

重要事項説明書

(指定居宅介護支援事業サービス)

医 療 法 人 尚 和 会

ケアヴィラ伊丹居宅介護支援事業所

年 月 日 時 分

説明場所 _____

説明者 職名 _____

氏名 _____

利用者に対する指定居宅介護支援サービス提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

事業所の名称	医療法人 尚和会
事業者の所在地	宝塚市向月町19番5号
法人種別	医療法人
代表社名	理事長 那須 輝
電話番号	0797-81-1141

2. ご利用施設

施設の名称	ケアヴィラ伊丹居宅介護支援事業所
施設の所在地	伊丹市大野1丁目3番地2
開設年月日	平成15年7月1日
事業所番号	2873300855
管理者名	仲才 真留美
電話番号	072-777-0057
FAX番号	072-777-7050
ホームページ	http://www.carevilla.com
交通機関	JR. 阪急伊丹駅より伊丹市バス東野下車徒歩2分 川西バスターミナルより阪急バス自衛隊病院前下車5分

3. 事業目的と運営方針

事業目的	指定介護支援事業は、利用者及びその家族（以下「利用者」という。）の意思を尊重し、常に利用者の立場に立って、公正中立に、適正な指定介護支援を提供することを目的とする。
運営方針	当事業所は、利用者が要支援・要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、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、適正なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮する。

4. 職員体制

職 種	員数	常勤		非常勤		常勤換算後の人数	事業者の指定基準	保有資格
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者兼主任介護支援専門員	1	1				1	1以上	介護支援専門員
介護支援専門員	(1)	(1)						

5. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 体 制
管 理 者 及 介 護 支 援 専 門 員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 常勤で勤務

6. 通常の事業の実施地域

伊丹市全域、川西市（加茂・久代・南花屋敷）宝塚市（山本野里・口谷）

※通常の事業の実施地域以外にお住まいの方もご相談ください。

7. 営業時間

営 業 時 間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
休 業 日	土曜日・日曜日・12月30日～1月3日

8. サービスの内容

（1）居宅介護サービス計画の作成

当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者およびその家族に複数提供し、利用者にサービスの選択を求め、専門的な立場から計画書を作成します。利用者が医療系サービスの利用を希望している場合などは、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、意見を求めた主治の医師等に対して居宅サービス計画書を交付します。

（2）居宅介護サービス計画書の実施状況の把握

少なくとも1ヶ月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者への面接を行い、実施状況の把握を記録します。

（3）給付管理業務

居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理表を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。また要介護状態区分に応じて介護保険から給付される上限額を超えないようサービス内容を管理します。

（4）各種申請手続き代行

要介護更新認定申請や、その他介護保険サービスを利用するにあたり必要な申請手続きの代行を行います。

（5）相談業務

利用者および家族より、介護上の諸問題についての相談に誠意を持って応じます。

（6）事業所間の連絡調整

居宅介護サービス計画に基づいて、サービス提供が確保されるように、医療機関や事業者等との連絡調整を行います。また訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

9. 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項

(1) 指定居宅サービス事業者等選定理由

利用者は介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

(2) ケアマネジメントにおける公正中立性の確保

前6ヶ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各サービスごとの同一事業者によって提供されたものの割合について説明を行います。

(3) 医療機関との連携

利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等と情報共有や連携を図ることで退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院等へ伝えてください。

10. 1ヶ月あたりの利用者負担額

(1) 利用料金

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ますので自己負担はありません。但し、保険料の滞納等により、法廷代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき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保険者に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

要介護度区分 取扱い件数区分	要介護1・2	要介護3～5
介護支援専門員1人当りの利用者の数が45人未満の場合	居宅介護支援費Ⅰ (単位数 1,086) 11,620 円	居宅介護支援費Ⅰ (単位数 1,411) 15,097 円
〃 45人以上の場合において、45以上60未満の部分	居宅介護支援費Ⅱ (単位数 544) 5,820 円	居宅介護支援費Ⅱ (単位数 704) 7,532 円
〃 60人以上の場合において、60以上の部分	居宅介護支援費Ⅲ (単位数 326) 3,488 円	居宅介護支援費Ⅲ (単位数 422) 4,515 円

◎1単位は、10.70円で計算しています。

※ 当事業所が運営基準減算（居宅介護支援の業務が適切に行われない場合の減算）に該当する場合は、上記金額の50/100となります。また2ヶ月以上継続して該当する場合には、算定しません。

※ 特定事業所集中減算（居宅サービスの内容が特定の事業者者に不当に偏っている場合の減算）に該当する場合は、上記金額より2,140円を減額することとなります。

※ 45人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、45件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅱを、60人以上の場合は60件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅲを算定します。

	加 算	加算額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	初 回 加 算 (単 位 数 300)	3,210 円/回	新規に居宅サービス計画を作成する場合要支援者が要介護認定を受けた場合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に居宅サービス計画を作成する場合
	入院時情報連携加算 (I) (単 位 数 250)	2,675 円/月	利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合 入院日当日に情報提供していること。
	入院時情報連携加算 (II) (単 位 数 200)	2,140 円/月	利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合 入院日から起算して3日以内に情報提供していること。
	退院・退所加算 (I) イ (単 位 数 450)	4,815 円/回	病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
	退院・退所加算 (I) ロ (単 位 数 600)	6,420 円/回	病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合 1回以上カンファレンスによる情報収集を行った場合

退院・退所加算（Ⅱ）イ （単位数 600）	6,420 円/回	病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
退院・退所加算（Ⅱ）ロ （単位数 750）	8,025 円/回	病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合 1 回以上カンファレンスによる情報収集を行った場合
退院・退所加算（Ⅲ） （単位数 900）	9,630 円/回	病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって病院等の職員と 2 回以上面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合 1 回以上カンファレンスによる情報収集を行った場合
緊急時等居宅カンファレンス加算 （単位数 200）	2,140 円/回	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、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合 （一月に 2 回を限度）

	通院時情報連携加算 (単位数 50)	535 円/回	利用者が病院または診療所において医師または歯科医師の診察を受ける際同席し、医師または歯科医師等に対して利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師または歯科医師から必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合（一月に1回を限度）
--	-----------------------	---------	--

11. 相談・苦情等についての窓口

〔事業者の窓口〕 ケアヴィラ伊丹居宅 介護支援事業所	窓口担当者 仲才 真留美 受付時間 午前9時～午後5時（土日休み） 電話番号 072-777-0057
〔市町村の窓口〕 伊丹市	所在地 〒664-8790 伊丹市千僧1丁目1番地 電話番号 072-784-8037 受付時間 午前9時～午後5時30分（土日祝休み） 伊丹市役所 介護保険課
〈その他市町村〉	各市町村介護保険課
〔公的団体の窓口〕 兵庫県国民健康保険 団体連合会	所在地 〒650-0021 神戸市中央区三宮1丁目1-1801号 電話番号 078-332-5617 受付時間 午前9時～午後5時（土日祝休み）

12. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあつた場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（家族等）へ連絡をします。

主 治 医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急連絡先（家族等）	氏 名 （続柄）	
	住 所	
	電 話 番 号	

1 3. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

1 4. 虐待防止への取り組み

利用者の尊厳の保持や人格の尊重、人権の尊重の観点から、虐待の発生やその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施等の担当者を定め取り組みます。

1 5. 権利擁護に関する措置

職場におけるハラスメント対策のための方針の明確化などの必要な措置を講じます。

1 6. 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、慣習等の担当者を定め取り組みます。

1 7. 業務継続計画の策定

感染症や災害発生時においても、業務を継続、または早期に業務再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練等の実施に取り組みます。

1 8. 法人が行っている業務

事業所の名称	住 所	電話番号
宝 塚 第 一 病 院	兵庫県宝塚市向月町19番5号	0797-84-8811
宝塚リハビリテーション病 院	兵庫県宝塚市鶴の荘22番地の2号	0797-81-2345
介 護 医 療 院 ケ ア ヴ ィ ラ 伊 丹	兵庫県伊丹市大野1丁目3番地2号	072-777-1165
グ ル ー プ ホ ー ム ケ ア ホ ー ム 伊 丹	兵庫県伊丹市大野1丁目3番地2号	072-777-7272
伊 丹 大 野 診 療 所	兵庫県伊丹市大野1丁目3番地2号	072-777-7001
介 護 老 人 保 健 施 設 ケ ア ヴ ィ ラ 宝 塚	兵庫県宝塚市亀井町10番51号	0797-71-6510
グ ル ー プ ホ ー ム ケ ア ホ ー ム 宝 塚	兵庫県宝塚市亀井町10番51号	0797-71-2828
サ ポ ー ト プ ラ ザ 宝 塚	兵庫県宝塚市鶴の荘19番12号	0797-62-6622

※重要事項説明書の記載内容に変更が生じた場合、利用者に書類を交付し説明した上で同意をいただくことといたします。

年 月 日

当事業者は、本書面に基づいて、サービス内容および重要事項を説明しました。

医療法人尚和会
ケアヴィラ伊丹居宅介護支援事業所

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者の家族等) 住 所 _____

氏 名 _____ 印