指定居宅介護支援重要事項説明書

（ 令和　　年　　月　　日 現在 ）

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

担　当　　牛山　亜矢子

電話番号　　０２６６－７９－７２４８

（ 受付時間　　月曜日～金曜日　午前08時30分～午後05時30分 ）

1　原村社会福祉協議会居宅介護支援事業所の概要

（１）事業所の名称、所在地等

事業所名	原村社会福祉協議会居宅介護支援事業所
所 在 地	長野県諏訪郡原村６６４９番地３
介護保険事業所番号	２０７２３００２５０
通常の事業の実施地域	原村の地域、

※ 上記地域以外の方でも、希望の方はご相談ください。

（２）同施設の職員体制

区　　分	常　勤	非常勤	業 務 内 容	計
管理者	１ 名		居宅介護支援事業総括	１ 名
主任介護支援専門員	３ 名	１ 名	ケアマネージメント	３ 名
介護支援専門員	名		ケアマネージメント	名

（３）営業日、営業時間

営 業 日	営　業　時　間
平　　日	午前08時30分～午後05時30分
土・日・祭日	原則として休みとなります
営業時間外の連絡先	24時間体制を確保し、かつ必要に応じて利用者の相談に対応する体制を確保しています。 ０８０－７６０７－９７８６

※ 年末年始は、１２月２９日～翌年1月３日まで休業いたします。

2　居宅介護支援の内容、提供方法

（１）居宅サービスの作成

次の事項を介護支援専門員に担当させます。

① 利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族から現在の状況などをお聞きしながら、解決すべき課題を把握、整理します。

② 利用者や家族がサービスを円滑に選択できるよう、サービスの内容や利用料金等について当該地域における複数の居宅サービス事業者等の情報を提供します。また、居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員

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、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能です。

③ 提供されるサービスの内容、サービス計画の目標、その達成時期、サービスを選択するうえでの留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画書の原案を作成します。

④ 居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス費について、保険給付の対象になるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料について利用者及びその家族に説明し、利用者から文書による同意を得ます。

⑤ 利用者の求めに応じて、居宅サ―ビス計画書に位置付けられた居宅サービス事業所について、そのサービス事業所が位置付けられた理由について説明いたします。

⑥ その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

（２）経過観察・再評価

居宅サービス計画作成後、次の事項を介護支援専門員に担当させます。

① 利用者及びその家族と毎月連絡をとり、経過の把握に努めます。

② 居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。

③ 利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化等に応じて居宅サービス計画変更の支援、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をとります。

３　利用料金

（１）利用料

要介護又は要支援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**。

＊ 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、１ケ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後日、諏訪広域連合に提出しますと、全額払戻しを受けられます。

（介護保険法第67条による給付の一時差止めを受けている者は、この限りではありません。）

居宅介護支援費　（Ⅰ）＜取扱件数 45件未満＞

要介護１・２	1,086 /月	単位	10,860　円
要介護３・４・５	1,411 /月	単位	14,110　円

（２）加算

以下は要件を満たす場合、所定単位数に加算されます。

特定事業所加算(Ⅲ)	323 /月	単位	3,230 円
特定事業所医療介護連携加算	125 /月	単位	1,250 円
初回加算	300 /月	単位	3,000 円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 /月	単位	2,500 円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 /月	単位	2,000 円
退院・退所加算（Ⅰ）イ	450 /月	単位	4,500 円

退院・退所加算（Ⅰ）ロ	600 /月 単位　　6,000 円
退院・退所加算（Ⅱ）イ	600 /月 単位　　6,000 円
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	750 /月 単位　　7,500 円
退院・退所加算（Ⅲ）	900 /月 単位　　9,000 円
通院時情報連携加算	50 /月 単位　　500 円
緊急時等居宅カンファレンス加算	200 /月 単位　　2,000 円
ターミナルケアマネジメント加算	400 /月 単位　　4,000 円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の　5%を加算
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の2.1%を加算

※各算定要件については担当者へご確認下さい。

（３）交通費

前記１の（１）の通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

（４）解約料

利用者は、いつでも契約を解約することができます。その際、一切料金はかかりません。

（５）その他

支払い方法

自己負担金や交通費などの料金が発生する場合、１ヶ月毎の精算とし、毎月25日までに前月分の請求をいたしますのでお支払い下さい。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

４　虐待の防止について

事業所は、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。

５　当事業所の居宅介護支援の特徴等

（１）運営の方針

原村社会福祉協議会居宅介護支援事業所の介護支援専門員等は、要介護状態になった場合においても、その利用者が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配慮し、また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的かつ効率的に提供されるよう配慮し、居宅サービス計画を作成します。

（２）サービス利用のために

① 介護支援専門員の変更は可能です。変更を希望される方は、お申し出ください。

② 調査（課題把握）の方法は、全社協方式にて対応いたします。

③ 契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で、利用者の都合により解約した場合の解約料は無料です。

６　事故発生時の対応

（１）指定居宅介護支援の提供により事故等が発生した場合、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じ損害賠償を行います。

（２）事故の状況、及び事故に際して取った処置の記録をします。

７　秘密保持

（１）事業者、介護支援専門員、及び事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者、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。この守秘義務は契約終了後も同様です。

（２）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等において、利用者の個人情報を用いません。

（３）事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

８ サービス内容に関する相談・苦情

原村社協居宅介護支援事業所の作成した居宅サービス計画に基づき、各サービス事業者において、介護サービスをご利用になっている方のサービスについての相談・苦情は、当事業所以外に、下記相談・苦情等窓口で伝えることができます。

原村社会福祉協議会	電　話　0266-79-7248 電　話　0266-79-7228 ＦＡＸ　0266-79-7093
原村地域包括支援センター 「ひだまり」	電　話　0266-70-1200 ＦＡＸ　0266-70-1223
長野県国民健康保険団体連合会	電　話　026-238-1555 ＦＡＸ　026-238-1581

令和　　年　　月　　日

居宅サービス計画（ケアプラン）作成にあたり、利用者に対して契約書、及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事 業 者　事業者名　原村社会福祉協議会居宅介護支援事業所
所 在 地　長野県諏訪郡原村６６４９番地３
代表者名　社会福祉法人 原村社会福祉協議会
会　長　小　林　庄　三　郎

説 明 者　所　属　原村社協居宅介護支援事業所
主任介護支援専門員

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

私は、契約書、及び本書面により、事業者から居宅サービス計画（ケアプラン）作成についての重要事項の説明を受けました。

利 用 者
　　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（代 理 人）

　　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　利用者との関係　＿＿＿＿＿＿

私と私の家族は、介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定、及び要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見・主治医意見書、世帯状況、及び前述に含まれない個人の情報を、原村社会福祉協議会居宅介護支援事業者が行うサービス担当者会議の関係人に提示することに同意します。

利 用 者　　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代 理 人）

　　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　利用者との関係　＿＿＿＿＿＿

私は、別紙の書面により、事業者から前6カ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状況について説明を受けました。

利 用 者
　　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（代 理 人）

　　氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　利用者との関係　＿＿＿＿＿＿