重 要 事 項 説 明 書

居宅介護支援事業所

医療法人 総心会

居宅介護支援重要事項説明書

１．事業の目的及び運営方針

（１） 事業の目的

事業者は、利用者の委託を受けて、利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ります。

（２） 運営方針

○ 利用者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配慮した支援計画を提供する。

○ 利用者の選択に基づき、各サービス事業所から総合的かつ効率的なサービスが提供されるよう配慮して公正中立に行なう。

○ 事業の運営に当たっては、市町村、各サービス事業所、各介護保険施設、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業所等との連携に努める。

２．事業所の概要

（１）居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事　業　所　名	医療法人 総心会
所　在　地	長岡京市天神１丁目 20 番 10 号
介護保険指定番号	１３０００７９９
サービスを提供する地域	長岡京市・向日市・大山崎町

（２）事業所の営業時間

平　日	午前 8 時 45 分 ～ 午後 5 時

土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12 月 30 日～1 月 3 日）は運営しておりません。

※緊急連絡先　０７５－９５５－８７５６　（営業時間内）
０７５－９５５－８７２１　（営業時間内）
０７０－７４２３－２１４０（営業時間外）
０７５－９５５－１１５１　（上記いずれも繋がらないとき）

（３）事業所の職員体制

	資　　格	常　勤	非常勤	業　務　内　容	計
管　　理　　者 主任介護支援専門員	看護師	１名		運営総括 ケアプラン作成	１名
介護支援専門員	介護福祉士	２名		ケアプラン作成等	２名

３．居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

利用者からの依頼　⇒　重要事項説明　⇒　契約　⇒　課題分析　⇒

居宅サービス計画作成　⇒　関係者会議　⇒　利用者選択・同意　⇒

サービスの提供　⇒　経過観察・再評価

４．利用料金

（１）利用料

要介護又は要支援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。

※保険料の滞納等により、法定代理受理ができなくなった場合、１ヶ月の利用料をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、＿＿＿＿＿ 市（町村）の窓口に提出しますと全額払い戻しを受けられます。

※基本単位数（１ヵ月につき）

	要介護１・２	要介護３・４・５	備考
居宅介護支援費Ⅰ	１０８６	１４１１	当事業所ケアマネージャー１人あたりの受持ち利用者数が 44 名未満
居宅介護支援費Ⅱ	５４４	７０４	１人当たりの受持ち利用者数が 45 人以上 60 人未満で 45 人目以降
居宅介護支援費Ⅲ	３２６	４２２	１人当たりの受持ち利用者数が 60 人以上で 60 人目以降

※加算（１ヵ月につき）

初回加算	３００	新規利用及び介護区分が２段階以上変更時
特定事業所加算Ⅲ	３２３	主任介護支援専門員の配置と中重度者・支援困難ケースへの積極的支援や必要に応じて介護支援に関する 24 時間相談受付体制を整備しています ※医療的相談は受け付けられません

入院時情報連携加算Ⅰ		２５０	入院する医療機関へ当日に情報提供を行う
入院時情報連携加算Ⅱ		２００	入院する医療機関へ３日以内に情報提供を行う
退院・退所加算Ⅰ	イ ロ	４５０ ６００	退院・退所する施設へ訪問し、情報提供を受け、居宅サービス計画を策定する ロはカンファレンス参加の場合
退院・退所加算Ⅱ	イ ロ	６００ ７５０	上記を２回以上 ロはカンファレンス参加の場合
退院・退所加算Ⅲ		９００	上記を３回以上で医師が参加するカンファレンスに参加
緊急時等 居宅ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ加算		２００	医師又は看護師等と共に訪問し、カンファレンスを行い、サービス利用の調整を行う　２回まで
ターミナルケア マネジメント加算		４００	主治医と連携し、在宅での看取り支援を行う
通院時情報連携加算		５０	診療に同席し、医師又は歯科医師と情報交換を行う
処遇改善加算		基本サービス費等の 2.1%	

※１単位あたりの 10.70 円で換算されます。

（２）交通費

前記２の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするためのタクシーを含む公共交通機関利用にかかる費用の実費が必要です。

（３）解約料

利用者はいつでも解約することができますが、事前の連絡を必ずお願いします。解約料は頂きません。

（４）その他の料金

５．当居宅介護支援の内容等

事　　項	備　　考
介護支援専門員の変更	変更を希望される方はお申し出下さい
調査（課題把握）の方法	インターライ方式による
介護支援専門員への研修	各研修会・各連絡協議会等へ参加

６．サービス内容に関する苦情

（１）当事業所相談・苦情担当

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・ご要望・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・ご要望・苦情をお受けします。

責 任 者 ： 今堀

担 当 者 ： 今堀・澤井・山中

①電　　話 ： ９５５－８７５６　FAX ９５５－８７２１

②電　　話 ： ９５５－１１５１　FAX ９５５－１２３６

（２）その他苦情を受け付けている行政等の窓口

（受付時間　平日　午前９時～午後５時）

長岡京市 高齢介護課　　０７５－９５１－２１２１（代）

向日市 高齢介護課　　０７５－９３１－１１１１（代）

大山崎町 健康課高齢介護係　０７５－９５６－２１０１（代）

京都府国民健康保険団体連合会苦情処理窓口０７５－３５４－９０５０

７．緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行ない、医師の指示に従います。また、万が一何らかの事故などが起こった場合は、適切な対応を行うとともに、利用者の保険者である市町村に連絡します。

利用者の主治医	氏名
	所属医療機関の名称
	所在地
	電話番号
協力医療機関	医療機関の名称
	所在地
	電話番号
緊急連絡先	氏名
	住所
	電話番号
	昼間　　夜間

８．事故発生時の対応

事故が発生しましたら速やかにご家族や緊急連絡先にご連絡します。
事故の内容によっては事業所管理者へ報告し対応させていただきます。

９．入院される場合の対応

利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等との情報共有や連携を図ることで、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援する為、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えて下さい。

１０．虐待防止に関する事項

（１）当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のための次の措置を講ずるものとします。

① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
③ その他虐待防止のために必要な措置

（２）当事業所は、訪問時などに虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを保険者等関係機関に通報するものとします。

１１． 身体拘束に関する事項

（１）当事業者は、サービスの提供にあたっては、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には「身体拘束に関する説明書」に利用者・家族の同意を得た時のみ、その条件と期間内にて必要最小限の範囲で身体拘束等を行うことがあります。

（２）当事業者は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項の記録をします。

（３）当事業者は身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員等に周知徹底を図ることとします。

（４）当該利用者又はご家族に説明し、その他の方法がなかったか改善方法を検討します。

１２． 秘密保持

（１）事業者、介護支援専門員及び事業者の使用するものは、サービス提供をする上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。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

（２）事業者は、利用者及び家族からあらかじめ文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議及び医療機関、介護保険施設への情報提供以外において、利用者及び当該家族の個人情報を用いません。

（３）利用者の個人情報を使わせて頂く利用目的は以下の通りです。

①当該事業所が介護サービスの利用などに提供する介護サービス

②介護サービス業務の維持・改善のための基礎資料

③学生の実習や介護支援専門員実務研修への協力

④介護保険事務

⑤行政上の業務への対応

⑥ご家族への心身の状況説明及びご家族からの問い合わせへの対応

⑦損害賠償保険等に係る保険会社への相談または届出

⑧施設からのご案内

以上の利用目的以外で利用者の情報を利用する場合は、利用者ご本人に個別に理由をご説明し、同意を得た上で行うものとします。

年　　月　　日

居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地　長岡京市天神１丁目２０番１０号

名　称　　医療法人　総心会

説明者

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、本書面を受領いたしました。
サービスの提供を受けること並びに利用料が発生した場合その利用料を支払うこと、サービス担当者会議や介護保険サービス事業所、医療機関への私並びに家族の個人情報提供について同意します。

利用者

住　所

氏　名

家　族

住　所

氏　名

代理人

住　所

氏　名