

稲沢厚生病院介護保険事業所

重要事項説明書（居宅介護支援）

居宅介護支援提供の開始にあたり、厚生省令第 38 号第 4 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 法人及び代表者と事業所及び管理者

法人

事業者の名称	愛知県厚生農業協同組合連合会
事業者の所在地	愛知県長久手市平池 901 番地
法人種別	厚生農業協同組合連合会
代表者氏名	宇野 修二
電話番号/FAX 番号	0561-62-3161/0561-62-3182

事業所

事業所の名称	稲沢厚生病院介護保険事業所
事業所の所在地	愛知県稲沢市祖父江町本甲拾町野 7 番地
管理者の氏名	金澤 節子
電話番号/FAX 番号	0587-97-8882/0587-97-2910
指定事業所番号	愛知県 2375500028 号

2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的

愛知県厚生農業協同組合連合会が開設する「稲沢厚生病院介護保険事業所」（以下「事業所」という）が行う指定居宅介護支援の事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、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。

運営の方針

- （1）事業の提供に当たっては、要介護状態となった場合においても、その利用者が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配慮して行います。
- （2）事業の提供に当たっては、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、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行います。
- （3）事業の提供に当たっては、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指定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することのないよう、公正中立に行います。
- （4）事業の運営に当たっては、市町村等関係行政機関、地域包括支援センター他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

3. 職員の職種、員数及び職務内容

職 種	常 勤	計
管 理 者（主任介護支援専門員と兼務）	1 名	1 名
主任介護支援専門員（管理者と兼務）	1 名以上	4 名以上
介護支援専門員	3 名以上	
事 務 員（同一法人他事業所と兼務）	1 名以上	1 名以上

4. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制
管理者、介護支援専門員、事務職員	正規の勤務時間帯(8:30～17:00) 常勤で勤務

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（祝日・国民の休日、8月15日、年末年始除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時 電話などにより、24時間常時連絡が可能な体制とする

6. 居宅介護支援サービスの概要

- (1) 要介護認定の申請代行：利用申込者の意思を踏まえ必要な協力を行います。
- (2) サービス計画の立案：利用者の希望と把握された課題に基づき作成します。
アセスメントツール（全社協方式）を使用し厚生省の標準課題項目に準じて
最低月1回は利用者宅の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行います。
- (3) 情報提供：当該地域におけるサービスの内容・利用料金等の情報提供を行います
*利用者は介護支援専門員に対し、複数の指定居宅サービス事業所を紹介するように求めることができる。又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る。
*当事業所が作成した居宅サービス計画総数のうち、訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・地域密着通所介護を位置付けた割合、それぞれ同一の指定介護支援事業所・指定密着通所介護を位置付けた割合の説明を行う。（別紙参照）
- (4) 連絡調整：各サービス事業者等と連携に努め連絡調整を行います。
- (5) 医療との連携
 - ・利用者が病院又は診療所に入院・退院の際、当該病院又は診療所との連携を行います。
 - ・利用者が医療系のサービスの利用を希望している場合等は利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、主治の医師等に対してケアプランを交付します。
 - ・訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況・ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師・薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- (6) 障害福祉との連携
障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合は、障害福祉制度の相談支援専門員と密接に連携をとります。

7. 利用料金

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額支給されるので自己負担はありません。

(1単位=10.27円)

・居宅介護支援費Ⅰ	要介護状態 1. 2	1086 単位/月
	要介護状態 3. 4. 5	1411 単位/月

- ・特定事業所加算Ⅱ 421 単位/月
中度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価。

- ・特定事業所医療介護連携加算 125 単位/月
医療機関と総合的に連携する事業所を評価。（基準を満たした翌年）

- ・初回加算 300 単位/月

- ・入院時情報連携加算Ⅰ 250 単位/月

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は、診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合。

*入院日以前の情報提供も含む。*営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日を含む。

- ・入院時情報連携加算Ⅱ 200 単位/月

上記同様、入院した日の翌日又は翌々日に必要な情報を提供した場合。

*営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

- ・退院・退所加算 病院での面談回数により 450単位～900単位/回
入院又は入所していた利用者が、退院又は退所した場合に病院又は施設などの職員と面談を行い、連携を図った場合3回を上限に算定。
- ・ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月
自宅で最期を迎えた利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又その家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡前14日以内に2日以上、当該利用者及び家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該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づけた居宅サービス事業者を提供した場合。
- ・通院時連携加算 50単位/月1回
利用者が医師又は歯科医の診察を受ける際に、ケアマネジャーが同席し必要な情報を提供し、医師又は歯科医から必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランに記録した場合。
- ・緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位/月2回： 医師または診療所の求めにより当該病院・診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要に応じ居宅サービス等の利用調整を行った場合。
※国が定める介護報酬の改定があった場合は、それに準じます。

8. 事業の実施地域

実施地域	稲沢市、一宮市(上祖父江、明地、玉野、東加賀野井、祐久)、 愛西市(大野山町、小津町、北河田町、草平町、古瀬町、佐折町、 勝幡町、諏訪町、千引町、鷹場町、西川端町、根高町、湊高町、 町方町、見越町、南河田町、持中町、諸桑町、赤目町、鶉多須 町、江西町、上東川町、川北町、給父町、塩田町、下大牧町、 下東川町、立石町、高畑町、藤ヶ瀬町、二子町、元赤目町)
------	---

*その他の地域は一律270円を頂きます。

9. 相談窓口、苦情対応

当施設ご利用相談室	窓口担当者 金澤 節子 ご利用時間 毎日午前8:30～午後5:00 ご利用方法 電話 0587-97-8882 面接随時
-----------	--

稲沢市介護保険相談窓口（稲沢市役所高齢介護課）電話：0587-32-1111

一宮市介護保険相談窓口（一宮市役所市民福祉部高年福祉課）

電話：0586-73-9111

愛西市介護保険相談窓口（愛西市役所高齢福祉課）電話：0567-25-1111

愛知県国民健康保険団体連合会 電話：052-971-4165

10. 苦情処理の体制

- (1) 苦情があった場合には、ただちに窓口担当者が相手方に連絡し、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認し対応します。
- (2) 窓口担当者が必要と判断した場合は、苦情処理等対応委員会を設置し検討します。また必要な場合は管理者を含めて検討。検討の結果、速やかに具体的な対応策を講ずるものとします。
- (3) 苦情の内容について記録し、保管いたします。

11. 事故発生時の対応

サービス提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を講じ、損害を賠償します。

12. 虐待防止に対する対策について

事業所はサービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを関係機関に報告します。

13. 秘密保持について

- （1）従業員は正当な理由がない限り、サービス提供にあたって知り得た利用者・家族の秘密を漏らしません。
- （2）従業員が退職後においても、在職中に知り得た利用者・家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- （3）サービス調整会議などにおいて個人情報を用いる場合は、利用者又は家族の同意を得ない限り使いません。

14. サービス提供時のお願いについて

- （1）職員に対する金品等のお心付けはお断りしています。
- （2）ペットはゲージに入れる、リードにつなぐ等のご協力をお願いします。
- （3）暴言、暴力、ハラスメントは固くお断りします。

信頼関係を損なう著しい迷惑行為が生じた場合はサービスの中止や契約の解除をします。

15. 協力医療機関

医療機関の名称と電話番号	愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 0587-97-2131
--------------	---------------------------------------

居宅介護支援の提供開始にあたり、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援の内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所	所在地	稲沢市祖父江町本甲拾町野7番地
	事業所名	稲沢厚生病院介護保険事業所
	説明者氏名	

私は、重要事項説明書に基づいて事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

ご利用者	住所	_____
	氏名	_____
代理人	住所	_____
	氏名	_____