

たけうちクリニック居宅介護支援事業所重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 事業所の概要

事業所名称	たけうちクリニック居宅介護支援事業所
介護保険指定事業所番号	鹿児島県指定（4675300398）
事業所所在地	鹿児島県始良市西餅田 140
連絡先	電話：0995 - 64 - 5550 FAX：0995 - 66 - 0281
事業所の通常の事業の実施地域	始良市 鹿児島市
法人名称	医療法人 健育会
代表者氏名	理事長 竹内 教能
本社所在地 （連絡先及び電話番号等）	鹿児島県始良市西餅田 140 たけうちクリニック 電話：0995－64－5550 FAX：0995－66－0281
法人設立年月日	平成 11 年 4 月 1 日
法人介護保険事業内容	・訪問介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリ・通所リハビリ ・訪問診療・居宅介護支援事業所・グループホーム

2 運営の方針

- (1) 利用者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支援致します。
- (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の選択に基づき適切な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配慮します。
- (3) 利用者の意思及び人権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等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に偏することのないよう公正中立に行います。
- (4) 医療系サービス（訪問看護・通所リハビリテーション等）の利用を希望している場合、その他必要な場合において、利用者の同意を得て主治医等に意見を求めます。この意見を求めた主治医等にケアプランを交付します。
- (5) 事業の運営に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り総合的なサービス提供の確保・維持に努めます。
- (6) サービスの提供に当たっては、要介護者等の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に努め、主治の医師等及び医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- (7) 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踏まえ必要な協力を行います。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います。

(8) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日 日曜・5/3～5/5・8/13～8/14・12/31～1/3は除きます
営業時間	午前8時半～午後5時半まで

(9) 事業所の職員体制

管理者	炭床 美由紀
-----	--------

職	職務内容	人員数
管理者	1 従業員の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。 2 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	常勤 1名
介護支援専門員	利用者及び家族へ複数の居宅サービス事業所を紹介し公平中立な立場で居宅介護支援業務を行う。	常勤 2名 (管理者含)

3 サービスの概要

(1) 事業所は、利用者に対して担当介護支援専門員を任命し、以下のサービスを提供します。

- ①居宅サービス計画の作成
- ②居宅サービス事業者との連携・調整
- ③サービス実施状況の評価
- ④利用者状態の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要介護認定申請に対する協力・援助
- ⑦相談業務

居宅介護支援提供に先立って、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）を確認させていただきます。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者にお知らせください。

- (1) 契約は、契約手続きを行った日に開始となり、ご利用者の要介護状態区分の有効期限が満了する日をもって終了いたします。但し、ご利用者からの文書でのお申し出がない場合には、次回の要介護状態区分の有効期限満了まで自動的に更新されます。
- (2) 利用者は複数の事業所の紹介を求めること、及び当該サービス事業所をケアプランに位置づけた選定理由を求めることが可能です。又、当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況について説明を行います。

(3) 利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係わる介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝える様に求めています。

(4) サービスの終了

① ご利用者の都合でサービスを終了する場合

この契約の有効期間中、この契約を解約することができます。この場合には、ご利用者は契約終了を希望する1週間前までに事業者へ通知するものとします。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、ご利用者への居宅介護サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前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いたします。

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。

I ご利用者が介護施設に入所した場合。

II 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、要支援1・2もしくは自立（非該当）と認定された場合。但し、この場合は、担当地域の包括支援センターにご利用者の情報を提供する等、連携を取らせていただきます。

III ご利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

事業所は、正当な理由がなく居宅介護支援サービスの提供を拒否することはありません。但し、以下の場合には居宅介護支援サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該市町村に状況を報告いたします。

I 介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合

II 偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、また受けようとした場合。

III ハラスメントに該当する行為がありケアマネジメントに支障をきたす場合。

・暴力又は乱暴な言動、無理な要求・セクシャルハラスメント・その他

4 利用料及びその他の費用について

①利用料金

当事業所が提供するサービスについて、利用料金は介護保険から給付されるため、ご契約者の利用料負担は発生しません。但し、介護保険料滞納がある場合は、全額料金を支払い、当事業所が発行する証明書を持って後日払い戻しとなる場合があります。利用者の保険料金滞納等のため、法定代理受領ができなくなった場合、要介護度に応じて下記の金額（1か月当り）を頂き、「サービス提供証明書」を発行します。後日、保険者の窓口へ提出することで全額の払い戻しを受けられます。

②解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、これに伴い解約料の発生はございません。

【介護保険給付金】

要介護1・2	10,860円	通院時情報連携加算	500円（1回／月限度）
要介護3・4・5	14,110円	ターミナルケアマネジメント加算	4,000円（1回／月限度）
初回加算	3,000円	緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円（2回／月限度）
入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,500円	運営基準減算	所定単位数の▲50%
入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,000円	特定事業所集中減算	1月に付き▲2,000円
退院・退所加算（Ⅰ）	イ：4,500円 ロ：6,000円	※退院・退所加算は入院・入所期間中1回まで算定可能。初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。	
退院・退所加算（Ⅱ）	イ：6,000円 ロ：7,500円		
退院・退所加算（Ⅲ）	9,000円		

利用者の居宅への訪問頻度の目安

介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安
利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1月に1回又は情報通信機器（テレビ電話）を活用した場合は2ヶ月に1回

※テレビ電話によるモニタリングは利用者の同意を得て、主治医や担当者に了承を得ている事（状態の安定・利用者が意思疎通可能・多職種と情報交換を行う）

5 身分証携帯義務

介護支援専門員は、常に身分証を携帯し、初回訪問時及び利用者の家族から提示を求められた時はいつでも身分証を提示します。

6 事故発生時の対応

事故が発生した場合、事故の状況及び事故に際して取った処理を記録致します。

利用者に対する事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

7 相談・苦情受付について

(1) 下記についてのご相談や苦情がございましたら、当該事業所の苦情申し立て窓口まで遠慮なくお申し出ください。

ご利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じて状況の聞き取りのため訪問を実施し、事情確認致します。ご利用者の立場を考慮しながら、事業者の責任者に対して慎重に事実関係の特定を行います。担当者は把握した状況を管理者とともに検討し対応方法を決定します。対応内容に基づき必要な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法を含めた結果報告を行います。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 居宅介護支援事業所 たけうちクリニック 炭床 美由紀 東堂園 一矢	所在地 鹿児島県始良市西餅田 140 電話番号 0995-64-5550 ファックス番号 0995-66-0281 受付時間 月曜日から土曜日まで 午前 8 時半～午後 5 時半まで
始良市役所長寿・障害福祉課 介護保険係	所在地 鹿児島県始良市宮島町 25 番地 電話番号 0995-66-3111 ファックス番号 0995-65-7112
始良市役所蒲生総合支所ほけん福祉係	所在地 鹿児島県始良市蒲生町上久徳 2399 番地 電話：0995-52-1211 FAX：0995-52-1219
始良市役所加治木総合支所ほけん福祉係	所在地 鹿児島県始良市加治木町本町 253 電話番号 0995-62-2111 ファックス番号 0995-62-3699
鹿児島県生き生き推進課介護保険係	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 10 番 1 号 電話 099-286-2696 ファックス番号 099-286-5554
国民健康保険団体連合会	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号 電話 099-213-5122 ファックス番号 099-213-0817
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 1 番 7 号 電話 099-257-3855 ファックス番号 099-251-6779

8 個人情報の保護

- (1) 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業者が得た利用者・ご家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るもの致します。
- (3) 守秘義務の継続は、契約が終了した後も守られます。

9 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

- (1) 事業所は 従業員の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。
- (3) 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次に掲げる措置を講じると共に必要に応じ医療衛生企画課の助言、指導を求めます。

- (4) 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ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (5) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (6) 従業者に対し感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

10 (虐待防止)

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置。定期的な委員会の開催とともに、その結果について従業者へ周知します。
- (2) 虐待の防止のための指針の整備をします。
- (3) 従業者に対し定期的に虐待の防止を啓発、普及するための研修を実施します。
- (4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者の選定及び設置します。
- (5) 事業所は、養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)等による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、これを保険者に通報します。

11 (身体拘束等の禁止)

- (1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行いません。
- (2) 事業所は、やむを得ず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その他必要な事項を記録します。

12 (業務継続計画の策定等)

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 事業所は定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13 (従業者の研修等)

- (1) 事業所は、従業者に対し、常に必要な知識の習得及び能力の向上を図るための研修(外部における研修受講を含む。)を実施する。なお、研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。
 - ・採用時研修 採用後3ヶ月以内
 - ・継続研修 年6回以上(その他運営についての留意事項)

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者様に説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	鹿児島県始良市西餅田 140 番地
	法人名	医療法人 健育会
	代表者名	竹内 教能 印
	事業所名	たけうちクリニック
	説明者氏名	炭床美由紀 印

私は重要事項説明書により、事業者から重要事項について説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

家族又は代理人 (代筆)	住所	
	氏名	印