

(指定居宅介護支援)

聖隷ケアプランセンター浦安

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(千葉県指定 第 1273200830 号)

社会福祉法人 聖隷福祉事業団

1. 事業所の設置・運営法人

- (1)法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
(2)法人所在地 静岡県浜松市中区元城町218-26
(3)連絡先 電話番号 053-413-3300(代表)
F A X 053-413-3314
ホームページアドレス <http://www.seirei.or.jp/hq/>
(4)代表者 理事長 青木 善治

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
平成23年6月1日指定(千葉県指定 第1273200830号)
(2)事業所の名称 聖隷ケアプランセンター浦安
(3)事業所の目的 指定居宅介護支援事業所は介護保険法令にしたがい、要介護等状態にあるご契約者に対し、可能な限り居宅において、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、必要な支援を提供します。
(4)建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下1階・地上5階建
(5)延床面積 12.5㎡
(6)所在地 千葉県浦安市高洲九丁目3番1号
(7)連絡先 電話番号 047-700-6620
F A X 047-700-6623
(8)管理者 大塚 綾子
(9)指定年月日 平成23年6月1日
(10)サービス提供地域 浦安市

3. 職員の配置状況

- (1) 当事業所には、ご契約者に対し指定居宅介護支援を提供する職員として、下記の職種及び人数を配置します。

職 種	職員数	勤務形態
管理者/介護支援専門員	1名	常勤 兼務
介護支援専門員	1名以上	常勤 専従
事 務 員	1名	常勤 兼務

※職員数は、上記の配置人数を下回らないものとします。

- (2) 配置職員の職務内容は、次のとおりです。

- [管 理 者] 事業所の責任者として事業所の管理を統括します。
- [介護支援専門員] ご契約者に対し指定居宅介護支援の提供にあたります。
- [事 務 員] 事業所の労務管理・経理等を行います。

4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで (但し、国民の休日及び12月29日から1月3日を除く)
営業時間	9:00～17:30

※ 電話等により 24 時間常時連絡が可能な体制とします。

日中の連絡先 電話番号 047-700-6620

夜間・土日祭日 電話番号 090-9269-8768

5. 運営方針

(1) 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の選択に基づき適切な保健・医療・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公正中立な立場に努めます。事業所の所属法人以外のサービスについても紹介、調整します。

前6か月間に作成した居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下訪問介護等という。)がそれぞれに位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6か月間に居宅サービス計画書に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅介護サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合は別表に記載した通りです。この情報は、介護サービス情報公表制度においても公表しています。

(2) 管理者は、職場におけるハラスメント防止のための雇用管理上の措置を講じます。

(3) 当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の設置、指針の研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

(4) 当事業所は当該指定居宅介護支援事業所において感染症及びまん延防止のため委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

(5) 事業所は感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を定期的実施する。感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じます

(6) 指定居宅介護支援を行うにあたっては、介護保険等関連情報を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの向上に

努めます。

5. サービスの内容

- (1) 居宅介護支援にあたっては、ご契約者の心身の状況、置かれている環境、ご契約者及びそのご家族の希望等を考えた上で、複数の居宅サービス事業所の紹介が可能であることを説明し、その選択に基づいて居宅サービス計画書を作成、サービス担当者会議を開催した上でご契約者に説明・交付致します。その際ご契約者は当該事業所を居宅サービス計画に位置づけた理由を求めることができます。
- (2) 居宅サービス計画の作成後においても、ご契約者やその家族、事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、ご契約者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて居宅サービス計画の変更、事業者等との連絡調整を行います。
また必要に応じて多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成します。
- (3) ご契約者が訪問看護や、通所リハビリテーション等の医療サービスを希望している場合には必ず主治医の意見を求めます。
ご契約者が、医療機関へ入院する時には、担当の介護支援専門員がその医療機関と連携をして居宅介護支援に関わる情報提供等対応致します。また医療機関や介護保健施設等に退院・退所する時にはスムーズに在宅サービスに移行できるように、その医療機関等と連携をして、入院・入所中の療養経過、療養上の留意事項等情報収集し、居宅サービス計画を作成します。
* 入院時には、その医療機関に対し、担当の介護支援専門員の氏名等を必ずお伝えください。当該介護支援専門員が医療機関と適切に連携し、対応致します。
- (4) ご契約者の要介護認定に係る申請についてご契約者の意思を確認した上で、申請代行等必要な援助を行います。
- (5) 前項の居宅サービス計画の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、ご契約者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。
ご契約様がその居宅における日常生活が困難になったと認める場合、またはご契約者が介護保険施設に入院または入所を希望する場合、介護保険施設に関する情報提供を行います。
- (6) 障害福祉サービスを利用してきた障がい者が、介護保険サービスを利用するにあたって介護支援専門員は特定相談支援事業所の相談支援専門員と必要に応じて連携致します。

6. サービス利用料及び利用者負担

(1) 居宅介護支援については、ご契約者の負担はありません。ただし、ご契約者の被保険者証に支払方法変更の記載(利用者が保険料を滞納しているため、サービスを償還払いとする旨の記載など)があったときは、以下に示す所定の金額をお支払いいただきます。この場合、事業所よりサービス提供証明書を発行しますので、保険者の窓口で払い戻しを受けてください。

●要介護1及び2 1,076 単位(居宅介護支援費 I) × 10.84(地域加算) = 11,663 円

●要介護3～5 1,398 単位(居宅介護支援費 I) × 10.84(地域加算) = 15,154 円

その他加算

加算関係別表をご参照ください。

関係法令の変更等により変更となる場合があります。

(2) 介護支援専門員が通常のサービス地域外へ訪問・出張した場合、交通費の実費の支払いが必要となります。自動車を使用した場合は、通常のサービス地域を越えた地点より、1kmあたり50円を往復の距離に換算しお支払いいただきます。なお、有料道路及び有料駐車場を使用した場合は、実費をお支払いいただきます。

7. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は、下記の窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者：	介護支援専門員 三谷 晋一 介護支援専門員 大塚 綾子
○苦情解決責任者：	所 長 三谷 晋一 管 理 者 大塚 綾子
○受付時間：	月曜日～金曜日(年末年始及び祝日を除く) 9:00 ～ 17:30
○受付方法：	電話 047-700-6620 F A X 047-700-6623

なお、備え付けの『ご意見箱』に投書していただいても結構です。

(2)行政機関その他の苦情受付機関

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理係	所在地：千葉県稲毛区天台 6-4-3 電 話：043-254-7428 F A X：043-254-7401 受付時間：8:30～17:00 (年末年始・土日祝除く)
浦安市健康福祉部介護保険課	所在地：浦安市猫実1-1-1 電 話：047-351-1111(代) F A X：047-390-7918 受付時間：8:30～17:00 (年末年始・土日祝除く)

8. 損害賠償について

- (1) サービス提供に当たって、事業者の責に帰すべき事由により利用者に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。
- (2) 利用者の責に帰すべき事由によって、事業者が損害を被った場合、利用者は、その損害を賠償するものとします。

施行日：平成 23年 6月 1日

改訂日：平成 23年 8月 8日

平成 24年 4月 1日

平成 24年 9月 3日

平成 25年 5月 1日

平成 26年 4月 1日

平成 27年 4月 1日

平成 28年 2月 1日

平成 28年 4月 1日

平成 28年10月 1日

平成 29年 1月 1日

平成 29年 4月 1日

平成 30年 4月 1日

平成 30年 5月 1日

令和 1年 5月 1日

令和 1年 10月 1日

2021年 4月 1日

重要事項説明書 確認書

年 月 日

聖隷ケアプランセンター浦安の指定居宅介護支援の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

聖隷ケアプランセンター浦安

〔説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印 _____〕

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援の提供を受けることに同意しました。

また、個人情報の使用についても同意しました。

〔契約者〕 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

〔身元引受人〕 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

契約者との関係 _____

電話番号 _____

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援の提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

〔署名代行者〕 住所 _____

氏名 _____

契約者との関係 _____