

指定居宅介護支援 重要事項説明書

1. 事業者の概要

名 称	医療法人CLSすがはら
所在地	福岡県大牟田市小川町30番地 1
代表者名	菅原謙三
電話番号及びFAX番号	TEL0944-55 - 1212 FAX0944-55 - 1102

2. 事業所の概要

名 称	居宅介護支援 あすなろの郷
所在地	福岡県大牟田市小川町 30 番地 1
介護保険事業者番号	4071502951
電話番号及びFAX番号	TEL0944-55 - 1177 FAX0944-55 - 5030
管理者名	馬原 明子

3. 営業日および営業時間

営業日	月曜～金曜日 (12月31日～1月 3 日を除く)
提供時間	午前8時30分～午後5時30分まで

4. サービスの内容

契約者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施いたします。

- ① 契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をお伺いして「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成いたします。
- ② ご契約者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者およびそのご家族等、指定居宅サービス業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ③ 必要に応じて、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- ④ 居宅サービス計画に位置付ける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す、また当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることが可能であることの説明を行います。
- ⑤ 居宅介護支援の提供開始にあたって、利用者等に対し前 6 ヶ月間に当事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護が位置付けられた居宅サービス計画の占める割合、前 6 ヶ月に当該事業所において作成された居宅サービスに位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち同一指定居宅サービス事業所又は指定地域密着型サービス事業所によって提供されたものが占める割合につき説明を行い同意を得ます。

5. サービスの実施区域

- ・大牟田市及び荒尾市

6. 職員体制

管理者	1 名
介護支援専門員	1 名 (うち 1 名は兼務)

7. 緊急時の対応

利用者の主治医または事業者の協力機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。		
協力医療機関	医療機関名称	医療法人C L Sすがはら 菅原病院
	院長名	菅原謙三
	所在地	福岡県大牟田市小川町30番地1
	電話番号	TEL0944-55 - 1212
	診療科	内科、呼吸器内科、胃腸内科、循環器内科、放射線科、漢方内科、リハビリテーション科

8. 利用料その他の費用の額

区分	項目	金額
基本	要介護1又は要介護2	10,860円/月
	要介護3から要介護5	14,110円/月
加算	初回加算 新規に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合	3,000円/月
	入院時情報連携加算Ⅰ 当該病院等へ訪問し、必要な情報を3日入院した日、入院日以前、営業日、時間外に入院した場合は翌日に提供した場合	2,500円/月
	入院時情報連携加算Ⅱ 当該病院等へ訪問し、必要な情報を入院した翌日、翌々日、営業時間外後の入院の場合は入院から起算し3日目が営業日でない場合は翌日を含むに提供した場合	2,000円/月
	退院・退所加算 情報提供のみ又は、 退院や退所時にカンファレンスに参加した場合	情報提供のみ 4,500円 1回目 6,000円 2回目 7,500円 3回目 9,000円 (入院、入所期間中1回)
	退院・退所加算 退院や退所時にカンファレンスに参加しなかった場合	1回目 4,500円 2回目 6,000円 (入院、入所期間中1回)
	通院時情報連携加算	500円/月
	緊急時等居宅カンファレンス加算 病院等の求めにより医師又は看護師等と共に居宅を訪問し、カンファレンスを行った場合	2,000円/回 (月に2回まで)
	ターミナルマネジメント加算 末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者宅へ死亡日および死亡日前14日以内に2日以上訪問した場合(在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)	4,000円/月

* 事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合(法定代理受領)はご契約者の自己負担はありません。但し、ご契約者の介護保険料の延滞等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することが出来ない場合は、利用料金の全額を一旦お支払いいただくことになります。

9. サービスの実施地域以外の実費交通費

- | | |
|--------------------------|--------|
| ① 実施地域以外から片道10km未満 | 無料 |
| ② 実施地域以外から片道10km以上20km未満 | 往復300円 |
| ③ 実施地域以外から片道20km以上 | 往復500円 |

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

虐待相談窓口	馬原 明子
虐待防止に関する責任者	菅原 謙三

11. 感染症予防

- ① 介護支援専門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 指定居宅支援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ます。

（ア）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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

（イ）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ています。

（ウ）従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12. 利用者からの苦情対応

本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する担当者を下記により設置し苦情解決に努めます。

相談窓口	馬原 明子	電話：0944-55-1177
医療法人 CLS すがはら苦情解決責任者	菅原 謙三	電話：0944-55-1212
大牟田市福祉課介護保険担当	所在地：大牟田市有明町2-3	電話：0944-41-2683
荒尾市健康生活課介護保険係	所在地：荒尾市宮内出目390番地	電話：0968-63-1418

福岡県国民健康保険団体連合会	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話：092-642-7800
熊本県国民健康保険団体連合会	所在地：熊本市健軍 1 丁目 18 番 7 号 電話：096-214-1101

13. (事故発生時の対応)

介護支援専門員等は、指定居宅介護支援の提供により利用者本人に事故が発生した場合には速やかに管理者、市町村、利用者の家族等及び利用者の介護サービス事業所に連絡を行うと共に、必要な措置を講じるものとします。

- 2 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。
- 3 利用者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。

14 (業務継続計画の策定等)

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に支援するため、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。)を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

- 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に実施するものとします。
- 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うものとします。

15 (その他)

事業所は、適切な指定居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

- 2 事業所は、指定居宅介護支援の提供に関する諸記録を整理し、完結の日から5年間保存します。
- 3 職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- 4 職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を保持させるため、職員で亡くなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

令和 8年2月1日 改訂

重要事項説明書及び個人情報使用同意書

私（利用者およびその代理人）は、サービスの利用に際して重要事項説明書の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。さらに私の（利用者およびその代理人）個人情報については次に記載するところにより必要最低限の範囲で使用することに同意します。

1. 利用目的

- 当法人（内）での医療・介護・福祉サービスの提供
- 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 他医療・介護・福祉施設等からの照会への回答
- 患者様・利用者様に対する当法人が提供するサービスに関して外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 検査業務の委託その他の業務委託
- ご家族等への説明
- その他、患者様・利用者様への当法人が提供するサービスに関わる情報連携

◎審査支払期間への請求に関わる事務

- 当法人での医療・介護・福祉・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- 審査支払機関へのレセプト等の提出
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 公費負担医療・介護・福祉に関する行政機関等へのレセプト等の提出、照会への回答
- その他、医療・介護・福祉・労災保険、および公費負担医療に関する請求のための利用

◎当法人の管理運営業務

- 会計・経理
- 当法人が提供するサービスの範囲内における事故等の報告
- 当該患者様・利用者様のサービスの向上に関わる報告
- その他、当法人の管理運営業務に関する利用

◎当法人内において行われる教育実習への協力

◎当法人が提供するサービスの質の向上を目的とした事例研究

◎外部監査機関への情報提供

なおあらかじめ利用者の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を扱うことはいたしません。また個人情報について利用者様より開示を求められた場合には、遅延なく内容を確認し当法人の指針に従って開示いたします。

2. 使用する期間

サービス提供に関わる契約期間に準ずる

3. 条件

個人情報の提供は、必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のもに漏れることのないよう最新の注意を払う

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 大牟田市小川町 30-1
事業者(法人)名 医療法人 CLS すがはら
事業所 居宅介護支援 あすなろの郷
代表者 理事長 菅原謙三 印

説明者 氏名 馬原 明子 印

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

(署名代行者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____

理 由 _____

(親族代表者、又は代理人もしくは身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

連絡先 _____