

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 清風会
代表者 氏名	理事長 六車 資博
法人 所在地	熊本県葦北郡津奈木町大字岩城1520番地
連絡先	(電話) 0966-78-4070 (FAX) 0966-78-4072

2. 運営の目的と方針

(1) 目的

あけぼの苑介護福祉サービスセンターは、介護保険法の理念に基づき、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を送れるよう、適切な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

(2) 方針

- ① 利用者が要介護状態等となった場合においても、可能な限り居宅において、その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うものとする。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、施設等の多様なサービスを多様な事業者の連携により、総合的かつ効果的に提供するように配慮し務めるものとする。

3. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	あけぼの苑介護福祉サービスセンター
所在地	熊本県葦北郡津奈木町大字岩城1520番地
連絡先	(電話) 0966-78-4070 (FAX) 0966-78-4072
介護保険指定番号	4373000324
管理者	川野 悦子

(2) 職員体制

従業者の職種	区分	人数(人)
管理者	常勤	1
介護支援専門員	常勤	3

(3) サービス提供地域

サービス提供地域	津奈木町
----------	------

(4) 営業日

平 日	8 : 1 5 ~ 1 7 : 3 0 (年末年始を除く)
-----	---------------------------------

(5) 居宅介護支援サービスの実施概要

事 項	内 容
アセスメント (評価)の方法	包括的・自立支援プログラム方式及び居宅サービスガイドライン方式により、お客様の直面している課題等を評価し、お客様に説明の上、ケアプランを作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価します。
研 修 の 参 加	現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加

4. 費用

(1) 利用料について

介護保険給付費から全額給付されるので、自己負担はありません。

(2) 居宅介護支援費について

(1 単位 10 円)

居宅介護支援費 (I)(i)	介護支援専門員 1 人あたりの 担当件数が 1~44 件	要介護 1・2	1,086 単位
		要介護 3・4・5	1,411 単位
居宅介護支援費 (I)(ii)	介護支援専門員 1 人あたりの 担当件数が 45~59 件	要介護 1・2	544 単位
		要介護 3・4・5	704 単位
居宅介護支援費 (I)(iii)	介護支援専門員 1 人あたりの 担当件数が 60 件以上	要介護 1・2	326 単位
		要介護 3・4・5	422 単位
処遇改善加算	2.1 %		

(3) 居宅介護支援費[減算]について

特定事業所 集中減算	正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中等（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）	1 月につき 200 単位減算
運営基準減算	適正な居宅介護支援が提供できていない場合 運営基準減算が 2 月以上継続している場合算定できない	基本単位数の 50% に減算
業務継続計画 未実施減算	感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未作成の場合	所定単位数の 100 分の 1 に相当する 単位数を減算
高齢者虐待防止 措置未実施減算	利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発の防止するための措置が講じられていない場合	所定単位数の 100 分の 1 に相当する 単位数を減算

(4) 居宅介護支援費[加算]について

初 回 加 算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	300 単位/1 月につき
入院時情報連携 加算(Ⅰ)	利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報提供を行った場合	250 単位/1 月につき
入院時情報連携 加算(Ⅱ)	利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報提供を行った場合	200 単位/1 月につき
退院・退所加算 (Ⅰ) イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により 1 回受けていること	450 単位/1 回につき
退院・退所加算 (Ⅰ) ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより 1 回受けていること	600 単位/1 回につき
退院・退所加算 (Ⅱ) イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により 2 回受けていること	600 単位/1 回につき
退院・退所加算 (Ⅱ) ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を 2 回受けており、うち 1 回はカンファレンスによること	750 単位/1 回につき
退院・退所加算 (Ⅲ)	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を 3 回以上受けており、うち 1 回はカンファレンスによること	900 単位/1 回につき
ターミナル ケアマネジメント 加算	在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療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上で、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、当該利用者の心身状況を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者を提供した場合	400 単位/1 月につき
医療介護連携 加算	前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を 15 回以上算定している場合	125 単位/1 月につき
緊急時等居宅 カンファレンス 加算	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	200 単位/月 2 回限度
通院時情報連携 加算	利用者が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合	50 単位/1 月につき

(5) 交通費について

3の(3)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、下記の交通費が必要となります。

自動車利用の場合： 1kmあたり10円

JRまたはバス利用の場合：乗車賃の実費

*ただし、その都度利用者の同意を得ることとします。

5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当事業所相談窓口

窓口受付者	高木 早苗
苦情解決責任者	センター長 瀧山 恵美
電話番号	0966-78-4070
対応時間	9:00 ~ 17:00

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) 行政機関その他苦情受付機関

役場介護保険担当者	所在地	熊本県葦北郡津奈木町大字小津奈木2123
	電話番号	0966-78-3111
	ファックス番号	0966-78-3116
	受付時間	8:30~17:00
国民健康保険団体連合会	所在地	熊本市健軍2丁目4-10
	電話番号	(苦情相談窓口専用) 096-214-1101
	ファックス番号	096-214-1105
	受付時間	8:30~17:00

6. 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には、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、発生した事故について原因を解明し、再発防止策及びその他必要な措置を講じ、対応します。但し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行いますが、当事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。
この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が記名の上、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 あけぼの苑介護福祉サービスセンター

所 在 地 熊本県葦北郡津奈木町大字岩城1520番地

管 理 者 _____川野 悦子_____

説 明 者 _____

令和 年 月 日

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者

住 所 熊本県葦北郡津奈木町大字_____

氏 名 _____

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____続 柄 (利用者との関係)_____

申請代行委任状

利用者及びその家族は、次に定める条件にあつて、必要最低限の範囲内で要介護認定等の申請代행을希望します。

1. 申請代行の理由

利用者及びその家族等が申請書を提出することが困難な場合であつて申請代행을依頼された場合

2. 申請代行を行なう期間

- (1) 居宅介護支援契約の契約締結の日から、利用者の要介護認定の有効期間満了日
- (2) 契約満了日の7日前までに、利用者から事業者に対して契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新される

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所名 あけぼの苑介護福祉サービスセンター
所在地 熊本県葦北郡津奈木町大字岩城1520番地

利 用 者 _____

代 理 人 _____

続 柄（利用者との関係） _____