



居宅介護支援重要事項説明書

1 事業者の概要

事業者名	医療法人 矢津内科消化器科クリニック
代表者	理事長 矢津 剛
所在地	行橋市行事7丁目19-6
電話番号	0930-22-2524
FAX番号	0930-22-2878
沿革	1998年 11月に設立

2 事業所の概要

(1) 支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	ひと息の村 ケアプランサービス
所在地	行橋市行事7丁目25-3
管理者の氏名	池本 直宏
電話番号	0930-22-3727
FAX番号	0930-22-6696
事業者指定番号	4072600192
サービス提供地域	行橋市・荻田町・みやこ町

(2) 事業所の職員体制

管理者（介護支援専門員兼務） 1名 介護支援専門員 1名

(3) サービス提供の時間帯

営業日	毎週月曜日～土曜日（祝日・8月13日から8月15日 及び12月30日から1月3日を除く）
営業時間	8:30 ～ 17:30
ご要望があれば相談に応じます 営業時間外は携帯電話（090-1193-7755）に転送されます	

3 サービスの内容

- (1) 利用者が自立した生活を営むことができる様、心身の状況・置かれている環境などを合わせて、常に利用者の立場に立ち居宅サービス計画を作成します。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り、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能です
- (2) 居宅サービス計画作成後は、利用者及び家族と連絡を取りながら、経過の把握（モニタリング）に努めます。また、計画に沿ったサービスが提供されるようサービス提供事業

者と連絡調整（担当国会議など）を行います。

- (3) 利用者の状態に変化等があれば、居宅サービス計画の変更、要介護認定区分変更の申請等必要な支援を行います。また、利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合も計画の変更など必要な支援を行います。（新規要介護認定・更新認定申請も同様です）

主治医や関わる事業所に利用者について情報提供を行い、意見を求めることとします。

- (4) 利用者が介護保険施設への入所又は入院を希望した場合は、利用者に介護保険施設の紹介その他の支援を行います。利用者が入院した場合はすみやかに情報提供を行います（入院した場合には入院先医療機関に当事業所が居宅介護支援を担当している旨お伝え下さい）

4 訪問頻度の目安

毎月1回以上訪問します

＊ただし、日常生活を支援するうえで解決すべき課題の把握、居宅サービス計画作成後における計画実施状況の把握及び連絡調整など、ご利用者の承諾を得て随時訪問します。

5 サービス利用料及び利用者負担

(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利用者負担はありません。

＊ただし、介護保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、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お住まいの介護保険の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

当事業所での料金

● 介護予防支援費（Ⅱ） 4,720円 / 月

● 居宅介護支援費

居宅介護支援費（Ⅰ） 取扱件数45件未満

要介護1・要介護2	10,860円 / 月
要介護3・要介護4・要介護5	14,110円 / 月

● 加算

初回加算	3,000円 / 月
------	------------

新規に居宅サービス計画を作成する場合や要介護状態区分が2段階以上変更になった利用者に対して居宅介護支援を行った場合

入院時情報連携加算	(Ⅰ) 2,500円 / 月
	(Ⅱ) 2,000円 / 月

- ・利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者に係る必要な情報を提供した場合 (Ⅱ) は利用者が入院した日の翌日又は翌々日に情報を提供した場合

退院・退所加算	(Ⅰ) イ	4, 500円 / 月	ロ	6, 000円 / 月
	(Ⅱ) イ	6, 000円 / 月	ロ	7, 500円 / 月
	(Ⅲ)	9, 000円 / 月		

- ・ (Ⅰ) イ 退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けている (Ⅰ) ロ カンファレンスにより情報提供を1回受けている
- ・ (Ⅱ) イ 利用者に関する必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回受けている (Ⅱ) ロ 情報提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること
- ・ (Ⅲ) 情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること

通院時情報連携加算	500円 / 月
-----------	----------

- ・ 病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師に対して心身の状況や生活環境等の情報提供を行うとともに、医師又は歯科医師からの必要な情報提供を受けた上で居宅サービス計画書に記録を行う

ターミナルケアマネジメント加算	4, 000円 / 月
-----------------	-------------

- ・ ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について24時間連絡が取れる体制を確保し、且つ必要に応じて支援を行う事が出来る体制を整備
- ・ 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関する当該利用者又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、当該利用者又はその家族の同意を得て当該利用者宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供する

緊急時等居宅カンファレンス加算	2, 000円 / 月
-----------------	-------------

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、必要に応じて居宅及び地域密着型サービスの利用調整を行った場合

(2) 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方の交通費はいただきません。

ただし、通常のサービス地域を越えて訪問する必要がある場合は、実費が必要です。

(3) 解約料

ご利用様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話などで問合せください

(2) サービスの終了

- ① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合、お申し出くださればいつでも解約できます

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等や事業所のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）、と認定された場合
- ・ご利用様が亡くなられた場合

④ その他

ご利用者様またはその家族等が、事業者や介護支援専門員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、文書で通知することにより直ちにサービスを終了させていただきます。

7 サービス方針

- (1) 事業者は、利用者が自宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者などを締結した後、ご利用者様のご希望を基礎として居宅サービス計画を作成させていただきます。
- (2) 居宅介護支援に当たっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類または特定の事業者に不当に偏ることがないよう公正中立に行います。
- (3) 事業者は、居宅サービス計画の作成後においても、利用者やその家族、事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況を把握し、必要に応じて居宅サービス計画の変更、事業者等との連絡調整その他の便宜提供を行います。

8 ケアマネジメントの公正中立性について

前6カ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与の各サービスの利用割合と同一事業所によって提供されたものの割合は以下の通りです。

サービス種別	1 位	2 位	3 位
訪問介護 (37.81%)	ひと息の村ヘルパーステーション (76.06%)	あおぞらの里行橋ヘルパーステーション (11.27%)	ヘルパーステーション陽 (8.45%)
通所介護 (70.10%)	ひと息の村デイサービス (75.53%)	ツクイ荻田京町デイサービスセンター (12.59%)	デイサービスセンター陽 (8.40%)
地域密着型通所介護 ()			
福祉用具貸与 (82.36%)	ベストケア行橋営業所 (52.98%)	株式会社クローバー 行橋営業所 (14.88%)	フランスベッド株式会社 (10.72%)

9 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所の窓口 担当：池本 直宏	所在地：行橋市行事7丁目25-3 電話番号：0930-22-3727 FAX番号：0930-22-6696 受付時間：8:30~17:30（土・日・祝日以外）
行橋市役所介護保険課	所在地：行橋市中央1丁目1-1 電話番号：0930-25-1111
荻田町地域福祉課介護保険係	所在地：京都郡荻田町富久町1丁目19-1 電話番号：093-434-1111
みやこ町健康福祉課	所在地：京都郡みやこ町勝山上田960番地 電話番号：0930-32-2516
国民健康保険団体連合会	所在地：福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号：092-642-7859

相談・苦情解決の体制及び手順

苦情又は相談があった場合には、ご利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。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、ご利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

10 秘密保持・個人情報の保護について

当事業所の介護支援専門員および当事業所の使用する者は、サービス提供上で知り得た利用者様およ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。

＊なお、個人情報の使用に関しては、別途定める「個人情報についての同意書」によりあらかじめ双方の確認を行うものとします。

11 虐待の防止について

事業所は利用者当の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

虐待防止に関する担当者	管理者 池本 直宏
-------------	-----------

12 業務継続計画の算定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生及び早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、計画に従って必要な措置を講じます
- (2) 従業員に対し、事業継続計画について周知するとともに必要な研修等を定期的の実施します
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います

1 3 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します
- (3) 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修等を定期的に実施します

1 4 身体拘束等の適正化

- (1) 利用者又はほか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、身体的拘束等を行ってはならない
- (2) 身体的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を記録しなければならない

本人・家族の個人情報についての同意書

当事業所は個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気づきの点はお気軽にお申し出下さい。

当事業所における個人情報の利用目的

- 1 サービス提供
 - ① 当事業所での介護サービス提供
 - ② 他の医療機関・訪問看護事業所・訪問介護事業所・通所系サービス事業所・行政などとの連携、及び照会への回答
 - ③ 他法人事業所との勉強会等や実習生の実習に関する利用
 - ④ ご家族への説明及び報告
 - ⑤ その他ご利用者様への支援サービスに関する利用
- 2 給付・請求の為の事務
 - ① 審査支払機関への書類の提出
 - ② 審査支払機関または保険者からの照会への回答
 - ③ 公費負担サービスに関する行政への書類の提出、照会への回答
- 3 支援サービスにおける質の維持、改善の為の基礎資料
- 4 支援サービスの質の向上を目的とした連絡協議会等での事例研究
- 5 外部監査機関への情報提供

《 付記 》

- 1、上記のうち他のサービス事業所などへの情報提供について、同意し難い事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。
- 2、お申し出のないものについては、同意して頂けたものとして取り扱わせていただきます
- 3、これらの申し出は後からいつでも撤回、変更などを行うことができます

年 月 日

居宅介護支援の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<支援事業者>

住所	福岡県行橋市行事7丁目25-3	
事業所名	ひと息の村 ケアプランサービス	印
管理者	池本 直宏	印

(事業者番号 4072600192)

<説明者>

事業所名	ひと息の村 ケアプランサービス
氏名	池本 直宏

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援について重要事項説明を受けました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____
(続柄)

<家族>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____
(続柄)