

# 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 077-516-2347

FAX 077-516-2320

営業日	月曜日から金曜日(但し、国民の祝日・12/30～1/3は休業)
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで

営業日・営業時間以外の緊急連絡先 080-1416-6561 (24時間)

## 2. 当事業所の概要

事業所名	社会医療法人 誠光会 指定居宅介護支援事業所 ふれあい
所在地	滋賀県草津市矢橋町1629番地5
事業所の指定番号	草津市 2510602747
サービスを提供する 通常の事業実施地域	草津市全域

## 3. 当事業所の法人概要

名称	社会医療法人 誠光会
所在地	滋賀県草津市矢橋町1660
法人種別	社会医療法人
代表者	理事長 鈴木孝世

## 4. 当事業所の従業員

	員数	業務内容	勤務体制
管理者(介護支援専門員兼務)	1名	従業員の管理、業務の把握	常勤
介護支援専門員	3名以上	サービス計画の作成、連絡調整 給付管理	常勤
(介護支援専門員のうち主任 ケアマネジャー・管理者含む)			

## 5. 事業の目的および運営の方針

事業の目的	ご本人の心身の状況や置かれている環境に応じて、可能な限りご自宅で自立した日常生活を営むことができるよう、適正な居宅介護支援を提供することを目的とします。
事業の方針	事業者は、ご本人の心身の状況や置かれている環境を踏まえ、またご本人の立場に立ち、関係する地域包括支援センターや他のサービス事業所、介護保険施設等との連携を図りながら、公平中立で適切なサービス提供に努めます。

## 6. 提供するサービスの内容と提供方法

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 事業者との調整	課題分析標準項目を使用してご本人に必要な援助を考え サービス担当者会議を行い、居宅サービス計画を作成します。 居宅サービス計画の作成にあたり、ご本人やご家族がサービス事業者の 選択が出来るよう、複数の居宅サービス事業者の紹介を行います。 また、居宅サービス計画の原案に位置付けたサービス事業者等の 選定理由について、ご本人の理解が得られるよう丁寧に説明します。
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ご本人宅を訪問し、 サービスの内容が適切かなどについて相談します。
給付管理	介護保険サービスが受けられる範囲や種類などについて調整します。 またサービスが計画通りに提供された等を確認の上、給付管理 を行います。
要介護(要支援)認定等 の協力、援助	ご本人が要介護認定、要支援認定の変更や、更新認定を受けるに あたって申請を代行したり、その他必要な援助を行います。
介護相談への対応	介護保険や介護に関することなら、何でもご相談ください。

## 居宅介護支援費(1カ月)

厚生労働大臣の定める基準額	居宅介護支援費(Ⅱ)	要介護 1・2 要介護 3・4・5 〈取扱件数が45件未満の場合〉	11,620円/月 15,097円/月	
	特定事業所加算(Ⅱ)	4,504円		主任介護支援専門員と常勤専従の居宅支援専門員が3名以上配置、その他所定の要件に適合する場合
	初回加算	3,210円		新規に居宅サービス計画を策定した場合、及び要介護区分の2段階以上の変更認定を受けた場合
	入院時情報連携加算(Ⅰ) 入院時情報連携加算(Ⅱ)	2,675円 2,140円		病院等に入院する利用者について、当該病院等の職員に対し必要な情報を提供した場合  入院前～当日に情報提供した場合は(Ⅰ) 入院後3日以内に情報提供した場合は(Ⅱ)
	退院・退所加算(Ⅰ)イ 退院・退所加算(Ⅱ)イ	4,815円 6,420円	1回 2回	退院または退所にあたり医療機関等から必要な情報を得た上で、退院・退所後の居宅サービス等の調整を行った場合。
	退院・退所加算(Ⅰ)ロ 退院・退所加算(Ⅱ)ロ 退院・退所加算(Ⅲ)	6,420円 8,025円 9,630円	1回 2回 3回	上記を行うにあたり、病院等が開催するカンファレンスに出席した場合。
	ターミナルケア マネジメント加算	4,280円		在宅で死亡した利用者に対して終末期の医療やケアの方針に対する当該利用者またはその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、居宅を訪問し、必要な支援を行った場合。
	緊急等 居宅カンファレンス加算	2,140円		病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員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等の利用調整を行った場合。一か月に2回を限度として算定。
	特定事業所医療介護 連携加算	1,337円		前年度①退院退所加算が35回以上(年間) ②ターミナルケアマネジメント加算15回以上(年間)の場合
	通院時情報連携加算	535円	1回/月	利用者が医師または歯科医師の診察を受ける際にケアマネジャーが同席し、医師等と情報連携を行い、情報を踏まえて居宅サービス計画に記録した場合。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合も所定の要件を満たした場合基本報酬の算定を行う場合があります。</li> <li>・介護保険が適用される場合は、全額介護保険により負担されます。料金の支払いはありません。</li> <li>・但し、本人が以前に保険料の滞納がある場合は、料金をいただき、当事業所が発行する指定居宅介護支援提供証明書をもって、差額の払い戻しを受けることができます。</li> </ul>				
交通費	<p>当事業所の通常の事業実施地域以外に居住されている場合は、下記の交通費をいただきます。</p> <p>通常の事業の実施地域外区域から10km未満 …… 500円</p> <p>通常の事業の実施地域外区域から10kmから20km未満 …… 1,000円</p> <p>公共交通機関・有料道路及び有料駐車場を使用した場合 …… 実費</p>			

病院等に入院する必要がある場合は、早期に連携が行えるよう介護支援専門員の氏名、及び連絡先（ふれあい 077-516-2347）を病院の担当者等にお伝えいただくと共に当事業所にもご連絡ください。

## 7. 介護支援専門員の変更

担当の介護支援専門員の変更を希望される場合は、お気軽にご相談ください。  
事業所より担当の介護支援専門員の変更をお願いすることがあります。

## 8. プライバシー(個人情報)の保護

当事業所がサービスを提供するさいに、ご本人・ご家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議など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、ご本人の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、あらかじめ書面にて説明し同意いただきます。

## 9. 解約

- 1 解約を希望される場合、お申し出によりいつでも解約することができます  
その際、解約を希望される日の7日前までにお申し出ください。
- 2 当事業所は、事業の廃止などやむを得ない事情がある場合、ご本人に対し契約終了日の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、契約を解除することがあります。  
この場合、当事業所は他の居宅介護支援事業所に関する情報を提供し、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手配します。

## 10. 事業所の解除権

当事業所は、ご本人の非協力など事業所との信頼関係を損壊する行為を成し、改善の見込みがないため、この契約の目的を達する事が不可能になった時は1ヶ月以上の予告期間を以ってこの契約を解除します。

## 11. 契約の終了

次の場合には自動的に契約は終了します。

- 1 ご本人が介護保険施設や病院・診療所に入所・入院された場合  
(介護保険施設に入所するにあたっては、必要な支援を行います)
- 2 ご本人が要介護状態ではなくなった場合  
(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 ご本人がお亡くなりになった場合

## 12. 損害賠償

当事業所の責任において賠償すべきことが起こった場合は、賠償いたします。

## 13. 虐待防止・身体拘束廃止の取り組み

虐待の防止・身体拘束廃止のため、指針の作成・担当者の設置等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し定期的な研修を実施します。  
虐待防止に関する責任者(管理者・勝嶋美砂)

## 14. 相談・苦情窓口

次のことについてご相談や苦情がございましたら、以下の窓口までお申し出ください。

- ① 当事業所が提供するサービスについて
- ② 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

社会医療法人 誠光会 指定居宅介護支援事業所 ふれあい			
滋賀県草津市矢橋町1629番地5			
相談担当者	管理者 勝嶋美砂	TEL	077-516-2347
		FAX	077-516-2320

当事業所以外でも、下記の窓口があります。

草津市役所 介護保険課	TEL	077-561-2369
	FAX	077-561-2480
滋賀県大津市中央4丁目5-9		
滋賀県国民健康保険団体連合会	TEL	077-522-6605 (介護保険関係苦情相談専用)
	FAX	077-510-6606

年 月 日

ご本人に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 滋賀県草津市矢橋町1629番地5  
名称 社会医療法人誠光会  
指定居宅介護支援事業所ふれあい

担当者 職名 介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_

私は、サービス提供開始に際し、本書面により事業者から重要な事項の説明を受け確認、同意しました。

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_