

付表 13 (別紙) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

記入例

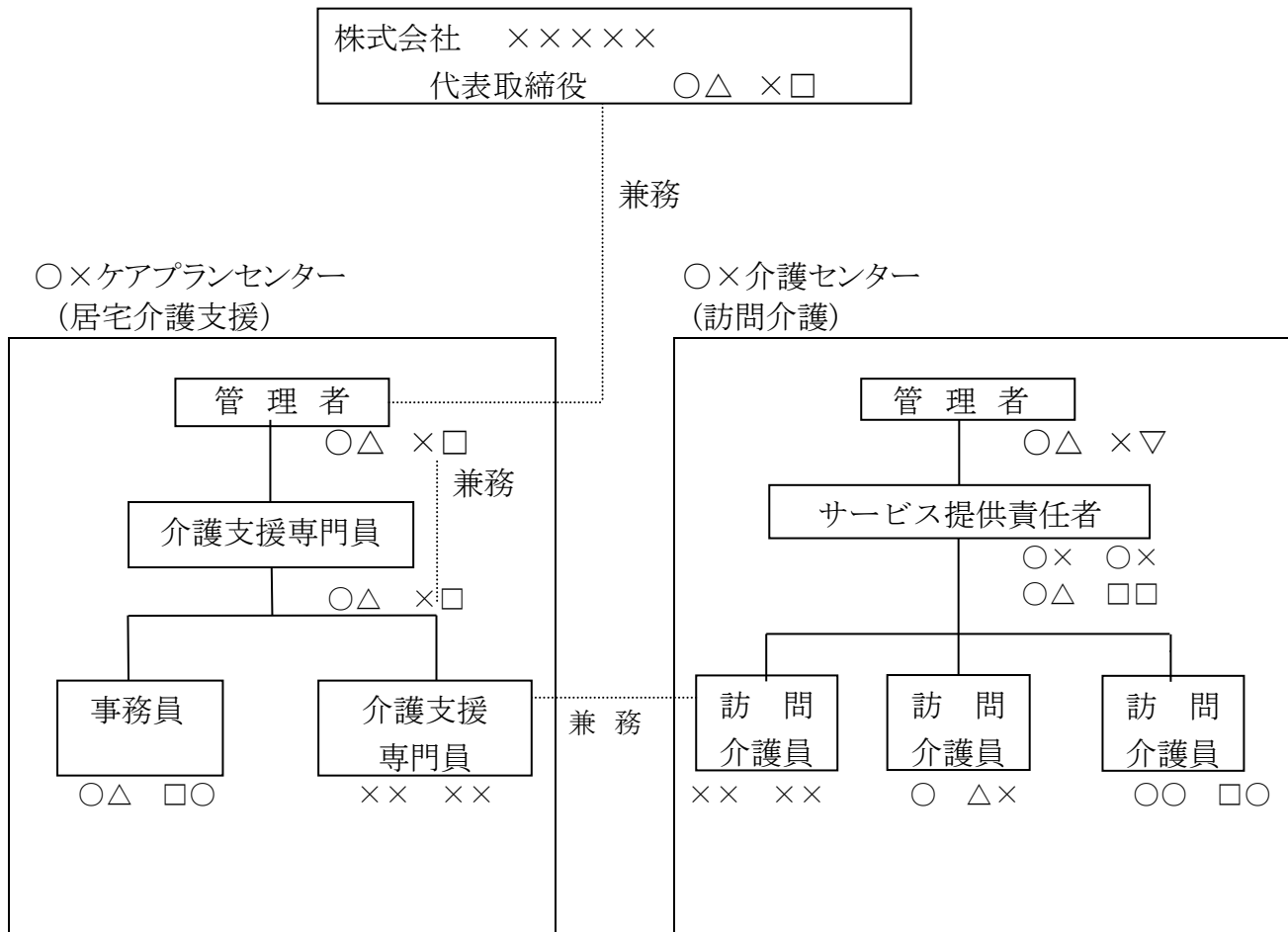
	氏 名		介護支援専門員登録番号								異動日	主任介護支援専門員の資格の有無
	フリガナ	氏 名	2	7	×	×	×	×	×	×	〇〇年〇月〇日	有 ・ 無
①	フリガナ	○△ ×□										有 ・ 無
	氏 名	○△ ×□										
②	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
③	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
④	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑤	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑥	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑦	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑧	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑨	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑩	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑪	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑫	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑬	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑭	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑮	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											
⑯	フリガナ											有 ・ 無
	氏 名											

- 備考 1 本別紙は、付表13とあわせて使用すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。
 3 8桁の新登録番号を記載すること。

管理者であって、介護支援専門員との兼務が無い場合は、管理者名の記載は不要です。

組 織 体 制 図

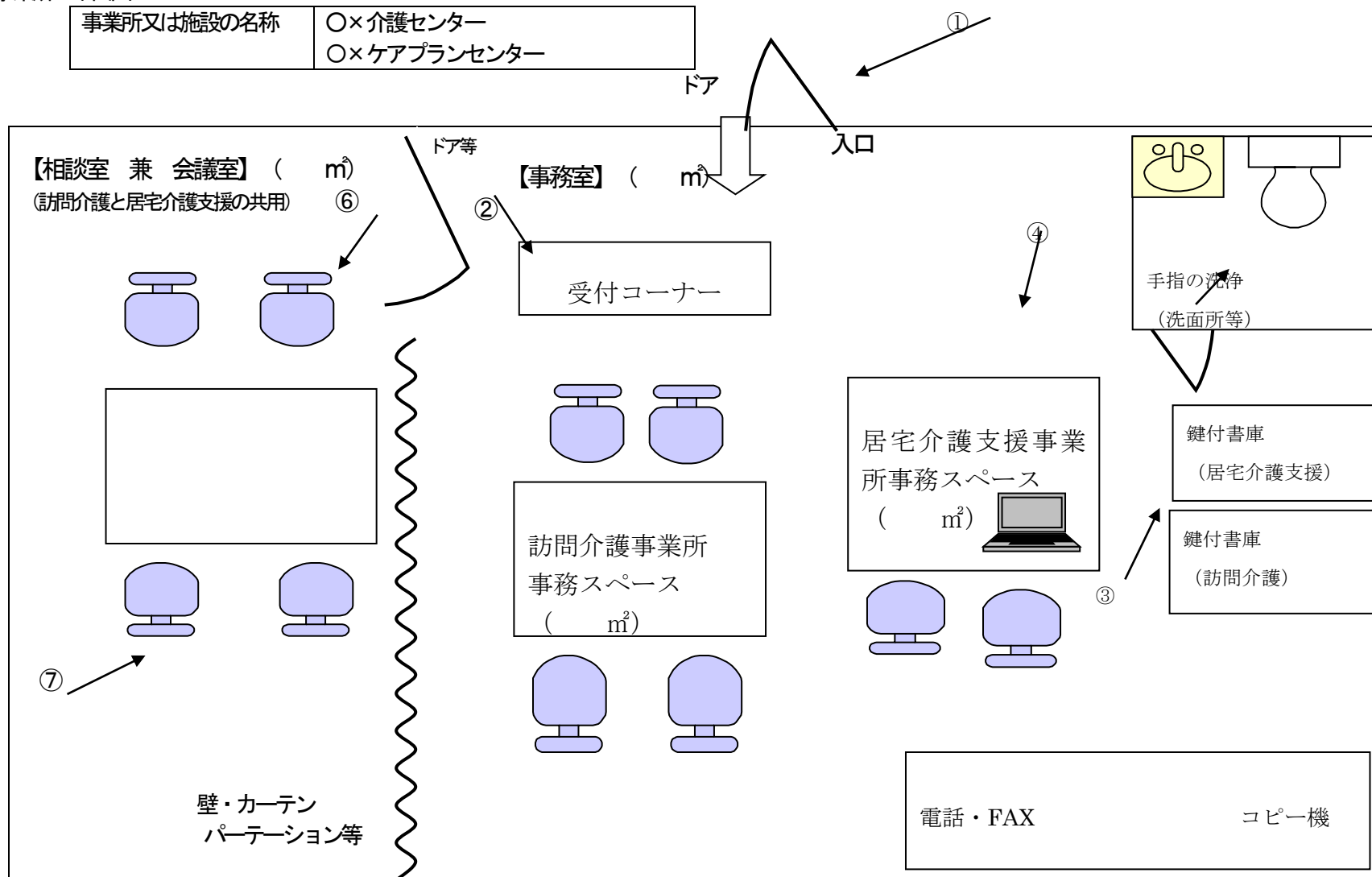
※法人全体(同一敷地内等)で、兼務している状況がわかるように記載してください。



※ 代表取締役 ○△ ×□は、勤務時間中は、居宅介護支援事業所の管理者兼介護支援専門員として専従します。

事業所の平面図

事業所又は施設の名称	○×介護センター ○×ケアプランセンター
------------	-------------------------



【相談室兼会議室】カーテンやパーテーションなどで遮蔽してください。

【事務スペース】他の事業と共用する場合は区画を明確にするなど他の事業の用に供するものと明確に区分してください。

※ マル数字は、写真の撮影方向を示します。 ※ 他の事業と共用の場合は明記してください。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設の名称	○×ケアプランセンター	申請書に記載した事業所名を記入してください。
申請するサービスの種類	居宅介護支援	

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置等

- ・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。

常設窓口：電話 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

担当者：〇〇 〇〇又は〇〇 〇〇

※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する。

- ・相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。
- ・担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
- ・特に事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら、事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。
- ・相談担当者は、把握した状況について（※スタッフとともに）検討を行い、時下の対応を決定する。
- ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌営業日までには連絡する。）

複数の介護支援専門員がいる場合

3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合のみ記入）

- ・処理体制に記したとおり、事業者の管理者にあてて、苦情内容の事実確認を迅速に行うとともに、共同でその対応を行う。なお、苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い再発防止の対応方針を協議する。

4 その他参考事項

- ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記入してください。

【参考資料C】関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

サービスの種類 (居宅介護支援事業)
 事業所又は施設名 (○×ケアプランセンター)

関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容	
連携する項目	連携の内容
1 関係市町村との連携の内容	<p>(1)サービス提供前の受給資格の確認等 利用者からの居宅サービス計画等の作成依頼があった場合、予め被保険者証により受給資格を確認するとともに、認定審査未了者については、申請手続を円滑に行えるよう関係市町村との連絡調整のもとで支援する。</p> <p>(2)居宅サービス計画の作成等 利用者のニーズに応じた適切なサービスの提供が可能ないようにプラン作成を行うとともに、介護給付等対象以外の保健医療、福祉サービスを含めた居宅サービス計画策定が可能なよう、日常より市町村との情報交換を密にする。</p> <p>(3)利用者に関する通知 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わず要介護度を増進させる、又は偽りその他の不正行為により保険給付を受けた又は受けようとするものについては、遅滞なく市町村に通知する。</p> <p>(4)事故発生時の対応等 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合、速やかに市町村に連絡を行う。</p>
2 他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	<p>(1) サービス提供困難時の対応 通常の事業の実施地域等を勘案して、自らが適切な居宅介護支援の提供が困難であると認められる場合には、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の適切な処置を行う。</p> <p>(2) 指定居宅サービス事業者との連携 提供されるサービスがサービス担当者会議での検討課題や居宅サービス計画に基づき、適切に提供されているかどうかの状況について、継続的な把握と評価を実施するようサービス事業者との連絡調整を密に行う。</p> <p>(3) 介護保険施設との連携 居宅において日常生活を営むことが困難な利用者に対して介護保険施設への入院又は入所が必要な場合の紹介、その他の便宜供与、又施設から退院又は退所しようとする要介護者等が円滑に居宅での生活に移行できるよう居宅サービス計画を事前に作成する援助が行えるよう、介護保険施設との連絡調整を密に行う。</p> <p>(4) 事故発生時の対応等 サービスの提供等により事故が発生した場合、適切な対処を行えるよう連絡調整体制を事業者との間で文面を取り交わす。</p>
3 その他の参考事項

記載内容は、記入例です。連携の内容について具体的な方法を記載してください。

様式は任意です。必要な項目があれば、上記項目に加えても差し支えありません。
 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番を使用してください。