

# (医) 清心会 服巻医院 指定居宅介護支援事業所 ハートランド

## 利 用 重 要 事 項 説 明 書

あなたに対する指定居宅介護支援事業の居宅サービス計画開始にあたり、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準規定第三章第四条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

### 1. 事業者

事業所の名称	(医) 清心会服巻医院 指定居宅介護支援事業所 ハートランド
指定事業所番号	佐賀県4 1 1 0 2 1 2 2 9 9
事業所所在地	佐賀県唐津市船宮町 2588-3
電話番号	0955-72-2360 0120-71-2360
FAX	0955-72-2359

### 2. 事業の目的

医療法人清心会 服巻医院が開設する居宅介護支援事業所ハートランド(以下「事業所」という。)が行う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為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態または要支援状態にある高齢者等に対し、適正な居宅介護支援を提供することを目的とします。

### 3. 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日まで(土・日曜、祝日、12/31～1/3を除く)
営業時間	営業日の午前9時～午後6時 (ただし緊急の場合には対応させていただきます)

### 4. 居宅介護支援の提供方法及び内容

一、居宅介護支援の提供については、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定または要支援認定の有無及び要介護認定等の有効期間を確かめた上で行います。又、居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者またはその家族に対し、運営規定の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用者申込者の同意を得るものとします。

二、さらに居宅介護支援の提供については次の通り行います。

- ①利用者の相談を受ける場所：利用者の居宅及び事業所内
- ②サービス担当者会議の開催場所：利用者の居宅
- ③居宅訪問頻度：毎月1回以上(利用者から要望があれば適宜訪問)

三、居宅介護支援の内容は次の通りです。

- 管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとします。
- 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身または家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービスまたは福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めるものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者またはその家族に対して提供するものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適正な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握するものとします。
- 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うものとする。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得るものとします。
- 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成するものとします。
- 介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとします。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、保険給

付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得るものとします。

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者およびその担当者に交付するものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとします。
- 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(以下、「モニタリング」という。)に当たっては利用者およびその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行うものとします。
  - 【1】少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
  - 【2】少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者からの意見を求めるものとします。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会などにより意見を求めることができるものとします。
  - 【1】要介護認定等を受けている利用者が要介護または要支援更新認定を受けた場合
  - 【2】要介護認定等を受けている利用者が要介護または要支援状態区分の変更の認定を受けた場合
- 第3号から第11号までの規定は、第12号に規定する居宅サービス計画の変更について準用するものとします。
- 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合または利用者が介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとします。
- 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院または退所しようとするよう介護者等から依頼があった場合には、居宅における生活へ円満に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとします。
- 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師または歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めるものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとします。
- 介護支援専門員は居宅サービス計画に短期入所生活介護または短期入所療養介護を位置付ける場合にあつては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護および短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超えないようにするものとします。
- 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その理由の

妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証した上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載するものとします。

○介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載するものとします。

○介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に認定審査会意見または居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にもその趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成するものとします。

○介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとします。

○事業所は地域包括支援センターから指定介護予防事業の業務の委託を受けるに当たっては、当該事業所ごとに、所属する介護支援専門員の数に8を乗じて得た数を、委託を受ける件数の上限とするとともに、その業務量を勘案し、当該事業所が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮するものとします。

四、サービスを提供するサービス事業者の選定または推薦に当たり、利用者または家族の希望を踏まえつつ、公正中立に行います。

五、利用者の求めに応じてサービス提供記録を開示します。

## 5. 利用料及びその他の費用

一、指定居宅介護にかかわる利用料は介護報酬の告示上の額とします。利用料の個人負担はありません。(具体的な額については別紙にて参照とします。)

二、必要に応じ、入院時情報連携加算、退院・退所時加算、居宅支援緊急時カンファレンス加算、居宅支援小規模多機能型連携加算、居宅支援看護小規模多機能連携加算、居宅支援ターミナルケアマネジメント加算等を算定します。それにより、他の介護サービス事業者、その他の関係機関等(医療等)との情報交換を行います。尚、これらの加算についての個人負担はありません。(具体的な額については別紙にて参照とします。)

## 6. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、唐津市内の区域とします。

## 7. 職員の職種、人員及び職務内容

管理者 1名 (事業従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う)

介護支援専門員 1名以上 (居宅サービス計画の作成、認定調査やその他の支援など)

担当件数；介護支援専門員一人当たり 45件未満

## 8. 苦情申し立てについて

担当者に酔うる苦情受付→担当者による調査・確認→利用者またはご家族への面接または文書による調査報告、損害の補填方法の検討提案など、併せてスタッフ会議等での苦情内容と再発防止に向けた取組みの周知徹底、股苦情内容によっては、唐津市または国民健康保険団体連合会への報告を行います。尚、苦情申し立てにより、事業所が利用者に不当に不利益を与えることはありません。

サービスに関する相談や苦情については、下記の相談窓口で対応いたします。

- 窓口担当者 野崎 理津子 ・ 吉田 薫  
唐津市船宮町 2588-3  
(電話 フリーダイヤル 0120-71-2360 又は服巻院内 0955-72-2360)

- ご利用時間 事業所の営業時間  
※時間外の相談又は苦情については、服巻医院管理当直者が対応し、担当者に連絡をとります。

- ご利用方法 電話・面接

- その他の苦情受付機関
  - ・佐賀県国民健康保険団体連合会  
住所：佐賀市呉服元町 7 番 28 号 電話 0952-26-4181  
受付時間 月～金(祝日を除く) 8:30～17:15

- ・唐津市役所保健福祉部高齢者支援課  
住所：唐津市西城内 1-1 電話 0955-70-0102  
受付時間 月～金(祝日を除く) 8:30～17:15

- ・佐賀県健康福祉本部長寿社会課  
住所：佐賀市城内 1 丁目 1-59 電話 0952-25-7266  
受付時間 月～金(祝日を除く) 8:30～17:15

## 9. 秘密保持について

①事業者は、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及び個人情報については、利用者又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。但し利用者の個人情報を業務上必要な範囲で関係するもの(サービス担当者会議)に提示します。

②あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定に係らず、一定の条件の下で情報を提供することができます。

## 重要事項説明確認書

令和 年 月 日

### 【事業者】

所在地 佐賀県唐津市船宮町 2588 番地 3

事業者名 医療法人 清心会 服巻医院

代表者名 服巻 信也

### 【説明者】

居宅介護支援事業所 ハートランド

氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 【利用者】

私は、重要事項説明書に基づき事業者から、居宅介護支援事業所についての説明を受け、サービスの内容に同意しました。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

※代筆者（利用者が署名できない場合）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係 \_\_\_\_\_

### 【利用者家族】

私は、重要事項説明書に基づき事業者から、居宅介護支援事業所についての説明を受け、サービスの内容に同意しました。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_