

居宅サービス計画の作成開始にあたっての重要事項説明書

1. 事業所の名称、所在地及び指定年月日等

名 称 指定居宅介護支援事業所仁風荘
所 在 地 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲 5 7 4 番地
電 話 番 号 0 2 3 7 - 5 3 - 1 6 0 4
F A X 番 号 0 2 3 7 - 3 5 - 2 9 2 1
山形県知事による指定居宅介護支援事業所の指定年月日 平成 1 1 年 8 月 1 8 日
介護保険事業所番号 0 6 7 2 4 0 0 0 1 7

2. 事業者の運営主体の名称及び所在地

名 称 社会福祉法人敬天会
所 在 地 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲 5 7 4 番地

3. 事業の目的

要介護状態の利用者とその家族の依頼を受けて、介護支援専門員による居宅介護サービス計画の作成をはじめとした居宅介護支援を行います。居宅介護支援の提供にあたっては、利用者の立場に立って懇親丁寧を旨とし、理解しやすいように説明を行います。利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、状況に応じて継続的かつ計画的にサービス利用が行われるようにします。要介護の状態が軽減されよう努めます。

4. 事業の概要

(1) 運営方針

指定居宅介護支援の提供にあたっては、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意思及び人格を尊重し、利用者様の選択の基づき公正中立に行います。

ケアマネジメントの公正中立の確保の観点から、以下の項目について内容の説明を行い理解を得るようにします。

- ・利用者はケアプランに位置づける居宅サービス事業所の選択について、複数の事業所の紹介を求めることができます。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。
- ・前 6 ヶ月間に作成したケアプランにおける訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合及び同一事業者によって提供された者の割合。

安心した在宅生活が営めるように、市町村や地域包括支援センター、医療機関、居宅サービス事業所及び施設等と連携に努めます。

(2) 営業日

月曜日から土曜日（8月13日、8月16日、12月31日から1月3日までを除く。）なお、電話等により 24 時間常時連絡が可能な体制をとっています。

(3) 営業時間

午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分（営業時間以外は事業所携帯 0 9 0 - 1 0 6 9 - 5 0 0 4

(4) 業務内容

居宅サービス計画の作成（アセスメントは居宅サービス計画ガイドラインを使用し課題分析をしています。）、サービスの仲介や連絡調整、サービス状況の継続的な把握と評価、給付管理業務、相談業務（相談を受ける場合は、事業所の相談室や自宅、病院又は施設で対応します。）

(5) 通常の業務の実施地域

大石田町、尾花沢市

(6) 居宅サービス計画にかかる費用

指定居宅介護支援を提供した場合の利用料は次項のとおりです。なお、居宅介護支援が法定代理受領サービスである場合には利用者負担はありません。

居宅介護支援費（Ⅰ）

＜介護支援専門員一人あたり取扱件数が４５件未満の場合＞

要介護１・２ １０，８６０円／月

要介護３・４・５ １４，１１０円／月

＜介護支援専門員一人あたり取扱件数が４５件以上６０件未満の場合＞

要介護１・２ ５，４４０円／月

要介護３・４・５ ７，０４０円／月

＜介護支援専門員一人あたり取扱件数が６０件以上の場合＞

要介護１・２ ３，２６０円／月

要介護３・４・５ ４，２２０円／月

初回加算 ３，０００円／月

（新規、要介護状態が２段階以上変更になり、居宅サービス計画を策定した場合）

特定事業所加算（Ⅱ） ４，２１０円／月

（常勤専従の主任介護支援専門員を１名以上、常勤専従の介護支援専門員を３名以上配置）

通院時情報連携加算 ５００円／月

入院時情報連携加算（Ⅰ） ２，５００円／月（入院後１日以内に情報提供）

入院時情報連携加算（Ⅱ） ２，０００円／月（入院後２日以上３日以内に情報提供）

（入院時に、医療機関と連携をとった場合）

※入院時、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院に伝えるよう、利用者又は家族に協力を求めます。

退院・退所加算

（退院・退所にあたって居宅サービス等を利用する場合に、医療機関と連携をとった場合）

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

※看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者様の退院等にケアマネジメント業務を行ったもののサービス利用に至らなかった場合に、介護保険サービスが提供された者と同等に取り扱うことが適当と認められるケースについて居宅介護支援費を算定する場合があります。

（７）その他の費用

通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援の場合は要した交通費が発生します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、実施地域を超えた地点から１km４０円となります。

５．職員勤務体制

所 長 １名（常勤兼務）

管理者 １名（主任介護支援専門員・常勤兼務 安達茂子）

事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

介護支援専門員 １名以上（管理者常勤兼務１名、常勤専従１名以上、非常勤専従１名以上）

居宅介護サービス、要介護認定申請及び調査、相談業務に関すること。

事務部長 １名（常勤兼務）

所長不在時の代行を行う。

事務職員 １以上（常勤兼務）

必要な事務を行う。

６．秘密保持

業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、当施設の従業者や従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を遵守します。

7. 衛生管理

事業所は、事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう努めます。感染症対応に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に留意します。

8. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止のための指針の整備、従業者に対する虐待の防止の啓発・普及するための研修等を実施します。

9. 緊急時等における対応方法

事業所は、現に居宅介護支援の提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医又は緊急連絡先への連絡を行うなどの必要な措置を行います。

緊急時の連絡先

氏名	続柄	電話番号
住所		携帯電話
勤務先		電話番号

10. 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対する居宅介護支援の提供により事故が生じた場合には、速やかに県と市町村、利用者の家族等に連絡を行う等必要な措置を講じます。なお、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

11. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス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、業務継続計画に必要な措置を講じます。

12. 身体的拘束廃止

サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の行動を抑制する行為を抑制する行為を行いません。やむを得ず身体的拘束を行うときは、利用者又は家族に身体拘束の方法、時間帯、心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過記録等の作成について説明し、同意を得るものとします。

13. 苦情処理体制

(ア) 利用者からのサービス内容に関する相談又は苦情等に対応する窓口、担当者の配置

常設の窓口	指定居宅介護支援事業所仁風荘
所在地	山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地
苦情受付担当者 電話番号	管理者・主任介護支援専門員 安達茂子 TEL 0237-53-1604 FAX 0237-35-2921
受付日時	月曜日～金曜日 午前10時～午後4時（土、日、祝祭日、8月13日、8月16日、12月31日から1月3日を除く）書面やFAXによる場合は24時間受け付けます。

(イ) 上記の事業所以外に市町村と山形県国民健康保険団体連合会に、苦情や相談をすることができます。

大石田町保健福祉課福祉グループ 介護保険担当	999-4111 北村山郡大石田町緑町1番地	TEL0237-35-2111 (内線132) FAX0237-35-2118
尾花沢市福祉課介護福祉係	999-4292 尾花沢市若葉町一丁目1番3号	TEL0237-22-1111 (内線162) FAX0237-23-3004
山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課	991-0041 寒河江市大字寒河江字久保6番地	TEL0237-87-8003 FAX0237-83-3354

(ウ) 苦情処理体制と手順

利用者から苦情を受け付けたら、速やかに各関係機関に調査を命じ、事実関係を明らかにします。調査終了後は、速やかに苦情処理検討会を開催し、対応策を決定します。報告すべき事項については文書で利用者や各関係機関に報告します。

14. ハラスメントに関する事項

ハラスメントは、サービスの提供を困難にし、関わった従業員の心身に悪影響を与えます。下記のような行為があった場合、状況によってはサービスの提供を停止させていただく場合があります。

- (1) 性的な話をする。必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為
- (2) 特定の従業員に嫌がらせをする。理不尽なサービスを請求するなどの精神的暴力
- (3) 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- (4) 従業員や事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等の、その他の行為

__殿の居宅サービス計画作成の依頼に先だって、以上のことについての

説明を 令和__年__月__日にしました。

事業者

所在地 〒999-4111 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地

事業所名 指定居宅介護支援事業所仁風荘

説明者 介護支援専門員 _____ 印

私は、本書面により、居宅介護支援について重要事項の説明を受け、重要事項説明書を受領しました。

令和__年__月__日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

依頼者 住 所 _____

氏 名 _____ 印