

医療法人社団 苑田会

老健おぼま 居宅介護支援事業所

重要事項説明書

令和 6 年 4 月 1 日

老健おばま居宅介護支援事業所のご案内

1. 事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 (0957) 74-2711 (午前8時30分～午後5時00分まで)

担当 馬場 亮太 (介護支援専門員)

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 事業所の名称等

施設名	老健おばま居宅介護支援事業所
開設年月日	平成23年4月1日
所在地	〒854-0513 長崎県雲仙市小浜町南本町59番地
電話番号 (FAX)	(080) 8564-2241 0957-74-2711 (0957-74-2722)
管理者名	馬場 亮太
介護保険指定番号	4272400492
サービス提供地域	雲仙市 (うち千々石町、小浜町、南串山町地区)、及び南島原市 (うち加津佐町、口之津町、北有馬町、南有馬町地区)

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	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にすることを目的とします。
施設運営の方針	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配慮してサービスを提供します。

4. 職員の体制 (主たる職員)

職種	員 数	備 考
管理者	常勤1名 (兼任1名)	介護支援専門員と兼務
介護支援専門員	常勤1名	管理者と兼務

5. 営業時間等

平日・土曜日	午前8時30分～午後5時00分
日曜日	原則、休業

※ 緊急連絡電話 (080) 8564-2241 ※繋がらない場合は0957-74-2711へご連絡ください。

※ 上記にかかわらず、1月1日は休業させていただきます。

6. サービスの利用方法

まずは、お電話でお申込ください。当事業所職員がお伺いいたします。

居宅介護支援利用同意をいただいた後、サービスの提供を開始します。

7. 利用料金

利用料金については、別紙をご覧ください。

8. 事故発生時の対応

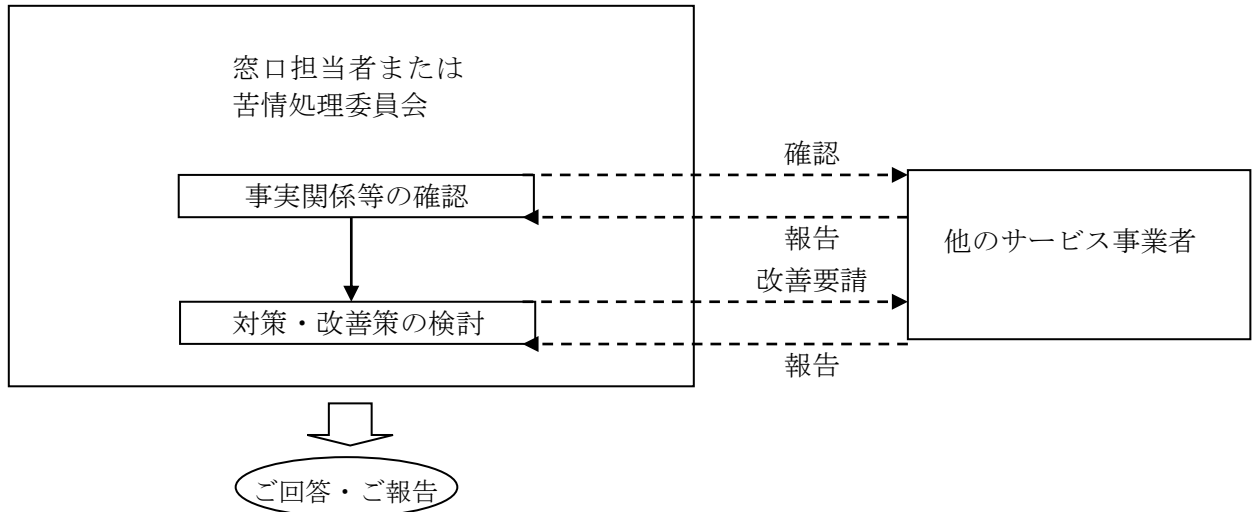
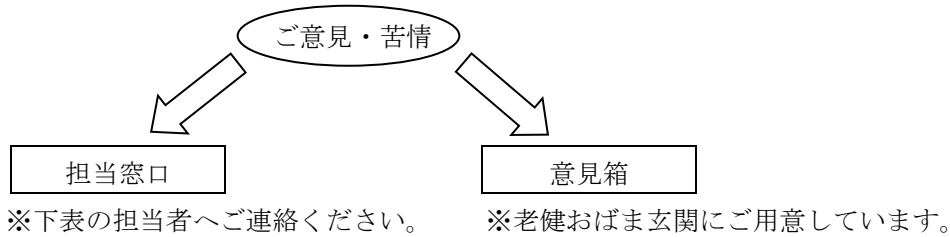
(1) 指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合、市町村、当該利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。

(2) 当該事故の状況、及び事故に際して採った処置について記録します。

(3) 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 苦情等の受付

介護老人保健施設 老健おばまでは、サービスの質の向上及び適正なサービスの提供を目指すため、皆様のご相談・苦情に、迅速かつ適切に対応できる体制を、下記のとおり整えております。下記の窓口または意見箱をご利用いただき、何なりとお申し付けください。



【担当窓口】

サービス種類	担当者	連絡先
居宅介護支援事業所	馬場 亮太	TEL 0957-74-2711
		TEL 080-8564-2241
		FAX 0957-74-2722

なお、下記公共機関窓口でも相談・苦情を受け付けております。

- 島原地域広域市町村圏組合 (0957) 61-9101
- 長崎県国民健康保険団体連合会 (095) 826-1599
(各市町村の介護保険担当窓口でも受け付けております。)

苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・老健施設内に苦情処理委員会を設置し、上記担当者も含めて施設内に掲示又はマニュアルの配布等により利用者に対して周知します。
- ・苦情は原則文書により受け付けます。ただし、来訪、電話、FAX等による申立も受け付けます。
- ・文書の受付として、匿名も考慮し施設玄関に意見箱を設置します。
- ・受け付けた苦情・相談は、全て苦情処理委員会に報告いたします。
- ・苦情処理委員会は、受付担当者から苦情内容の報告を受けた場合は申立人に対し報告を受けた旨を通知します。
- ・苦情処理委員会は、随時会議を開催し、迅速かつ適切に対応いたします。
- ・調査対応を要する場合は申立人に今後の予定、結果報告見込みを説明します。
- ・調査及び対応の結果については、利用者等に説明し、匿名の場合は施設内にて掲示を行います。

1 0. 主治の医師及び医療機関との連絡

利用者の疾患に関する情報について必要に応じて連絡を取らせていただきます。

- 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又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いたします。
- ②また、入院時にはご本人様又はご家族様から、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。

1 1. 中立公正及びサービスの選択と同意

指定居宅介護支援の提供に際し、予め利用者に対して、複数の指定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説明を求められます。

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。

※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別紙のとおりである。

1 2. ターミナルケアマネジメント

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、利用者又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 3. 多職種連携

地域包括ケアの理念に基づき、介護保険事業所及び地域包括支援センター、指定特定相談支援事業者等との連携に努めます。

1 4. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止のための指針を整備します。
- ③虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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、速やかにこれを市町村に通達します。

1 5. 業務継続計画の策定等

業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

1 6. 衛生管理

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、以下に掲げる事項を実施します。

- 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を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- 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。

料 金 表 (令和 6 年 4 月 1 日現在)

1. 介護支援利用料は、要介護認定または要支援認定の区分により、介護サービスの提供開始以降1ヶ月当たり次の額となります。(厚生労働大臣の定めによる基準による。)

(1) 基本単位

区 分	介護報酬告示額
居宅介護(予防)支援費(I) (取扱件数45件未満)	
要支援1・要支援2	4,420円/月
要介護1・要介護2	10,860円/月
要介護3・要介護4・要介護5	14,110円/月

(2) 加算

区 分	算 定 要 件	介護報酬告示額
初回加算	①新規に居宅サービス計画を作成する場合。 ②要支援者が要介護認定を受けた場合。 ③要介護状態区分が2区分以上変更された場合。	3,000円/月
入院時情報連携加算(I)	病院又は診療所に入院した日のうちに、病院又は診療所の職員に対して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を含む。営業時間終了後又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。	2,500円/月
入院時情報連携加算(II)	病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、病院又は診療所の職員に対して利用者に係る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、その翌日も含む。	2,000円/月
退院・退所加算	退院又は退所に当たって医療機関や介護保険施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し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なった場合。(同一の利用者について、利用開始月に調整を行う場合)入院又は入所期間中に1回を限度。下記の各加算の同時算定は不可。初回加算との同時算定は不可。医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関する必要な情報提供を受ける場合。 (I) イ カンファレンス以外の方法により1回 (I) ロ カンファレンスにより1回 (II) イ カンファレンス以外の方法により2回 (II) ロ 2回受け、1回以上はカンファレンスによること。 (III) 3回以上受け、1回以上はカンファレンスによること。	4,500円/回 6,000円/回 6,000円/回 7,500円/回 9,000円/月
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、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なった場合。(月2回限度)	2,000円/回
通院時情報連携加算	・利用者1人につき、1月1回の算定を限度とする。 ・利用者が医師の診療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(ケアプラン)に記録した場合。	500円/月
ターミナルケアマネジメント加算	○対象利用者 末期の悪性腫瘍で在宅で死亡した場合。(在宅訪問後24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む) ・24時間連絡が取れる体制を確保し、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備。 ・利用者又はその家族の同意を得た上で死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治医等の助言を得つつ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。	4,000円/月

	・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供。	
--	--	--

ただし、法定代理受領により当事業所の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はありません。

介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。

その場合は、いったん1ヶ月あたり上記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日、市町村役場の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

2. 介護保険外利用料金

- (1) 当事業所の通常の事業実施地域は、雲仙市（うち千々石町、小浜町、南串山町地区）、及び南島原市（うち加津佐町、口之津町、北有馬町、南有馬町地区）です。これらの実施地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費は、実施地域を越えたところから1キロメートル毎40円をいただきます。

個人情報の利用目的

老健おばま 居宅介護支援事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設及び学会等において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

【説明確認欄】

当事業者は、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援事業のサービス内容及び重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 長崎県雲仙市小浜町南本町 59番地

法人名 医療法人社団 苑田会

事業所名 老健おばま居宅介護支援事業所

事業所番号 4272400492

説明者名 _____ 印

サービス内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、サービス内容に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

電 話 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

電 話 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

署名代行の理由 _____