

重 要 事 項 説 明 書

(居宅介護支援)

通所介護のサービス提供にあたり、介護保険法・その他諸法令に基づいて、当事業所が説明すべき重要事項は以下の通りです。

1. 法人概要

| | |
|------|--------------|
| 法人名称 | 医療法人社団 二三会 |
| 法人種別 | 医療法人 |
| 代表者名 | 理事長 安部 真彰 |
| 電話番号 | 0833-44-2680 |

2. 事業所概要

| | |
|-----------|--|
| 事業所名称 | さくら苑指定居宅介護支援事業所 |
| 所在地 | 山口県下松市瑞穂町2丁目21番1号 |
| 代表者名 | 理事長 安部 真彰 |
| 管理者名 | 佐伯 亜佐子 |
| 電話番号 | 0833-43-8123 |
| FAX番号 | 0833-44-4516 |
| 指定番号 | 山口県 3570700041 号 山口県知事指定(許可) 介護保険取り扱い事業所 |
| 通常の事業実施地域 | 下松市・周南市の一部(旧徳山市・旧熊毛町)・光市 |
| 営業日 | 月曜日 から 土曜日 |
| 休日 | 日曜日・年末年始(12月29日～1月3日) |
| 営業時間 | 8時30分～17時15分 ※電話により24時間連絡は可能です |

3. 事業所の職員体制と職務内容

| 従業者の職種 | 員数 | 勤務体制 | | |
|-----------|------|------|--------|-------|
| 管理者 | 1人 | 常勤0人 | 常勤兼務1人 | 非常勤0人 |
| 主任介護支援専門員 | 1人以上 | 常勤0人 | 常勤兼務1人 | 非常勤0人 |
| 介護支援専門員 | 3人以上 | 常勤2人 | 常勤兼務1人 | 非常勤0人 |
| 事務職員 | 1人 | 常勤0人 | 常勤兼務1人 | 非常勤0人 |

| 従業者の職種 | 職務内容 |
|-----------|-----------------------------|
| 管理者 | 居宅介護支援専門員、その他の従事者の管理・指導 |
| 主任介護支援専門員 | 居宅介護支援サービス等に係る業務・介護支援専門員の指導 |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援サービス等に係る業務 |

4. 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 医療法人社団二三会が開設するさくら苑指定居宅介護支援事業所（以下事業所と言う）が行う指定居宅介護支援事業の適正な運営を確保するためには、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の居宅介護支援専門員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。 |
| 運営方針 | <p>(1) 利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来るように配慮して行うものとします。</p> <p>(2) 利用者の心身の状況、その置かれてる環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効果的に提供する様に配慮し努めます。</p> <p>(3) 居宅サービス計画の作成にあたり、利用者の意思および人格を尊重し、特定の事業者に不当に偏ることのない公正中立に行うものとします。</p> |

5. 当法人が実施する他の事業

| 事業所名称 | 介護保険事業所番号・参考事項(電話番号等) | |
|-----------------------|-----------------------|--------------|
| さくら苑デイサービスセンター | 山口県 3570700264 号 | 0833-44-4515 |
| リハビリスタジオわはは | 山口県 35A0700010 号 | 0833-48-8869 |
| ショートステイ野の花 | 山口県 3570700421 号 | 0833-45-5500 |
| みずほ内科クリニック訪問リハビリテーション | 山口県 3510710837 号 | 0833-44-2680 |
| みずほ内科クリニック | 脳神経内科・内科・リハビリテーション科 | 0833-45-6161 |

6. 居宅介護支援の内容、提供方法および料金

| 居宅介護支援の内容 | 提供方法 | 介護保険 |
|------------------|--------------------|--------------------------|
| 居宅サービス計画の作成 | 利用者および担当者に交付します | <input type="radio"/> 適用 |
| 居宅サービス事業者との連携・調整 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |
| サービス実施状況の把握・評価 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |
| 医療機関との連携・調整 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |
| 利用者の状況の把握 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |
| 給付管理 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |
| 要介護認定申請に対する協力・援助 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |

| | | |
|-----------|--------------------|--------------------------|
| 介護保険施設の紹介 | さくら苑指定居宅介護支援事業所で提供 | <input type="radio"/> 適用 |
| 相談対応 | 介護支援専門員にて対応します | <input type="radio"/> 適用 |

| 基本サービス | 要介護状態区分 | 単位数 | 算定要件 |
|-------------|--|----------|---|
| 居宅介護支援費(I) | 居宅介護支援費(II)を算定していない事業所 | | |
| | 居宅介護支援(i) | 要介護1・2 | 1086単位/月 ケマネジャー1人あたりの取扱件数が45未満である場合又は45以上である場合において、45未満の部分 |
| | | 要介護3・4・5 | 1411単位/月 |
| | 居宅介護支援(ii) | 要介護1・2 | 544単位/月 ケマネジャー1人あたりの取扱件数が45以上である場合において、45以上60未満の部分 |
| | | 要介護3・4・5 | 704単位/月 |
| | 居宅介護支援(iii) | 要介護1・2 | 326単位/月 ケマネジャー1人あたりの取扱件数が60以上である場合において、60以上の部分 |
| | | 要介護3・4・5 | 422単位/月 |
| 居宅介護支援費(II) | 一定の情報通信機器(人工知能関連技術を活用したものを含む)の活用かつ事務職員の配置を行っている事業所 | | |
| | 居宅介護支援(i) | 要介護1・2 | 1086単位/月 ケマネジャー1人あたりの取扱件数が50未満である場合又は50以上である場合において、50未満の部分 |
| | | 要介護3・4・5 | 1411単位/月 |
| | 居宅介護支援(ii) | 要介護1・2 | 527単位/月 ケマネジャー1人あたりの取扱件数が50以上である場合において、50以上60未満の部分 |
| | | 要介護3・4・5 | 683単位/月 |
| | 居宅介護支援(iii) | 要介護1・2 | 316単位/月 ケマネジャー1人あたりの取扱件数が60以上である場合において、60以上の部分 |
| | | 要介護3・4・5 | 410単位/月 |

法定代理受領（介護保険法令に基づきご利用者に代わって保険給付を受ける）にて利用者負担はございません。

※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となります。また、特定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になります。

※利用者の都合により、事業所が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額を一旦お支払い頂きます。この場合はサービス提供証明書を交付しますので、領収書を添えてお住まいの市町村に居宅サービス費の支給申請を行って下さい。

| 加算/減算 | 内容 |
|-------------------|--|
| 特定事業所加算 | 利用者に関する情報又はサービス提供にあ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省が定める基準に適合する場合。 |
| 初回加算 | 新規に居宅サービス計画を作成した場合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した場合。 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成した場合。 |
| 入院時情報連携加算 | 病院等職員等に情報提供を行った場合。 |
| 退院・退所加算 | 利用者の退院・退所にあたり介護支援専門員が、病院又は施設職員との面談等の連携回数や医療機関等に於けるカンファレンスに参加した場合。 |
| 緊急時等 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医師又は看護師等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。 |
| | ・利用者一人につき、1月に1回の算定を限度とする。 |

| | |
|-----------------|---|
| 通院時情報連携加算 | ・利用者が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など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。 |
| 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、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、該当利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合。 |
| 特定事業所集中減算 | 前6か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と同一事業者によって提供された者の割合が正当な理由なく80%を超えた場合。 |
| 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。 |

※介護保険が適用される場合、上表に対する報酬は介護保険から直接給付されますので自己負担はありません。但し、利用者の介護保険料の滞納等がある場合は、一旦全額自己負担となる場合があります。

7. その他の介護保険対象外費用

| | |
|--|---|
| 交 通 費 | 利用者の居宅が事業実施地域以外にある場合は、交通費の実費を頂くことがあります。 |
| 利 用 者・お 客 様 の 居 宅 に お け る 電 話 の 費 用 | サービス実施のために使用された電話の費用は、利用者・お客様のご負担となります。 |

8. お客様苦情相談窓口

| | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------------------|
| さくら苑 指定居宅 介護支援事業所 お客様苦情相談窓口 | 窓口責任者 | 管理者 佐伯 亜佐子 |
| | 住 所 | 下松市瑞穂町2丁目21番1号 |
| | 電 話 番 号 | 0833-43-8123 |
| | F A X 番 号 | 0833-44-4516 |
| | 受 付 時 間 | 8時30分～17時15分 (月曜日～土曜日) |

・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。

・苦情があつ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。

・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)

| | | |
|--------------------------|---------|---------------------|
| 山 口 県 国 保 連 介 護 保 险 課 | 住 所 | 山口市朝田1980-7(国保会館1階) |
| | 電 話 番 号 | 083-995-1010 |

| | | |
|---------------------|---------|-----------------|
| 山 口 県 長寿社会課介護保険班 | 住 所 | 山口市滝町1番1号(県庁5階) |
| | 電 話 番 号 | 083-933-2774 |
| 下 松 市 高 齢 福 祉 課 | 住 所 | 下松市大手町3-3-3 |
| | 電 話 番 号 | 0833-45-1831 |
| 周 南 市 こども・福祉部 | 住 所 | 周南市岐山通1丁目1番地 |
| | 電 話 番 号 | 0834-22-8462 |
| 光 市 高 齢 者 支 援 課 | 住 所 | 光市光井二丁目2番1号 |
| | 電 話 番 号 | 0833-74-3003 |

9. 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、家族および医療機関への対応、市町村への連絡、利用する介護事業所への連絡等必要な措置を講じると共に、当該事故の状況や処置について記録し、損害賠償（東京海上火災保険）の対象である場合には、速やかに行うものとします。

10. 秘密保持と個人情報の保護

| | |
|---------|--|
| 利 用 期 間 | 介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準じます。 |
| 利 用 目 的 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 介護保険における介護認定の申請および更新、変更のため (2) 利用者に関する介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議等での情報提供のため (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合 (5) 利用する介護事業所内のカンファレンスのため (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議のため (7) 利用の有無、利用時の様子に関する家族等（三親等内）からの問い合わせの場合（但し、氏名・住所・続柄・電話番号を伺えた場合に限る） (8) その他のサービス提供で必要な場合 (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する場合の連絡等のため |
| 使 用 条 件 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外に決して利用することはありません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。 (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し本人または身元引受人から請求があれば開示します。 |

11. 介護サービスの情報の公表

<https://www kaigokensaku.mhlw.go.jp/35/index.php>

12. 主治の医師および医療機関との連絡

事業者は利用者の主治医の医師および医療関係者との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡を取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事を目的とします。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などに、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を貼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、本人または家族から、当事業所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。

13. 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事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事ができます。
 - ・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う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得ない場合には紹介等により、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末期の癌と診断された場合であって、日常生活上の障害が1か月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者またはその家族の同意を得たうえで、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。

14. その他

課題分析およびモニタリングの実施方法

厚生労働省が定める課題分析標準項目に準じた「全社協アセスメント」または「かんたんアセスメント」を使用して課題分析を行います。その後、少なくとも月1回はご利用者の居宅を訪問し、ご利用者と面談の上サービスの利用状況、目標に向けた進行状況、生活上の変化などを確認させていただき記録します。また、ご利用者の状態が安定しているなど、一定の要件を満たした上で、ご利用者の同意およびサービス担当者会議で主治医、担当者その他の関係者の合意が図られた場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことができます。その際は、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集します。なお、少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問します。

| | |
|--------------------------|--|
| 虐待防止のための措置 | <p>利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施 (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備 (3) その他虐待防止のために必要な措置 (委員会の開催、指針整備等) |
| 業務継続計画（B C P）の策定等 | <p>感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催するなどの措置を講じる。</p> |
| 感染の予防及び蔓延の防止のための措置 | <p>感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講ずるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練の実施 (2) その他感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置 (委員会の開催、指針整備等) |
| 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保 | <p>男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策のため、次の措置を講ずるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 従業者に対するハラスメント指針の周知・啓発 (2) 従業者からの相談に応じ、適切に対処するための体制の整備 (3) その他ハラスメント防止のために必要な措置 |

居宅介護支援契約における個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービスなどを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合、また他事業所を利用する場合に使用する。

2. 使用に当たっての条件

- (1) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。
- (3) 第三者への提供
 - ・ケアプランの中で利用するサービス事業所への提供
 - ・国保連合会へ介護報酬の請求のための提出
 - ・コンピューターの保守のためのデーター提供
 - ・提供の手段または方法として、手渡し、フロッピー、FAX、電話などを用いる
- (4) 場合によって、本人の申し出により第三者への提供を差し止めることができる

3. 個人情報の内容

- (1) 氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が居宅介護支援を行うために、最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- (2) 認定調査票（必要項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- (3) その他の情報
上記の内容以外に特に必要な情報については本人または家族に了承を得る

- ※ 「サービス担当者会議」とは利用するサービスの担当者、本人、家族と共に利用者の自立支援の目的を達成するために話し合う場を言います
- ※ 「他事業所」とは、訪問介護、訪問看護、通所サービス、短期入所、福祉用具などの事業所を言います
- ※ 「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものといいます

令和 年 月 日

利用者

住所

印

利用者家族代表

住所

印

(代理人を選定した場合) 上記代理人

住所

印

氏名

印

上記の契約・重要事項説明書・個人情報使用同意書を証するため、本書2通を作成し利用者・事業者が署名押印の上1通ずつ保有するものとします。

締結日 令和 年 月 日

サービス提供開始にあたり、利用者または家族(申込代行者・見元引受人)に対して本書面に基づいて契約・重要事項・個人情報についての説明をいたしました。

説明者

印

【事業者】

住 所 下松市瑞穂町2丁目21番1号
事業所名 医療法人社団 二三会
さくら苑指定居宅介護支援事業所
代表者名 理事長 安部 真彰

印

私は、本書面に基づき事業者から契約・重要事項・個人情報についての説明を受け、居宅介護支援のサービス提供に同意いたします。併せて、サービス担当者会議等における個人情報等の提供についても同意いたします。

【利用者】

住 所

氏 名

印

【申込代行者（身元引受人）】

住 所

氏 名

印

利用者から見た続き柄 ()