

居宅介護支援等重要事項説明書

1 事業者

名 称	合同会社オフホワイト
所在地	兵庫県揖保郡太子町東保 481-3 コーポ太子東 201
法人種別	合同会社
代表者氏名	磯田 明子
電話番号	079-289-5671

2 運営の目的と方針

要支援・要介護状態にある利用者に対し、適切な介護予防支援サービス・居宅介護支援サービス（以下「居宅介護支援サービス等」という。）を提供することを目的とします。

そのために、利用者の居宅を訪問し、利用者の有する能力、提供を受けている指定居宅サービス、及びその置かれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことができるように介護予防支援計画・居宅サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成及び変更をします。

また、関係市町、地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービス機関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居宅介護支援サービス等の実施状況の把握に努めます。

3 事業概要

(1) 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所きなり
所在地	兵庫県揖保郡太子町東保 481-3 コーポ太子東 201
介護保険指定番号	2874101146
サービス提供地域	揖保郡太子町、たつの市、姫路市（家島町を除く）

(2) 職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者	常勤	事業所の運営及び業務全般の管理	1
主任介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に関わる業務	2
介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に関わる業務	1

(3) 営業体制

営業時間	毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後6時 祝祭日及び年末年始（12月29日～1月3日）を除く
緊急連絡先	担当介護支援専門員緊急連絡先で24時間体制にて受付 （緊急時以外の相談は原則として営業時間内にて受付）

(4) 居宅介護支援サービス等の内容

事 項	備 考
課題分析の方法	居宅サービス計画ガイドライン方式を使用し、厚生労働省の標準課題項目に準じて、居宅介護支援サービスにおいては少なくとも月1回、介護予防支援サービスにおいては少なくとも3か月に1回、利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行う。
研修の参加	現任研修等、資質向上に必要な研修に計画的に参加する。
担当者の変更	担当の介護支援専門員の変更の希望には応じる。

(5) 居宅介護支援サービス等の基本報酬

利用料金の月額、厚生労働大臣が定める以下の基準によるものとし、利用者の自己負担はありません。

① 基本報酬

居宅介護支援費 (I)(i)	介護支援専門員1人あたりの担当件数が 1～44件	要介護1・2	10,860円
		要介護3・4・5	14,110円
居宅介護支援費 (I)(ii)	介護支援専門員1人あたりの担当件数が 45～59件	要介護1・2	5,440円
		要介護3・4・5	7,040円
居宅介護支援費 (I)(iii)	介護支援専門員1人あたりの担当件数が 60件以上	要介護1・2	3,260円
		要介護3・4・5	4,220円
介護予防支援費			4,720円

② 減算

特定事業所 集中減算	正当な理由なく指定居宅サービスが特定の事業所に80%以上集中している場合	2,000円減算
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	基本報酬の50%（2か月以上継続している場合100%）

③ 加算

初回加算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	3,000 円
入院時情報 連携加算（Ⅰ）	病院または診療所に入院してから3日以内に、当該病院または診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	2,500 円
入院時情報 連携加算（Ⅱ）	病院または診療所に入院してから4日以上7日以内に、当該病院または診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	2,000 円
通院時情報 連携加算	病院または診療所において医師の診察を受けるときに、医師等に対して必要な情報提供を行った場合	500 円
退院・退所加算 （Ⅰ）イ	病院または診療所・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	4,500 円
退院・退所加算 （Ⅰ）ロ	病院または診療所・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	6,000 円
退院・退所加算 （Ⅱ）イ	病院または診療所・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	6,000 円
退院・退所加算 （Ⅱ）ロ	病院または診療所・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	7,500 円
退院・退所加算 （Ⅲ）	病院または診療所・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	9,000 円
特定事業所 加算（Ⅲ）	常勤の主任介護支援専門員1名、常勤の介護支援専門員2名以上を配置し、その他厚生労働大臣が定める基準に適合していることを届けた場合	3,230 円
緊急時等居宅 カンファレンス 加算	病院または診療所の求めにより当該病院また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	2,000 円
小規模多機能型 居宅介護事業所 連携加算	利用者が小規模多機能型居宅介護事業所の利用を開始する際に当該利用者に係る必要な情報を小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、居宅サービス計画等の作成に協力した場合	3,000 円
看護小規模多機 能型居宅介護事 業所連携加算	利用者が看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用を開始する際に当該利用者に係る必要な情報を看護小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、居宅サービス計画等の作成に協力した場合	3,000 円
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、死亡日前14日以内に2日以上、居宅を訪問して、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス事業者へ提供した場合	4,000 円
特定事業所医療 介護連携加算	前々年度の3月から前年度の2月までの間にターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定している場合	1,250 円

4 利用者からの苦情に対する対応

(1) 当事業所窓口

担当者	磯田 明子
電話番号	079-289-5671
対応時間	毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後6時 原則として祝祭日及び年末年始（12月29日～1月3日）を除く

(2) 苦情に対する対応方針

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、納得が得られるよう理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス提供事業者に対する対応方針

サービス提供事業者からの対応状況を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、十分な協議等を実施します。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) 外部の苦情申立機関

国民健康保険団体連合会	電話番号	078-332-5617
	ファックス番号	078-332-5650
太子町生活福祉部 高年介護課介護保険係	電話番号	079-276-6715
	ファックス番号	079-277-6031
たつの市福祉部 高年福祉課介護保険係	電話番号	0791-64-3115
	ファックス番号	0791-63-0863
姫路市健康福祉局 長寿社会支援部介護保険課	電話番号	079-221-2923・2924
	ファックス番号	079-221-2444

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で発生した利用者の身体的または精神的に通常と異なる状態について、サービス提供事業者から連絡があった場合は、以下のとおり対応します。

(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（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検討し、市町（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

事業者はサービス提供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 主治医及び医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治医及び関係医療機関に、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ照会させていただきます。これは、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とするものです。この目的を果たすために、以下の対応をお願いします。

(1) また、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します。

(2) 利用者の不測の入院時に備え、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、名刺を貼り付ける等の対応をお願いします。

8 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がサービスを提供する上で知り得た利用者及びその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。

9 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。

① 指定居宅介護支援等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ことができること、利用者は居宅サービス計画等に位置付けたサービス提供事業所等の選定理由の説明を求めることができます。

② 特定の事業者に不当に偏した情報を提供することや、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等の原案を提示することはしません。

③ 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医等が判断した場合、利用者またはその家族の同意を得た上で、主治医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、主治医や居宅サービス計画等に位置づけた居宅サービス事業者に提供することで、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。

10 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、利用者に対する居宅介護支援サービス等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。

11 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、また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。

12 虐待の防止

事業所は、虐待の発生また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こと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。

(3) 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。

(4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

13 身体的拘束等の適正化

事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

当事業者は、居宅介護支援サービス 介護予防支援サービス 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 介護予防支援サービス の提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 居宅介護支援事業所 きなり
所在地 兵庫県揖保郡太子町東保 481-3 コーポ太子東 201
管理者 磯田 明子
説明者

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 介護予防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 _____

代理人

住所 _____

氏名 _____