

医療法人回生会居宅介護支援重要事項説明書兼同意書

<令和 8 年 6 月 1 日現在>

1. 居宅介護支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医 療 法 人 回 生 会
代 表 者 名	理事長 出 射 靖 生
所在地・連絡先	(所在地) 〒600-8814 京都市下京区中堂寺庄ノ内町8番地の1 (松原通七本松西入ル南側) (電 話) 075-311-5121(代) (FAX) 075-314-1843

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	医療法人回生会 居宅介護支援事業所クリニック回生
所在地・連絡先	(所在地) 〒604-8051 京都市中京区御幸町通錦小路上ル 船屋町382番地 (電 話) 075-255-0350 (FAX) 075-255-0301
事 業 所 番 号	2610300705
管理者の氏名	河 本 貞 愛

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常 勤(人)	非常勤(人)		
管 理 者	1	1	0	0.3	職員を管理し事業の目的に従って円滑に遂行されるよう業務を統括する
介護支援専門員	2	2	0	1.7	介護サービス計画の作成に関わる業務を担当する
事 務 職 員 等	0	0	0	0.0	

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市中京区、下京区、上京区、東山区
------------	--------------------

※ 上記の地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日等

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	9：00～17：20
土曜日	9：00～13：00

営業しない日	日曜日・祝日・年末年始（12月30日～1月3日）
--------	--------------------------

※営業時間帯以外で緊急な相談につきましては、「090-5556-6728」にて承ります。

3. 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法等

- ア 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- イ 要介護等認定の申請代行
- ウ 給付管理業務
- エ 施設入所への支援
- オ サービス提供の記録

4. 費用

(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。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1ヶ月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

- ・【基本介護支援費】当事業所の地域区分は5級地です。（単価：10.70円）

区分	取扱件数(利用者数)	要介護1・2	要介護3・4・5
I-i	45件未満	1,086 単位/月	1,411 単位/月
I-ii	45件以上60件未満	544 単位/月	704 単位/月
I-iii	60件以上	326 単位/月	422 単位/月

※ I-ii と I-iii については、40件或いは60件以上の部分について算定

- ・【加算項目】当事業所の地域区分は5級地です。（単価：10.70円）

加算名称	単位数	算定回数、要件等
初回加算	300 単位	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区分変更された場合
入院時情報連携加算(I)	250 単位	利用者が入院した日の内に、医療機関の職員に必要な情報を提供したとき
入院時情報連携加算(II)	200 単位	利用者が入院した日の翌日又は翌々日に医療機関の職員に必要な情報を提供したとき

退院・退所加算	カンファレンス参加無し	(Ⅰ)イ	情報提供 1回	450	単位	医療機関の入院者又は地域密着型介護福祉施設・介護保険施設の入所者が退院・退所し、その居宅・地域密着型サービスを利用する場合、当該医療機関・施設等より、利用者に関する必要な情報提供を受けたうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行ったとき
		(Ⅱ)イ	情報提供 2回	600	単位	
	カンファレンス参加有り	(Ⅰ)ロ	情報提供 1回	600	単位	
		(Ⅱ)ロ	情報提供 2回	750	単位	
		(Ⅲ)	情報提供 3回	900	単位	
緊急時等居宅カンファレンス加算				200	単位	利用者の急変等に伴い、在宅医療を担う保険医の求めに応じて、居宅でのカンファレンスに参加し、必要に応じて居宅・地域密着型サービスの調整を行う。 (1月2回まで)
通院時情報連携加算				50	単位	利用者が医療機関において受診の際同席し、医師等と情報連携を行いケアマネジメントを行った場合 (1月1回まで)
ターミナルケアマネジメント加算				400	単位	在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握したうえで、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供のとき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ				所定単位×2.1%		介護職員の賃金引上げとキャリアアップ、職場環境改善の取組へ支給される。
特定事業所加算(A)				100	単位	質の高いケアマネジメントを実施している事業所を積極的に評価する観点から、人材の確保やサービス提供に関する定期的な会議を実施しているなど、厚生労働大臣の定める基準に適合するとき。 (1ヶ月につき)

・【減 算 項 目】当事業所の地域区分は5級地です。(単価：10.70円)

減算名称	単位数	算定回数、要件等
特定事業所集中減算	200 単位	正当な理由がなく特定の事業所に80%以上集中したとき。(指定訪問介護、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定福祉用具貸与)
運営基準減算	基本単位数の50%に減算	運営基準に沿った、適切な居宅介護支援が提供できていないとき。

※単位数・料金につきましては、国の通知又は告示により改正されます。

(2) 交 通 費

2の(3)の通常の事業実施地域にお住まいの方は、無料です。

通常の事業実施地域以外にお住まいの方は、通常の事業の実施地域を超えた所から公共交通機関を利用した実費が必要となります。

なお、自動車を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

事業の実施地域を超えた地点から、片道 5km未満	無 料
事業の実施地域を超えた地点から、片道 5km以上10km未満	500円
事業の実施地域を超えた地点から、片道10km以上 5km迄毎	500円加算
タクシーを利用した場合	実 費

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、月末までに

支 払 方 法	支 払 要 件 等
銀 行 振 込	次の銀行口座にお振込ください。 ＜振込先口座＞ 三井住友銀行 大阪第一支店 普通預金口座 （口座番号：1490017） 口座名義 医療法人回生会(イリョウホウジンカイセイカイ)
現 金 支 払	当事業所の窓口にて、お支払いください。

5. 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護者の依頼を受け、その心身の状況、そのおかれている環境、要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する介護サービス等の種類及び内容、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス計画に基づき、各サービスの提供が確保されるよう、各サービスの事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行うとともに、要介護者が介護保険施設への紹介等の便宜の提供を行うことを目的とする。

(2) 運営方針

1. 利用者が要介護状態と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に配慮して、身体介護その他生活全般に渉る援助を行う。
2. 利用者の心身の状況、その置かれている環境などに応じて、利用者の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から総合かつ効果的に提供されるよう配慮して行う。
3. 利用者の医師及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って利用者に事業者に不当に偏ることがないように公正中立に行う。
4. 事業の運営に当たっては、高齢サポート、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設との連携に努める。
5. 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、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する。
6. 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況等について、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う。
7. 利用者やその家族に対し、利用者は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あることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明する。
8. 障害福祉サービスを利用してきた利用者が介護保険サービスを利用する場合等における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援専門員との連携に努める必要がある旨を明確にする。

9. 居宅介護支援の提供の開始に際し、過去6ヶ月に作成したケアプランの総数のうち、訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられたケアプランが占める割合と、訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・地域密着型通所介護ごとの回数のうち、同一のサービス事業所により提供されたケアプラン数が占める割合等を利用者に説明し、利用者から署名をいただきます。
10. 居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置づける場合には、その利用の妥当性を検討し、居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、市町村に届出をします。

(2) その他

事 項	内 容
アセスメント(評価)の方法	「全国社会福祉協議会の居宅サービス計画ガイドライン」により利用者様の直面している課題等を評価し利用者様に説明の上、ケアプランを作成します。
従業員研修	月1回程度 認知症、高齢者虐待、在宅連携、ケアマネジメント、各種制度等の勉強会の実施。

6. サービス内容に関する苦情相談窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者	河本 貞愛
	利用時間	9:30～17:00 土曜日9:30～12:00 休業日：日曜・祝日・年末年始(12/30～1/3)
	利用方法	電話 075-255-0350
当法人相談窓口	利用時間	9:30～17:00 土曜日9:30～12:00 休業日：日曜・祝日・年末年始(12/30～1/3)
	利用方法	電話 075-311-5121
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00
	電話番号	075-354-9090
中京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00
	電話番号	075-812-2566
下京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00
	電話番号	075-371-7228
上京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00
	電話番号	075-441-5106
東山区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00
	電話番号	075-561-9187

※上記以外にお住まいの方は、各区役所又はお住いの市町村の担当課へ

7. 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(家族等)等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村及び当該利用者の家族等に連絡を行います。

主 治 医	医療機関名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	氏 名	
緊急時連絡先 (家 族 等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電 話 番 号	

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

1. 利用者、その家族に関する秘密の保持について、事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその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。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
2. 個人情報の保護について事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議で用いません。

事業者は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また、処分の際にも第三書への漏洩を防止します。

9. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービス利用の際には、「介護保険被保険者証」をご提示ください。
- ・「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）及び被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに当事業所へお知らせください。
- ・居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当介護支援専門員の名前と当事業所の連絡先を入院先医療機関に提出ください。
- ・利用者またはその家族等が当事業所や当事業所の介護支援専門員に対し、本契約を継続しがたいほどのハラスメントや背信行為を行った場合は、口頭または文書にて通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

以上

居宅介護支援の開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

説明年月日：令和 年 月 日

事業 者： 所 在 地 京都市中京区御幸町通錦小路上ル
船屋町 3 8 2 番地

事業者名(法人名) 医療法人 回 生 会
事業 所 名 医療法人回生会 居宅介護支援事業所クリニック回生
(事業所番号) 2 6 1 0 3 0 0 7 0 5

代 表 者 名 出 射 靖 生
管 理 者 名 河 本 貞 愛

説 明 者： 職 名 介 護 支 援 専 門 員

氏 名 _____ ㊞

私は、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容及び以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

- ・私は、利用可能な事業所を複数の紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求めることが出来ることについて説明を受けました。
- ・ご利用中の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、訪問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うことについて了承しました。
- ・私及び家族の個人情報について、サービス担当者会議等で必要な情報伝達を行うことを了承しました。
- ・もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を入院先医療機関に報告します。

同意受領年月日：令和 年 月 日

利 用 者： 住 所 _____

氏 名 _____

代 理 人： 住 所 _____
(連帯保証人) _____

氏 名 _____

(利用者とのご関係：)