居 宅 介 護 支 援 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
　　電　話　　０２７-３６２-１８１３　（午前９時００分～午後５時３０分まで）
　　担当(管理者)

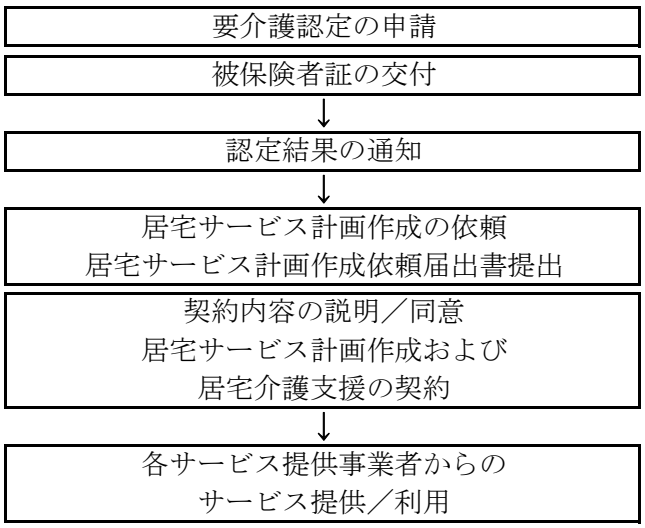
２．事業所の概要
（１）　指定番号およびサービス提供地域
　　事業所名　　第一病院居宅介護支援事業所
　　所在地　　高崎市下小鳥町１３１７番地
　　指定事業所番号　　１０７０２００１８１
　　サービス 提供地域　高崎市内

（２）　職員の体制
　　主任介護支援専門員　　(専任)
　　介護支援専門員　　(専任)

（３）　営業日および時間
　　営業日　　月曜日～土曜日（但し国民の祝日、１２月３０日～１月３日は除く）
　　時　間　　午前９時００分　～　午後５時３０分

（４）　通常の事業の実施地域は、高崎市内

３．居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと事業の内容
（１）　介護保険の流れと居宅介護支援



（2） 事業の目的

この指定居宅介護支援事業は、介護保険法の理念に基づき、要援護状態となった場合においても利用者が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出来るように支援することを目的とする。

※ 居宅介護支援とは…
- 介護支援専門員による居宅サービス計画の作成
- 居宅サービス計画の実施状況や利用者の状況変化の確認と評価
- 居宅サービス計画の変更や、関係機関との連絡調整
- サービス利用に関する情報提供や紹介など

① 居宅サービス計画作成

介護サービスは、利用者が自分で自由に選べますが、介護保険で利用できるサービス量は要介護度に応じて決まります。効率よくサービスを利用するために、介護支援専門員が一人一人に合わせて利用計画を作成します。

② 指定居宅サービス事業者等との連絡調整

介護支援専門員は、サービスを提供する事業者との連絡や調整も行います。

③ 介護保険施設への紹介

④ 相談援助業務

⑤ 利用者に対する便宜の提供

4．利用料金

（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、自己負担はありません。

保険料の滞納等により、法定代理受領をできなくなった場合は、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、住所地の市区町村窓口に提供しますと、厚生労働大臣が定める基準により算出した居宅介護支援費ならびに居宅介護サービス費の戻しが受けられます。

介護報酬	要介護 1・2	1,086単位/月
	要介護 3・4・5	1,411単位/月
	初回加算	300単位/月
	入院時情報連携加算（Ⅰ）	250単位/月
	入院時情報連携加算（Ⅱ）	200単位/月

退院・退所加算

退院・退所加算（Ⅰ）イ	450単位
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	600単位
退院・退所加算（Ⅱ）イ	**600単位**
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	**750単位**
退院・退所加算（Ⅲ）	**900単位**

緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位/回
通院時情報連携加算	50単位/月
ターミナルケアマネージメント加算	400単位/月

＊当事業所は高崎市（6級地）所在のため10.42が乗算されます。

交通費　サービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。
また、有料駐車場の利用時は実費が必要です。

（２）　解約料

利用者はいつでも契約を解除することができ、料金は一切かかりません。

５．サービスの利用方法

（１）　サービスの利用開始

まずは電話にてお申し込みください。当事業所の介護支援専門員がお伺いします。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

（２）　サービスの終了

①　利用者の都合でサービスを終了する場合
文書でお申し出くだされればいつでも解約できます。

②　当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、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。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、地域の居宅介護支援事業者を紹介いたします。

③　自動終了
以下の場合は、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。
・利用者が６ヶ月以上の長期の入院となった場合
・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定が、非該当（自立）と認定された場合
・利用者が施設に入所した場合
・利用者が死亡した場合

④　その他
利用者及び家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

６．当事業所の居宅介護支援の特徴等

（１）　運営の基本方針

①　利用者が要介護状態になった場合においても、利用者が可能な限り居宅で自立した日常生活を送ることができるように配慮いたします。

②　利用者の心身の状況や生活環境に応じた適切なサービス提供が行えることを目指し、利用者が適切なサービスを選択できるよう、サービスについての情報を提供したり、わかりやすく説明いたいます。

③　特定のサービスや事業者に偏らないように公正な居宅介護支援を行います。
利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。
利用者は居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者の選定理由の説明を求めることができます。

④　市町村や主治医、介護サービス事業者との協力、連携に努めます。

（2） 居宅介護支援の進め方

① 介護支援専門員が利用者の自宅を訪問します。
利用者及び家族の要望の確認
利用者の心身の状況や生活環境等の確認

② 介護支援専門員が、居宅サービス計画案を作成します。

③ 介護支援専門員が、サービス担当者との調整会議等により
サービスの調整を行います。

④ 介護支援専門員が居宅サービス計画案を利用者及び家族に
説明します。

⑤ 利用者からサービス計画の同意をいただきます。
利用者は居宅サービス計画にそって、
各介護サービス事業者と契約します。

⑥ 介護支援専門員が、サービスの実施状況や利用者の課題を
確認し、必要に応じて居宅サービス計画の変更や、介護サ
ービス事業所などとの連絡調整を行います。

⑦ 要介護認定更新申請への協力

7. 相談・苦情の対応

① 当事業所利用者の相談・苦情担当
当事業所の居宅介護支援に関する相談・苦情および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の相談・苦情を承ります。

② 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
高崎市長寿社会課介護保険室　電話　０２７－３２１－１２５０

③ 群馬県国民健康保険連合会
介護保険課内　　電話　０２７－２９０－１３２３

8. 緊急時の対応

緊急の場合は下記にご連絡ください。

日中の場合　　電　話　　０２７－３６２－１８１３

夜間・休日　　電　話　　０２７－３６２－１８１１(第一病院)

9. 秘密保持

事業者及び事業者の職員は、正当な理由がない限り、利用者に対する居宅サービスの提供にあたって知り得た利用者及び家族の情報を漏らしません。
事業者は、事業者の職員が退職後においても、在職中に知り得た情報を漏らす事がないよう必要な措置を講じます。
事業者は、利用者や家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議や医療連携等において、利用者や家族の個人情報を用いません。

10.賠償責任

①事業者は、利用者に対する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には、賠償責任を速やかに行います。

②事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

③事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

11.医療と介護の連携の強化

①入院時における医療機関との連携をはかり心身の状況や生活環境等の情報提供を行います。

②退院、退所にあたって医療機関の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し居宅サービス等の調整を行います。

※入院時、担当の介護支援専門員の氏名を入院先の医療機関に必ずお伝えください。

12.事業継続計画

事業継続計画（BCP）の策定にあたって、感染症や災害が発生した場合で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、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。

13.衛生管理

感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し感染対策の資質向上に努める。

14.虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生または再発を防ぐため次の措置を講ずるものとする。

①虐待防止のための対策を検討する

②虐待防止のための指針整備

③虐待を実施するための定期的な研修の実施

④①～③に揚げる措置を適切に実施するための担当者を設置

担当者　第一病院居宅介護支援事業所

事業者は虐待が発生した場合速やかに市町村へ通報し市町村が行う虐待等に対する調査に協力するよう努める。

高崎市長寿社会課　連絡先　〒370-8501 群馬県高崎市高松町35番地1

電話　027-321-1250

指定居宅介護支援事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者　事業者名　医療法人　博仁会

住所　高崎市下小鳥町1317番地

代表者名　佐　藤　泰　然　印

説明者　印

＊担当介護支援専門員

氏名

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、同意し受領しました。

年　月　日

利用者　住所

氏名

代理人　住所

氏名