

居宅介護支援重要事項説明書

1 居宅介護支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医 療 法 人 新 生 十 全 会
代 表 者 名	理 事 長 赤 木 博
所在地・連絡先	（所在地） 京都市伏見区日野西風呂呂町5番地 （電話） （075） 572-0634 （FAX） （075） 572-0635

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	居 宅 介 護 支 援 事 業 所 こ も れ び の 家
所在地・連絡先	（所在地） 京都市伏見区日野西風呂呂町5番地 （電話） （075） 572-0551 （FAX） （075） 572-0367
事業所番号	2670917216
管理者の氏名	高 橋 淳 一

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算 後 の人数 (人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	非専従	専従	非 専 従		
管 理 者	1	0	1	0	0	0.2	従業員の管理、利用の 申し込みにかかる調 整、業務の実施状況の 把握
介護支援専門員	2	0	1	0	1	1.6	居宅サービス計画の 作成に関する業務等
事務職員等	0	0	0	0	0	0	

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市伏見区（日野、春日野、石田、醍醐、北醍醐、醍醐西、池田、池田東、小栗栖、小栗栖宮山）宇治市（木幡、御蔵山）
------------	--

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日等

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	9：00～18：00
営業しない日	日曜日・祝祭日・12月30日～1月3日

3 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法等

ア 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- * 課題分析（アセスメント）の実施
- * サービス担当者会議の開催
- * ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施

イ 要介護等認定の申請代行

ウ 給付管理業務

4 費用

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので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、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1箇月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

・当事業所の地域区分は5級地です。（単価：10,7円）

区分	取扱い件数	要介護1・2	要介護3・4・5
I	45件未満	11,620円/月	15,097円/月
II	45件以上60件未満	5,820円/月	7,532円/月
III	60件以上	3,488円/月	4,515円/月

※ 当事業所が運営基準減算（居宅介護支援の業務が適切に行われない場合の減算）に該当する場合は、上記金額の50/100となります。また2か月以上継続して該当する場合には、算定しません。

- ※ 特定事業所集中減算（居宅サービスの内容が特定の事業者により不当に偏っている場合の減算）に該当する場合は、上記金額より 2,140 円を減額することとなります。
- ※ II と III について：45 件以上の部分について算定します。
- ※ 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上に居宅介護支援を行う場合は、上記金額の 95/100 となります。

・加算項目（要介護度による区分なし）

加算種類	算定回数等
初回加算	新規に居宅サービス計画を作成する場合様支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
入院時情報連携加算	入院に当たって病院等職員に必要な情報提供をした場合（1月に1回を限度）
退院・退所加算	利用者の退院・退所にあたり、介護支援専門員が病院または施設等に赴き当該職員との「面談」により「利用者に関する必要な情報」を得た上で、当該情報を反映した居宅サービス計画を作成した場合（入院又は入所期間中3回まで）
緊急時等カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより、当該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った場合
通院時情報連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境などの必要な情報提供を行い、医師又は歯科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、居宅サービス計画に記録した場合（利用者1人につき、1月に1回を限度）

(2) 交通費

原則無料です。サービス提供地域外については、通常の実施地域を超えた時点から 1 キロメートルあたり片道 100 円徴収いたします。

(3) その他の費用

サービス提供記録物の複写物にかかる費用は 1 枚 11 円（税込）とします。

[4] 利用料等のお支払い方法（自己負担金や交通費などの支払いが生じる場合に限り）

毎月 10 日頃に前月分の請求をいたしますので、20 日までに自動振替の方式でお支払いください。ただし、口座自動振替の手続き完了までは、事業者の指定する口座へ振り込む方法でお支払いください。

みずほ銀行京都中央支店

普通預金口座（口座番号 2115779）

口座名義 医療法人新生十全会 なごみの里病院 理事長 赤木 博

イ) シンセイジュウゼンカイ ナゴミノサトビョウイン リジチョウ

アカキ ヒロシ

※入金確認後、サービス提供証明書と領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

医療法人新生十全会が設置運営する「医療法人新生十全会 居宅介護支援事業所こもれびの家」が行う居宅介護支援事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援相談員その他の従業員が要介護者からの相談に応じ、要介護者とその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人や家族の意向等を基に、居宅サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連携調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。

(2) 運営方針

- 1 事業所は、利用者が要介護状態となった場合においても、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出来るよう配慮して援助に努める。
- 2 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自ら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や事業者の連携を得て、総合的かつ効果的な介護サービス計画に基づいて介護サービスが提供されるよう配慮して行う。
- 3 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サービス等が特定の種類または特定の事業者に不当に偏することのないよう、公平中立に行う。
- 4 事業の運営に当たっては、保険者、地域包括支援センター、他の在宅介護支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。
- 5 利用者の要介護認定等に係る申請に対して、利用者の意思をふまえ、必要な協力を行う。また、要介護認定等の申請が行われているか否かを確認し、その支援も行う。
- 6 保険者から要介護認定調査の委託を受けた場合は、その知識を有するよう常に研鑽に努め、被保険者に公正、中立に対応し正しい調整を行う。
- 7 前6項の他「京都市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成25年1月9日京都市条例第39号）」「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（平成11年厚生省令第38号）」等に定める内容を遵守し、事業を実施するものである。
- 8 利用者が医療系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、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する。
- 9 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、モニタリング等の際に介護支援専門員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う。
- 10 利用者やその家族に対し、利用者は計画に位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明する。
- 11 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等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。
- 12 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居宅サービス、介護予防サービス等が、特定の種類や特定の事業者に不当に偏する事のないよう、公正、中立に行います。

(3) その他

事 項	内 容
アセスメント（評価）の方法及び事後評価	課題整理総括表により利用者様の直面している課題等を評価し、利用者様に説明のうえ、ケアプランを作成します。
従業員研修	年2回、介護支援専門員の研修を行っています。
感染症の予防及びまん延の防止の強化	年1回、委員会の開催、指針の設備、研修の実施、訓練の実施を行っています。
ハラスメント対策の強化	男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を行っています。
高齢者虐待防止の推進	年に1回、虐待の発生・再発の防止のための委員会の開催、指針の設備、研修の実施を行っています。担当者：高橋 淳一
業務継続の取り組みの強化	年に1回、事業継続計画（BCP）等の策定、研修の実施、訓練の実施を行っています。
会議や多職種連携におけるICTの活用	利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみの場合、テレビ電話等での実施、利用者等が参加する場合、利用者等の同意を得て、必要に応じて活用します。
身体拘束等の禁止	やむを得ず身体拘束等を行う場合は、必要な事項を記録します。 。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者 高橋 淳一
	ご利用時間 9：00～17：30
	ご利用方法 電話（075-572-0551）

当法人相談窓口	窓口責任者 中川 正之 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話（075-572-0634）
京都市伏見区役所醍醐支所 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課	受付時間：月曜日～金曜日8：30～17：00 電話番号：075-571-0003
宇治市介護保険課	電話番号：0774-22-3141
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日9：00～17：00 電話番号：075-354-9090

7 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村及び当該利用者の家族等に連絡を行います。

緊急時連絡先（家族等）	氏 名（続柄）	
	住 所	
	電 話 番 号	

8 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び京都府に連絡を行います。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 利用者、その家族に関する秘密の保持について事業者はサービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

- (2) 個人情報の保護について事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議で用いません。

事業者は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

10 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当ケアマネジャーの氏名と当事業の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

居宅介護支援の開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付のうえ、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

利用者が署名（押印・割印不要）、事業所が記名押印（契印・割印不要）の上、1通ずつ保有するものとします。

説明年月日： 年 月 日

事業者	住 所	京都市伏見区日野西風呂町5番地	
	事業者（法人）名	医療法人新生十全会	
	事業所名	居宅介護支援事業所 こもればの家	
		（事業所番号）2670917216	
	代表者名	理事長 赤木 博	印

説明者	職 名	介護支援専門員	
	氏 名	高橋 淳一	印

私は、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容および以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

- 私は、利用可能な事業所を複数の紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求めることができることについての説明を受けました。
- ご利用中の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、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について介護支援専門員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うことについて了解しました。
- もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を、入院先医療機関に報告します。

同 意 年 月 日 : 年 月 日

利用者本人 住 所

氏 名

(署名・法定) 代理人 住 所

氏 名