

社会福祉法人 敬愛会
居宅介護支援事業所 シクラメン 重要事項説明書

あなたに対する居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、厚生省令38号4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 敬愛会
所在地	岐阜県中津川市阿木2811番地の1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 花田 美晴
電話番号	0573-63-3232
FAX番号	0573-63-3233

2. 事業所の概要

事業の種類	居宅介護支援事業 平成13年8月1日指定 岐阜県第2171500271号
事業所の名称	居宅介護支援事業所 シクラメン
所在地	岐阜県中津川市阿木2811番地の1
管理者名	今井 正子
電話番号	0573-63-3202
FAX番号	0573-63-3203

※当事業所は特別養護老人ホーム シクラメン に併設されています。

3. 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日～日曜日（原則） ただし、国民の祝日及び12月30日～1月3日を除きます。
営業時間	午前9時00分～午後5時00分 （電話相談は24時間年中無休）

4. 事業の目的と運営の方針

事業者の目的	社会福祉法人 敬愛会 が開設する居宅介護支援事業所の適正な運営を確保すること及び事業所の介護支援専門員が要介護の状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な居宅介護支援サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	事業所の介護支援専門員等は、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て自立した生活を営むことができるよう、利用者に対し、公正、中立な立場で適切な居宅サービス計画を作成し、かつ、居宅サービスの提供が確保されるよう居宅サービス事業者その他の事業者、関連機関との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

5. 職員の勤務体制

従業者の職種	人数	勤務体制
管理者	1名	正規の勤務時間（8：45～17：30）兼務
介護支援専門員	5名	正規の勤務時間（8：45～17：30）（専任4名、兼務1名）
事務員	1名	正規の勤務時間（8：45～17：30）非常勤

6. 居宅介護支援サービスの概要

種類	内容
要介護認定の申請代行	利用者が要介護認定を受けていない場合、利用者の意思を踏まえて、申請を代行いたします。
サービス計画の立案	利用者および家族の希望をできる限り尊重し、サービス計画を立案いたします。
情報提供	福祉・医療等に関するさまざまな情報を提供いたします。
連絡調整	居宅サービス事業者その他の事業者、関連機関との連絡調整をいたします。

7. 相談苦情申し立て窓口

当施設ご利用 相談室	窓口担当者	居宅介護支援事業所シクラメン 次長
	ご利用時間	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話 0573-63-3202
		面接 相談室に於いて

行政機関その他苦情受付機関

岐阜県運営適正化委員会 (岐阜県社会福祉協議会内)	所在地	岐阜市下奈良2丁目2番1号
	電話番号	058-278-5136
岐阜県介護支援室	所在地	岐阜市藪田南2丁目1番1号
	電話番号	058-272-1111

8. 事業の実施地域

実施地域	中津川市、恵那市
------	----------

9. サービスの内容

- ・居宅介護計画の作成

サービス計画までの手順は次の通りです

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ご自宅を訪問し、あなたやご家族からお話を伺います。 ・あなたの了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。 ・介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。 ・サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し、了解を得ます。 |
|---|

- ・公正中立に事業者等の情報提供をします
- ・要介護認定の申請、変更の代行
- ・居宅サービス事業者との契約締結に関する必要な援助
- ・関連業者等の連絡調整
- ・給付管理票の作成・提出
- ・毎月、国民保険団体連合会へ提出し、サービスをチェックします。
- ・地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合の体制を整えています。

- (1) このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防となるよう、適切にサービスを提供します。
- (2) サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問して下さい。

10. 担当の職員

- ・あなたの担当の介護支援専門員は_____です。

- (1) 職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その指示をお求め下さい。

- (2) なお、当事業者の管理責任者は_____ 今井 正子 _____です。

苦情等ありましたらご遠慮なくご連絡下さい。(TEL: 0573-63-3202)

11. 担当職員の変更

あなたはいつでも担当の職員の変更を申し出ることができます。

その場合、変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

当事業者は、担当の職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

12. 利用料

このサービスの利用料及びその他の費用は以下の通りです。

- ・利用料…要介護また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ます。保険料の滞納により、法定代理受領が出来なくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じてお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日在住する各市町村の窓口へ提出しますと、全額払戻を受けられます。

◎ 居宅介護支援費

基本料金… (I) <取り扱い件数が 40 件未満の場合>については現行通り

(II) <取り扱い件数が 40 件以上 60 件未満の場合>

(III) <取り扱い件数が 60 件以上の場合>

	要介護 1・2	要介護 3・4・5	要支援 1・2
(I)	1,042 単位/月	1,353 単位/月	市より委託
(II)	521 単位/月	677 単位/月	
(III)	313 単位/月	406 単位/月	

特定事業所加算（Ⅱ）

主任介護支援専門員を配置し、常勤で専従の介護支援専門員を3人以上配置していること
介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと

24時間連絡体制を確保しており、必要に応じて相談に対応する体制を確保していること
運営基準減算や特定事業所集中減算の適用を受けていないこと

地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合の体制を整えていること
法定研修等における実習受け入れ事業所となるなど、人材育成への協力体制があること

以上の条件を満たしている為、算定します

◎ 要件を満たした場合の加算

初回加算

新規に居宅サービス計画を作成（2ヶ月以上サービスの利用が中断した場合を含む）
又は2段階以上の変更認定を受けた場合

医療連携加算…入院時情報連携加算（Ⅰ）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

（Ⅰ）病院または診療所に訪問し、職員に対して必要な情報提供を行った場合

（Ⅱ）訪問以外の方法により、病院・診療所の職員に対して情報提供を行った場合

※ 医療機関に必要な情報を提供させていただきます。

退院・退所加算

退院または退所に当たって、病院または診療所の職員と面談し、利用者に関する必要な情報の提供を求めたり、その他必要な連携を行った場合

※ 医療機関等に必要な情報の提供を求めさせていただきます。

※ 入院入所期間中につき3回まで算定可能とします。

※ 初回加算を算定する場合は算定できません。

複合型サービス事業所連携加算

当該利用者に係る必要な情報を指定複合型サービス事業者に提供し、当該指定複合サービス事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合の評価

緊急時等居宅カンファレンス加算

在宅患者緊急時カンファレンスに介護支援専門員が参加した場合の評価

※ 利用者1人につき1月に2回を限度として所定単位数を加算します。

・交通費…サービスを提供の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。（10km以上20km未満500円、20km以上1,000円）

・料金について…居宅介護支援費及び加算については、介護保険適用の場合、全額保険対象となるため、利用者が料金を支払う必要はありません。

・その他…要介護認定申請代行費、記録の謄写費用などをいただくことがあります。

13. キャンセル料など

サービスをキャンセルした場合には、交通費等実費につきご精算いただくことがあります。

14. 計画書等の交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付・開示しますので、お申し出下さい。

私は、本書面に基づいて担当者_____から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

契約者（利用者）

住 所

氏 名 _____ 印

代理人（家族代表者）

住 所

続 柄

氏 名 _____ 印