレンス加算……1回につき2,000円

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。又、利用者1人につき1カ月に2回を限度に算定します。

(7)特定事業所加算

【厚生労働大臣が定める基準】

- 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2名以上配置しています。
- 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3名以上配置しています。
- 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達等を目的とした会議を定期的に開催します。
- ④24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ます
- ⑤算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護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以上です。
- 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ます。
- ⑦地域包括支援センターから支援が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物に指定居宅介護支援を提供しています。
- ⑧地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加しています。
- ⑨居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていません。
- ⑩指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援を行う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40名未満です。
- ⑪介護保険法第69条の2第1項に規定する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ます。
- ⑫他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施します。
- ⑬地域包括支援センター等が実施する事例検討会等へ参加します。

□特定事業所加算(Ⅰ)……1ヶ月につき5,000円

・厚生労働大臣が定める基準の①から⑪のいずれにも適合する場合、算定します。

□特定事業所加算(Ⅱ)……1ヶ月につき4,000円

・厚生労働大臣が定める基準の②、③、④、⑥、⑦、⑨、⑩及び⑪を満たす場合、算定します。
・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場合、算定します。

□特定事業所加算(Ⅲ)……1ヶ月につき3,000円

・厚生労働大臣が定める基準の③、④、⑥、⑦、⑨、⑩及び⑪を満たす場合、算定します。
・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場合、算定します。
・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2名以上配置している場合、算定します。

□特定事業所加算(Ⅳ)……1ヶ月につき1,250円

特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している場合加算します。

(8)ターミナルケアマネジメント加算

・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者が対象になります。(在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含みます。)

- ①24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備しています。
- ②利用者又はその家族の同意を得たうえで、死亡日及び前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治医の助言を得つつ、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
- ③訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医及びケアプランに位置づけた居宅サービス事業者へ提供します。

地域外訪問費	片道1kmあたり	50円
--------	----------	-----

介護支援専門員が、通常のサービス地域を超える地域に訪問・出張する必要がある場合には、上記の交通費の支払いが必要になります。該当の方は契約時個別にご案内いたします。

■利用者様へのお願い
支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、利用者様の介護に関する重要な書類ですので、契約書と共に大切に保管して下さい。

■ 居宅介護支援契約の終結にあたり、上記のとおり説明しました。

平成 年 月 日

(事業者)	事業者名 事業所名 事業所番号	社会福祉法人 日生会 居宅介護支援事業所 アヤメ 4370101075
	管理者	加来 香織 (印)
	担当介護支援 専門員	(印)

■ 居宅介護支援契約の終結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

平成 年 月 日

(利用者)	住 所	
	氏 名	(印)

※上記代理人(該当する場合)

住 所	
氏 名	(印)

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

管理者は苦情、相談の窓口担当者を選任し、該当担当者が苦情、相談の対応に当たります。

苦情、相談窓口

場所	居宅介護支援事業所 アヤメ
住所	熊本市東区小山町1781番
T E L	(096)-273-8615
受付日	土曜日・日曜日・祝日以外の平日
対応時間	午前9:00 ～ 午後4:00まで
受付方法	電話、面接、職員へ直接お申し出ください
解決責任者	管理者 加来 香織
受付担当者	介護支援専門員 加治屋 輝子
受付担当者不在時対応	対応した職員が苦情・相談委員に報告し対応いたします。

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず上記受付担当者が訪問等により事実を確認します。

②当事業所において、管理者を含めた会議を開き、苦情解決の為の対応策を検討し、検討結果を、上記受付担当者が利用者へ説明し同意を得ます。また、居宅介護サービス計画(ケアプラン)に対する苦情等又は変更希望については「利用者の希望」、「サービスの提供状況」または「心身状況」を十分に調査検討したうえで、介護支援専門員が計画の変更を速やかに検討します。上記によって利用者の同意が得られ苦情が解決された場合は、その後も、両者と常時連携を図り、同様な苦情が再発しないように十分配慮します。

③上記によっても、利用者の同意が得られず苦情が解決しない場合は、利用者が希望すれば他の居宅介護支援事業者を選択してもらう等の措置を講じます。

④上記で解決が困難な場合は、当該苦情を市町村の介護保険担当窓口、熊本市高齢介護福祉課 介護事業指導室（TEL：096-328-2793）または、熊本県国民健康保険団体連合会（TEL：096-214-1101）等に苦情申し立て出来る旨を伝え、本人が市町村の介護保険担当窓口または、熊本県国民健康保険団体連合会等に対し、苦情申し立てを希望する場合には、それに協力します。

⑤苦情・相談の処理過程を記録し、再発防止策を作成します。

⑥苦情・相談の受付は、窓口への直接訪問や電話による受付の他、アンケートなども行い利用しやすい環境を作ります。

3 その他の参考事項

①当事業所は、提供した特定施設サービスに関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め、または当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導または助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

②当事業所は、提供した特定施設サービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う介護保険法第176条第1項第3号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導または助言を受けた場合においては、当該指導または助言に従って必要な改善を行います。

③当事業所は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告します。