

居宅介護支援事業重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口および営業日等

電話：０７４８－５７－０５８４（FAX ０７４８－５７－１１４７）

営業日	月曜～土曜午前
営業時間	８：３０～１７：００
休業日	日曜・祝日・土曜午後 上記の他、１２月２９日～１月３日

営業日・営業時間以外でもお気軽にお相談ください

〈担 当〉 福田 亜紀

ご不明な点は、なんでもお尋ねください

2. 当事業所の概要

事業所名	弓削メディカルクリニック在宅医療部 居宅介護支援事業所
所在地	滋賀県蒲生郡竜王町弓削１８２５
事業所の指定番号	２５１１５００６５０
サービスを提供する通常の事業指定地域	竜王町 ※上記以外でも、ご希望があればご相談下さい
管理者	福田 亜紀

3. 当事業所の法人概要

法人名	滋賀家庭医療学センター
名 称	弓削メディカルクリニック在宅医療部居宅介護支援事業所
所在地	滋賀県蒲生郡竜王町弓削 1 8 2 5
法人種別	医療法人
理事長	雨森 正記

4. 当事業所の従業員

	員数	業務内容	勤務体制
介護支援専門員	3名	居宅介護支援	
管理者（主任介護支援専門員）	1名	管理業務及び居宅介護支援	常勤
介護支援専門員	2名	居宅介護支援	非常勤
補助職員	1名	事務員	非常勤

5. 事業の目的および運営の方針

（事業の目的）弓削メディカルクリニック在宅医療部居宅介護支援事業所（以下、「事業所」という）が実施する指定居宅介護支援の事業（以下、「本事業」という）は、要介護者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、本人や家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスが適切に利用できるよう、サービスの種類・内容・担当者等が明記された居宅サービス計画を作成するとともに、適切な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絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。

（事業の方針）本事業は、本人が要介護状態に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できるよう配慮して行う。

1. 本人の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、本人の選択に基づき、適切な保健・医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効果的に提供されるように配慮して行う。

2. 本人の意志及び人格を尊重し、常に本人の立場に立って、本人に提

供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないように、公正中立に行う。

3. 事業の運営に当たっては、関係市町、地域包括支援センター、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。

4. 定期的に本人の居宅を訪問し面接する。

5. 実施状況の把握の結果を記録する。

6. 要介護更新認定時等に担当者から意見を求める。

7. 上記の他「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」を遵守する。

6. 提供するサービスの内容と料金

内 容	提 供 方 法
居宅サービス計画の作成と各サービス提供事業者との連絡調整	厚生労働省が指示する課題分析標準項目を使って、本人とともに必要な援助を考え、サービス担当者会議などを行い、居宅サービス計画を作成します。また、各サービス利用に関する事業者との調整をします。
サービスの実施状況及び課題の把握	1ヶ月に1回以上、担当の介護支援専門員が本人のお宅に伺って、サービス内容が適切かなどについて話し合います。また、実施状況の把握（モニタリング）を行い結果を記録します。
給付管理	介護保険を使って受けられるサービスについて、実際にサービスが受けられる範囲やサービスの種類などについて調整し、また、サービスが計画どおりに提供されたかなどを確認して、給付管理を行います。
要介護認定等の協力・援助	本人が要介護認定、更新認定を受けるにあたって申請を代わって行ったり、その他必要な援助を行います。
相談の対応	介護保険や介護に関することなら、なんでもご相談をお受けします。

【料金等】（厚生労働大臣の定める基準額）

地域区分 7 級地 1 単位：10,17 円

本人に介護保険が適用される場合は、利用料を支払う必要はありません。（全額介護保険により負担されます）

本人が以前に保険料の滞納がある場合は、本人より料金をお支払いいただき、事業所が発行する指定居宅介護支援証明書をもって、差額の払い戻しを受けることができます。

基本報酬	<div>◆<u>居宅介護支援費（Ⅰ）（ⅰ）</u>（取扱件数が45件未満）</div> <div>・ 要介護 1 ・ 要介護 2 10,860円</div> <div>・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5 14,110円</div> <div>※取扱件数とは介護支援専門員一人あたりの担当件数。</div> <div>※基本報酬は、1件につき1月1回算定します。</div>											
加 算	<div>◆<u>初回加算</u> 3,000円</div> <div>※ 新規に居宅サービス計画を作成する場合</div> <div>※ 要介護状態区分が2区分以上変更となった利用者に対して居宅サービス計画を作成する場合</div>											
	<div>◆<u>入院時情報連携加算（Ⅰ）</u> 2,500円</div> <div>※ 利用者が入院した日のうちに、医療機関に必要な情報提供を行った場合</div>											
	<div>◆<u>入院時情報連携加算（Ⅱ）</u> 2,000円</div> <div>※ 利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、医療機関に必要な情報提供を行った場合</div>											
	<div>◆<u>退院・退所加算</u></div> <div>※ 退院または退所に当たって病院等の職員と面談を行い、本人に関する必要な情報の提供を受けて、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス利用に関する調整を行った場合（入院又は入所期間中に3回を限度）</div>											
	<table><tr><td></td><td>カンファレンス参加なし</td><td>カンファレンス参加あり</td></tr><tr><td>連携1回</td><td>4,500円</td><td>6,000円</td></tr><tr><td>連携2回</td><td>6,000円</td><td>7,500円</td></tr><tr><td>連携3回</td><td>×</td><td>9,000円</td></tr></table>		カンファレンス参加なし	カンファレンス参加あり	連携1回	4,500円	6,000円	連携2回	6,000円	7,500円	連携3回	×
	カンファレンス参加なし	カンファレンス参加あり										
連携1回	4,500円	6,000円										
連携2回	6,000円	7,500円										
連携3回	×	9,000円										

加 算	<p>◆通院時情報連携加算 500円</p> <p>※ 利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師等の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、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）</p>
	<p>◆緊急時等居宅カンファレンス加算 2,000円</p> <p>※ 医療機関の求めにより、医療機関の職員と共に本人の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービスの利用調整を行った場合（1月に2回を限度）</p>
	<p>◆ターミナルケアマネジメント加算 4,000円</p> <p>※ 居宅介護支援を受けていた本人が、在宅で死亡した場合（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）</p> <p>ただし、下記①～④全ての要件を満たしていること</p> <p>①24時間連絡が取れる体制を確保し、かつ、必要に応じて居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備していること</p> <p>②本人又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治医等の助言を得つつ本人の状態やサービス変更の必要性等の把握、本人への支援を実施していること</p> <p>③訪問により把握した本人の心身の状況等の情報を記録し、主治医等及びケアプランに位置づけた居宅サービス事業者へその情報を提供していること</p>

交通費	通常実施地域を越えた地点から20kmを越えた場合につき20円／kmの交通費を算定し実費徴収
	○解約料については計画作成に要した経費（介護報酬、交通費等実費相当）をいただく場合もあります。

その他	<p>○要介護認定等の申請代行については、交通費等実費相当をいただく場合もあります。</p> <p>○記録の複写物については実費をいただく場合もあります。</p>
-----	---

(2024年4月1日改定)

7. 主治医の医師および医療機関等との連携

事業所は本人の主治の医師および関係医療機関との間において、本人の疾患に関する情報について必要に応じて連絡を取らせて頂きます。そのことで、本人の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願い致します。

1. 本人の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業所が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所及び介護支援専門員がわかるよう、名刺を貼り付けるなどの対応をお願い致します。
2. 入院時には、本人または家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えて頂きますようお願い致します。

8. 本人によるサービスの選択

1. 本人がサービスを選択することを基本に支援し、サービスの内容・利用料等の情報を適正に本人または家族に対して提供するものとします。
2. 居宅介護支援の提供の開始に際し、予め本人に対して複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求める事が出来ること、本人は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求める事が出来ます。

9. 介護支援専門員の変更

担当の介護支援専門員については、いつでも変更できます。お気軽に事業所などにご相談ください。

10. 契約の終了

1. 本人は事業所に対し、契約解約の1ヶ月前までに契約解約申出書を事業所に届け出ていただくことによって、この契約を終了することができます。ただし、緊急の入院など、やむを得ない場合はこの限りではありません。
2. 事業所は、事業の廃止などやむを得ない事情がある場合、本人に対して契約解約の1ヶ月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を終了することができます。この場合、事業所は他の居宅介護支援事業所に関する情報をお伝えするなど、本人が続けて、滞りなく介護保険のサー

ビスを受けることができるように手配します。

3. 次の場合には、自動的に契約は終了します。

①本人が介護保険施設等に入所・入居した場合

介護保険施設等へ入所するにあたっては、必要な支援を行います。

②本人が要介護でなくなった場合

地域の保健福祉サービスの情報提供など必要な支援を行います。

③本人がお亡くなりになった場合

1 1. 相談・苦情受付窓口

ご相談や苦情などがございましたら、事業所の担当者まで遠慮なくお申し出下さい。苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くと共に、担当者およびサービス事業者等から事情を確認するなどの対応を致します。

苦情受付担当者 福田 亜紀	滋賀県蒲生郡竜王町弓削 1 8 2 5 電話番号 0 7 4 8 - 5 7 - 0 5 8 4 F A X 0 7 4 8 - 5 7 - 1 1 4 7
------------------	--

※事業所以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口があります。

竜王町福祉課 (福祉ステーション)	滋賀県蒲生郡竜王町小口 4 - 1 電話番号 0 7 4 8 - 5 8 - 3 7 0 5 F A X 番号 0 7 4 8 - 5 8 - 8 0 1 9
近江八幡市 介護保険課	滋賀県近江八幡市土田町 1 3 1 3 (総合福祉センターひまわり館内) 電話番号 0 7 4 8 - 3 3 - 3 5 1 1 F A X 番号 0 7 4 8 - 3 1 - 2 0 3 7
滋賀県国民健康保険 団体連合会	滋賀県大津市中央 4 丁目 (滋賀国保会館) 電話番号 0 7 7 - 5 2 2 - 0 0 6 5 (介護保険課) F A X 番号 0 7 7 - 5 1 0 - 6 6 0 6 (")

1 2. 事故発生の対応

事業所のサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに本人の家族に報告するとともに必要な措置を講じます。事故が生じた時は、直ちに事故に至った経緯及び様態を調査し、事実の正確な把握につとめます。

その後、できるだけ速やかに市町村や関係機関に事故発生の報告をします。当事業所の責任の在否に関わらず、発生した事故の再発を防ぐための対策を検討し、予防措置を早期に実施します。

事業所の責めに帰すべき事由により本人及び家族の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合にはその損害を賠償します。

1 3．個人情報保護

事業所がサービスを提供する際に、本人や家族に関して事業所が知り得た情報については、サービス担当者会議など本人へのサービス提供のために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。サービスの提供に関わって、本人の情報を他の事業所等と共有する必要があるときはあらかじめ 本人に説明し署名捺印をいただきます。

1 4．人権擁護・虐待防止の対応

事業所は本人の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 人権擁護・虐待防止に関する指針の整備・委員会の開催を行います。
2. 人権擁護・虐待防止に関する担当者（管理者）を選定します。
3. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 介護支援専門員に対して研修等を通じて、人権擁護や虐待防止に関する意識や知識の向上に努めます。

1 5．業務継続計画の策定等

事業所は感染症や災害が発生した場合でも、本人が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に沿った研修及び訓練を実施します。

1 6．感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業所は感染症の発生及びまん延等に関する委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）を実施します。

1 7．身体的拘束等の原則禁止

事業所は、当該本人又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際本人の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

1 8．24時間連絡体制について

常時、担当者が携帯電話などにより連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な連絡体制を取っています。

◎月～土の8：30～17：00（営業日・営業時間帯）は下記電話番号にて担当の介護支援専門員が連絡・相談に応じます。

(※土曜日は８：３０～１２：００までです)

事業所直通	０７４８－５７－０５８４
クリニック代表	０７４８－５７－１１４１

◎時間外及び休日(営業日・営業時間以外)については、職員が輪番制で携帯電話を所持しており、ご連絡頂いた相談内容に応じて、担当の介護支援専門員に連絡します。

①	０９０－９６２１－３４０８
②	０８０－２５３０－８０６４

事業所は、本人に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

年 月 日

【契約者氏名】

<名 称> 弓削メディカルクリニック在宅医療部居宅介護支援事業所

<事業所番号> 2511500650

<所在地> 滋賀県蒲生郡竜王町弓削1825番地

<代表者氏名（理事長）> 雨 森 正 記 印

<居宅介護支援事業所（管理者）> 福 田 亜 紀

<説明者氏名>

私は、本書面により事業所から重要事項の説明を受けました。

年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名 印

<代理人>

住 所

氏 名 印

続柄：

以上、重要事項説明を証するため本書2通を作成し、本人・事業所が記名押印の上1ずつ保管するものとします。