

ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター 居宅介護支援 重要事項説明書

当事業所がご利用者に対して居宅介護支援の提供開始にあたり、説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 ハーブ内科皮フ科
主たる事務所の所在地	〒470-2206 愛知県知多郡阿久比町大字横松字宮前67番地
代表者（職名・氏名）	理事長 竹内 秀俊
設 立 年 月 日	平成11年12月7日
電 話 番 号	0569-48-9074

2. ご利用事業所の概要

事業所の名称	ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒470-2206 愛知県知多郡阿久比町大字横松字宮前67番地	
電 話 番 号	0569-48-7151	
管 理 者（氏名）	入山 美香子	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月28日指定	2375700503
通常の事業の実施地域	阿久比町、半田市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	医療法人ハーブ内科皮フ科が開設するハーブ内科皮フ科在宅医療介護センターが行う居宅介護支援の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。
運営の方針	1 事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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行います。

	<p>2 利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮します。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。</p>
--	---

4. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、ゴールデンウィーク及びお盆、及び年末年始を除く。
営業時間	午前8時から午後5時まで

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤1人
介護支援専門員	常勤1人以上

2024年4月1日現在

6. 提供するサービスの内容

- 利用者のお宅を訪問し、利用者の心身の状態を適切な方法により把握の上、利用者自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- 利用者は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できます。また、居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービス事業所について、その理由を求めることができます。
- 利用者の居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、利用者とその家族、指定居宅サービス事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。
- 必要に応じて、利用者と事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- 利用者の要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- 利用者が介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。
- 居宅サービス計画に医療系のサービスを位置づける場合には、主治医の意見を求め、主治医に対して居宅サービス計画を交付します。
- 利用者の状態等について、必要に応じて介護支援専門員から主治医へ情報

伝達を行います。

7. 利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は指定居宅介護支援提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて指定居宅介護支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

(1) 居宅介護支援の利用料

【基本利用料】

取扱要件	単位数 (1ヵ月あたり)		利用者負担金	
			法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
居宅介護支援費 (i) (取扱件数が45件未満)	要介護1・2	1,086 単位	無 料	11,088 円
	要介護3・4・5	1,411 単位		14,406 円
居宅介護支援費 (ii) (取扱件数が45件以上 60件未満)	要介護1・2	544 単位		5,554 円
	要介護3・4・5	704 単位		7,187 円
居宅介護支援費 (iii) (取扱件数が60件以上)	要介護1・2	326 単位		3,328 円
	要介護3・4・5	422 単位		4,308 円

※居宅サービス等の利用に向けて、介護支援専門員が利用者の退院時等にモニタリングやサービス担当者会議などの必要なケアマネジメント業務等を行ったものの、利用者の死亡等によりサービス利用に至らなかった場合にも、基本報酬を算定させていただきます。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	単位数	加算額	
			法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
初回加算	新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅支援を提供した場合(1月につき)	300単位	無料	3,063円

入院時情報 連携加算(Ⅰ)	利用者が病院等に入院する際に、 入院した日のうちに、医療機関に 必要な情報を提供した場合（1月 につき1回を限度） ※営業時間終了後又は営業日以外 の日に入院した場合は、入院日の翌 日を含む ※入院日以前の情報提供も含む	250単位	無料	2,552円	
入院時情報 連携加算(Ⅱ)	利用者が病院等に入院する際に、 入院した日の翌日又は翌々日に、 医療機関に必要な情報を提供し た場合（1月につき1回を限度） ※営業時間終了後に入院した場合 であって入院日から起算して3日 目が営業日でない場合は、その翌日 を含む	200単位	無料	2,042円	
退院・退所 加算	病院や介護保険施設等からの退 院・退所に当たって病院等の職員 と面談を行い、必要な情報の提供 を受け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 調整を行った場合（入院又は入所 期間中につき3回を限度）	下記の 表の通り	無料	下記の 表の通り	
	カンファレンス 参加なし	連携1回		450単位	4,594円
		連携2回		600単位	6,126円
	カンファレンス 参加あり	連携1回		600単位	6,126円
		連携2回		750単位	7,657円
		連携3回		900単位	9,189円
通院時情報 連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診 察を受ける際に同席し、医師又は 歯科医師に利用者の心身の状況 や生活環境等の情報提供を行い、 医師又は歯科医師から利用者 に関する情報提供を受けた場合（1 月に1回を限度）	50単位	無料	510円	

※地域区分…7級地（1単位あたり10.21円）

上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された

場合は、これら利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

8. 事故発生時の対応

居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

- 苦情受付窓口（担当者） ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター
[管理者] 入山 美香子
- 電話番号 0569-48-7151
- FAX 番号 0569-49-2753
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 阿久比町役場 民生部 健康介護課 介護保険係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県知多郡阿久比町卯坂殿越 50 0569-48-1111（内線 1125・1126） 月～金曜日（祝日除く）8：30～17：15
【市町村の窓口】 半田市役所 福祉部 高齢介護課	所在地 電話番号 受付時間	愛知県半田市東洋町二丁目 1 番地 0569-84-0648（直通） 月～金曜日（祝日除く）8：30～17：15 （水曜日のみ 19：30 まで）
【公的団体の窓口】 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県名古屋市東区泉 1-6-5 052-971-4165（直通） 月～金曜日 9：00～17：00

10. 虐待の防止のための措置に関する事項

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

○虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者：管理者 入山 美香子

○従業者に対する虐待の防止に関する適切な知識を啓発・普及するための研修を、年1回以上実施します。

- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者または擁護者等による虐待または虐待が疑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するものとします。

1 1. ハラスメント対応

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるよう、ハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業者は、職場におけるハラスメント防止のため「ハラスメント対策基本方針」を策定します。

- (2) 利用者およびそのご家族が事業所の職員に対して以下のハラスメント行為を行った場合には、利用契約の解除も含めて厳正に対応いたします。

●暴行：叩く、ける、つねるなど

●暴言：「役立たず」など職員の尊厳を傷つけるような言葉を言う、など

●威嚇：近距離で職員に対して怒鳴る、職員の求めに反してペットを柵に入れない、など

●セクハラ：必要もなく手や腕を触る、性的な動画・音声を流す、など

●過度な要求：職員の雇用契約以外の労力や介護保険制度から逸脱する内容の要求など

●プライバシー侵害：職員の許可なく写真や動画を撮影してSNS上に投稿する、執拗に個人情報を探ねる、など

●その他、上記に値する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

1 2. 秘密の保持

●事業所職員は、サービス提供をする上で知り得た契約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。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

●事業所職員は、契約者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者及びその家族の個人情報を用いません。

1 3. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況 … なし

1 4. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

また、入院することとなった場合には、入院時に担当の介護支援専門員の氏名や連絡先を入院先の病院へ必ずお伝えください。

氏 名： 入山 美香子

連絡先（電話番号）：0569-48-7151

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者名 医療法人 ハーブ内科皮膚科
代表者 理事長 竹内 秀俊
説明者

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 氏 名

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

代筆者 氏 名
本人との続柄

本人の意思の確認が困難であるため、代理人（または身元引受人）として同意します。

代理人 氏 名
(身元引受人) 本人との続柄