

南古谷居宅介護支援事業所重要事項説明書

〔令和 6 年 10 月 1 日現在〕

1.相談窓口は

南古谷居宅介護支援事業所

電 話 直 通 0 4 9 - 2 3 5 - 7 0 2 1

病院代表 0 4 9 - 2 3 5 - 7 7 7 7 (不在時・夜間・休日は転送)

FAX 0 4 9 - 2 3 5 - 7 7 8 4

受付日 月曜日から土曜日

受付時間 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 00

休業日 日曜日・祝日、12 月 30 日 ~ 1 月 3 日

*病院代表に電話が転送された場合は、こちらから折り返しご連絡致しますので、お名前と電話番号をお伝えください。

2.当居宅介護支援事業所の概要

(1)指定番号及びサービス提供地域

事業所名	南古谷居宅介護支援事業所
所在地	埼玉県川越市久下戸 110
介護保険指定番号	1170401960
サービスを提供する地域	川越市・ふじみ野市

*上記以外の地域の方もご相談の上、検討致します。

(2)職員体制

	常 勤	非常勤
管理者 (介護支援専門員と兼務)	1 名	
介護支援専門員 (専従)	3 名	

(3)営業時間

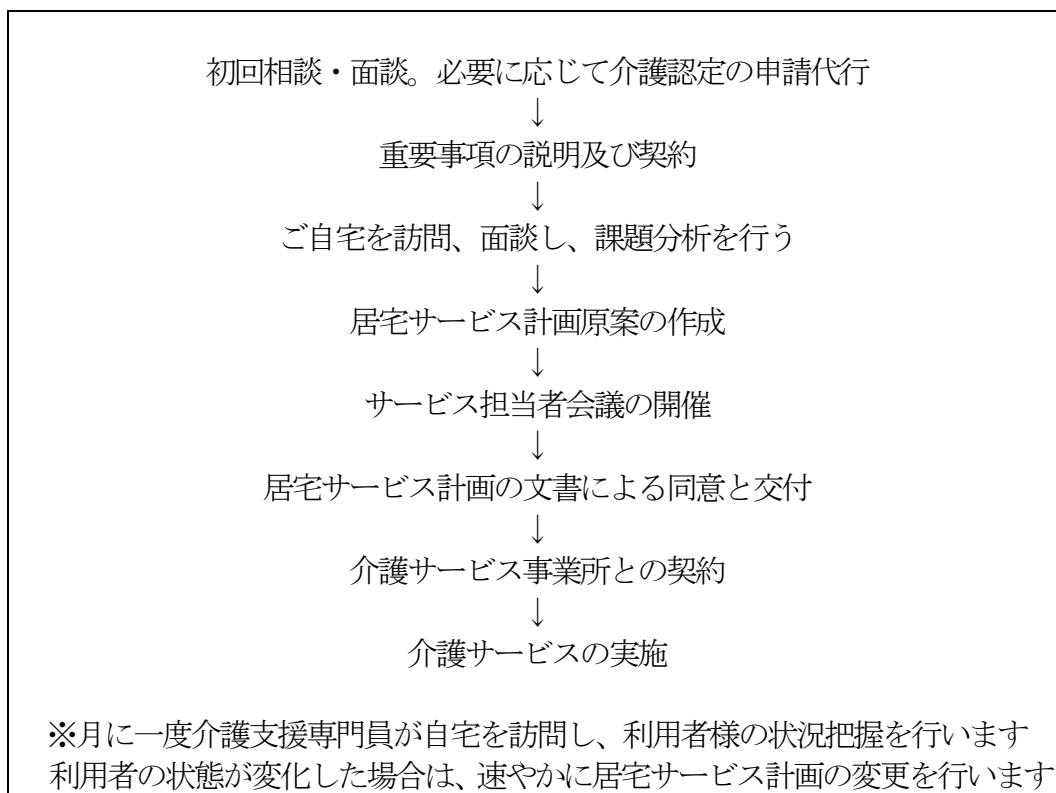
月曜日から土曜日	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時まで
日曜日・祝日	お休み

*年末 12 月 30 日から 1 月 3 日はお休みします。

*緊急な場合は南古谷病院までご連絡ください。(Tel 049 - 235 - 7777)

3.サービスの利用方法

(1)申し込みから介護保険サービス提供までの流れと主な内容



(2) 居宅サービス計画作成の支援

介護支援専門員は、利用者やその家族に対し「居宅サービス計画（ケアプラン）」に位置付ける居宅サービス事業所について下記の事項を説明いたします。

- ・複数の事業所を提示し、各事業所の特色についての説明
- ・当該事業所を居宅サービス計画（ケアプラン）に位置付けた理由

(3)サービスの終了

①利用者様の都合でサービスを終了する場合は、事前にご連絡ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合人員等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1か月前までに文書で通知します。

③以下の場合には自動的にサービス終了となります。

- ・利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・要介護区分が、非該当（自立）又は要支援 1・2 と認定された場合
＊要支援となられた場合は、介護予防サービスの利用ができるように、包括支援センターと連携し引き継ぎを行います。
- ・利用者様が亡くなられた場合

④利用者様やご家族等が当事業所または介護支援専門員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、文書で通知する事により即座にサービスを終了させていただきます事があります。

(4)その他

当事業所の職員は、利用者に対するサービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ・医療行為
- ・家事などの代行
- ・当事業所の職員の運転する車両への同乗
- ・介護保険に関係のない（一部を除く）行政・病院等の書類や手続きの代行
- ・利用者・ご家族に対して行う、宗教活動・営利活動・政治活動
- ・金銭管理や金融機関等の手続き

4.利用料金

(1)利用料

居宅介護支援に関するサービス利用料金は、介護保険から全額給付されますので、原則自己負担はありません。

①居宅介護支援費（1ヶ月につき）

要介護 1・2	要介護 3・4・5
11,316 円	14,702 円

②初回加算 3,126 円

- ・新規に居宅サービス計画を作成した場合
- ・要支援者が要介護認定を受けた場合
- ・要介護状態区分が2段階以上変更となった場合

③入院時情報連携加算（Ⅰ）2,605 円

- ・利用者が入院した日のうちに医療機関へ情報提供した場合

④入院時情報連携加算（Ⅱ）2084 円

- ・利用者が入院した日の翌日又翌々日に医療機関へ情報提供した場合

⑤退院・退所加算 4,689 円～9,378 円

- ・退院又は退所に当たって、医療機関又は施設職員と面談を行い、情報提供を受けた上で居宅サービス計画を策定した場合（入院または入所期間中につき3回を限度とし、主治医等との会議に参加するなど状況に応じ金額に変動があります）

⑥緊急時等居宅カンファレンス加算 2,084 円

- ・医療機関の求めにより、医療機関職員とともに居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要に応じてサービスの利用調整を行った場合

⑦ターミナルケアマネジメント加算 4,168 円

⑧特定事業所医療介護連携加算 1,302 円

- ・前々年度3月～前年度2月までの間に退院退所加算を35回以上、ターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定した場合

⑨通院時情報連携加算 521 円

- ・利用者に同意を得た上で、医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活状況等の情報提供を行い、医師等からも必要な情報提供を受け記録した場合

(2)交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、介護支援専門員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

自動車を使用した場合は、

- ・通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1km毎 65 円

(3)解約料

解約料はかかりませんが、解約の際には事前にご連絡ください。

5.事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者様に対する指定居宅介護支援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。

なお、当事業者は、全国訪問看護事業協会の損害賠償保険に加入しています。

6.個人情報の保護と秘密保持

個人情報に関しては、利用者様、ご家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等で用いる事はいたしません。

事業者が知り得た個人情報については、原則的にサービスの調整等の目的以外には利用しません。

また、サービス提供をする上で知り得た利用者様およびご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。

7.主治の医師等及び医療機関等との連携

事業者は利用者の主治の医師等又は関係医療機関との間において、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うために、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いただきます。そのために、入院、受診時等には、当該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いたします。

8.虐待防止について

事業者は、虐待防止に関する責任者を選定し、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な指針の整備を行うとともに、定期的な委員会の開催、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じています。

虐待防止に関する担当者：管理者

9.ハラスメント対策

- (1) 事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者やその家族が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

10..感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の発生や拡大を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修等の担当者を定め取り組みます。

11.感染症や災害の対応力強化

感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するため、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。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護支援専門員その他の従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。又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。

12.サービス提供に関する苦情

提供した指定居宅介護支援に係る利用者様及びそのご家族からの苦情を受け付けるための窓口を設置いたします。苦情受け付け窓口は下記のとおりです。

(1) 事業者の窓口

＜南古谷居宅介護支援事業所＞

電話番号 049-235-7021

受付日 月曜日から土曜日まで（日曜日・祝日・12月30～1月3日を除く）

受付時間 午前8時30分～午後5時まで

(2)市町村（保険者）の窓口

＜川越市・介護保険課＞ 049-224-8811（内線2561～2571）

＜ふじみ野市・高齢福祉課＞ 049-261-2611

(3)公的団体の窓口

＜埼玉県国民健康保険団体連合会＞ 048-824-2568（苦情専用）

13.当居宅介護支援事業所の運営方針

(1)医療と介護との融和

(2)ご本人の意思の尊重

(3)他の介護サービス事業所との連携

(4)地域社会への貢献

14 当事業所の概要

名 称	医療法人聖心会
代表者氏名	理事長 曾山 鋼一
法令遵守責任者氏名	理事長 曾山 鋼一
所 在 地	埼玉県川越市久下戸 110
所在地電話番号	049-235-7021
介護保険関連事業	訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ 居宅療養管理指導

(
介護保険説明同意書) 令和 年 月 日

居宅介護支援の提供にあたり、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致しました。

事業者	所在地	埼玉県川越市久下戸 110 番地
	名 称	医療法人聖心会
	事業所	南古谷居宅介護支援事業所
説明者	所 属	居宅介護支援事業所 (介護支援専門員)
	氏名	印

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

利用者	
住所	
氏名	印
(代理人)	
住所	
氏名	印