

居宅介護支援重要事項説明書

みどりばケアプランセンター

1. 事業者

事業者の名称	ギャップ・フィリング株式会社
法人 所在地	〒745-0304 山口県周南市大字鹿野下 1006 番地 3
法人 種 別	株式会社
代表者 氏名	代表取締役 藤本 真樹
電 話 番 号	0834-51-7897
FAX 番号	0834-51-7897

2. 運営の目的と方針

(1) 運営の目的

高齢者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、事業所の介護支援専門員又はその他の従業者（以下「介護支援専門員等」という。）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。

(2) 運営の方針

事業の実施に当たっては、

- ① 事業所の介護支援専門員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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配慮します。
- ② 利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、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率的に提供されるよう配慮します。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、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ことのないよう公正中立に行います。
- ④ 関係市町村、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及び連絡調整を行い、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及び通常の事業の実施地域

事業所名	みどりばケアプランセンター
所在地	〒745-0004 山口県周南市毛利町3丁目45番地
管理者 氏名	岡 美絵
介護保険指定番号	3571501984
通常の事業の実施地域	周南市（離島を除く）
電話番号	0834 - 51 - 7730 （携帯）080 - 4757 - 8467
FAX 番号	0834 - 51 - 7730

(2) 当法人のあわせて実施する事業

種類	事業者名	事業者指定番号
訪問看護	エンツギ訪問看護ステーション	3561590138

(3) 職員体制

従業員の職種	業務内容	人数
管理者	(介護支援専門員兼務) 事業所の運営及び業務全般の管理	1人
介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に係わる業務	1人以上
事務員（非常勤）	事業所の事務全般を実施	1人

(4) 勤務体制

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	午前9時～午後5時
休業日	祝祭日及び年末年始（12/30～1/3）
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

(5) 居宅介護支援の実施概要

事 項	備 考
相談を受ける場所	・ 上記事業所内及び利用者宅その他必要と認められる場所
課題分析の方法	・ 全社協版アセスメントツールを使用し、厚生労働省の標準課題項目に準じて、利用者居宅において対面にてアセスメント（課題分析）を実施。
居宅サービス利用調整	・ 利用者の状況に応じた居宅サービスが適切に提供できるようにサービスの利用調整を実施 ・ サービス担当者会議開催 ・ 居宅サービス計画書の作成、説明、同意、交付
定期訪問モニタリング	・ 最低月 1 回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間での計画の実施状況の把握（モニタリング）と記録を実施 ・ 利用者の状態の変化に応じた居宅サービス計画等の変更の実 施
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	・ 事業所の介護支援専門員（現状、1 人体制のため変更は不可）

(6) 当事業所が提供するサービスと利用料金

居宅介護支援費	・ 厚生労働大臣が定める基準による（別紙 1 参照） ・ 法定代理受領サービスである場合の負担はなし
交通費	・ 通常の実施地域の場合は不要 ※但し、通常の実施地域を越えて行う指定介護支援に要した交通費は、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の実施地域を越えてから、おおむね片道 1 km ごとに 30 円の徴収とします ・ 費用の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）をいただきます（別紙参照）

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	みどりばケアプランセンター苦情対応責任者
担 当 者	管理者 岡 美絵
電 話 番 号	0834-51-7730
対 応 時 間	営業日営業時間内

(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、担当者及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、検討の結果及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います。

外部苦情相談窓口

周南市高齢者支援課	住所	周南市岐山通 1-1
	電話 番号	0834-22-8467
	ファックス番号 受付時間	0834-22-8251 8 : 30～17 : 15
山口県国保連合会	住所	山口市大字朝田岡の口 1980 番地の 7
	電話 番号	083-995-1010
	ファックス番号 受付時間	083-934-3665 9 : 00～17 : 00
山口県福祉サービス運営適正化 委員会 (福祉サービス苦情解決委員 会)	住所	山口市大手町 9-6 ゆ〜あいプラザ山口県福祉会館 2F
	電話 番号	083-924-2837
	ファックス番号 受付時間	

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事故発生時の報告

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. 主治の医師及び医療機関等との連絡

介護支援専門員等は、利用者の疾患に対する対応をより円滑に行うため、利用者の主治の医師及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。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、当事業所名及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、当事業所名及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. 他機関との各種会議等

- ①利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を行います。
- ②利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施します。

9. 秘密の保持

- ①介護支援専門員及び事業者の使用する者（以下「従業者」という）は、サービス提供する上で知り得た利用者及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従業者は、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従業者は、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。

10. 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できること、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。

1 1. 業務継続計画の策定

事業所は、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事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、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実施するよう努めます。

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. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6ヶ月に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的開催するとともに、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 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ② 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ⑤ 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

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、事業者が署名・押印の上、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 ギャップ・フィリング株式会社
みどりばケアプランセンター

説明者 職名
氏名

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。

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人・代行者

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()

ご家族

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()

別紙 1

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 (i)	介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 未満である場合又は 40 以上である場合において、40 未満の部分	要介護 1・2	1,086 単位
		要介護 3・4・5	1,411 単位
居宅介護支援 (ii)	介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 以上である場合において、40 以上 60 未満の部分	要介護 1・2	544 単位
		要介護 3・4・5	704 単位
居宅介護支援 (iii)	介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 以上である場合において、60 以上の部分	要介護 1・2	326 単位
		要介護 3・4・5	422 単位

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た当日 (終業後の入院は翌日) 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
入院時情報連携加算 (II)	病院又は診療所に入院した翌日、翌々日までに該当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	100 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
通院時情報連携加算	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、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、居宅サービス計画等に記録した場合	50 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

別紙 2

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以下のとおりです。

①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

訪問介護	15%
通所介護	52%
地域密着型通所介護	100%
福祉用具貸与	42%

②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ごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	61.5%	30.7%	7.7%
通所介護	23.9%	26.1%	23.9%
地域密着型通所介護	100%	%	%
福祉用具貸与	36.1%	32.4%	16.2%

通常の実施地域を越えて指定介護支援を行った場合の

交通費についての説明書

- ①公共交通使用の場合はその実費をいただきます。
- ②自動車を使用した場合の交通費は、通常の実施地域を越えてから、おおむね片道 1 km ごとに 30 円の徴収いたします。

私（利用者）、および家族は、上記の費用の支払いについての説明を受け同意いたしました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人・代行者

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()

家 族

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()