

居宅介護支援 介護予防支援 重要事項説明書

社会福祉法人 友和会
サン・シティ指定居宅介護支援事業所

居宅介護支援（介護予防支援） 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態または要支援状態にある方に対し、適正な居宅介護支援または介護予防支援を提供することにより、要介護状態等の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 法人の概要

法人名称 : 社会福祉法人 友和会
法人所在地 : 山形県酒田市曙町二丁目26番地の1
電話番号 : 0234-26-7788
法人設立 : 平成3年 5月

3. 事業者の内容

(1) 事業所名 : サン・シティ指定居宅介護支援事業所
指定番号 : 0670800010
所在地 : 山形県酒田市曙町二丁目28番地の5
管理者の氏名 : 梅津 志奈
電話番号 : 0234-26-7786
FAX番号 : 0234-26-6160
サービスを提供する地域 : 酒田市

(2) 事業所の従業者体制

	業務内容	常勤	非常勤	合計
管理者	事業所の管理・運営全般	1名	—	1名
介護支援専門員	居宅介護支援に関する業務	5名	—	5名

(うち主任介護支援専門員：3名)
※管理者は介護支援専門員を兼務

(3) 窓口開設時間

8時30分～17時30分（日曜祝祭日及び12月29日～1月3日を除く営業日）

※ 緊急な相談等は、24時間電話にて対応します。

(0234-26-7786 携帯電話 080-2843-0650)

4. サービスの内容

ケアマネジャー（介護支援専門員）が、ご自宅で生活する要介護者等に対して行う具体的なサービス内容は以下のとおりです。

① アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、ご本人の心身の状況や、置かれている生活環境などを把握し、課題を分析します。

② サービス調整

アセスメントの結果をふまえ、利用する介護サービス事業者等へ連絡調整を行います。

③ ケアプラン作成

アセスメントの結果や、利用者の希望等を考慮し、介護サービス等を利用するためのケアプラン（居宅サービス計画等）を作成します。

④ サービス担当国会議

介護サービス事業者等が集まり、ケアプランの内容について話し合います。

⑤ モニタリング

少なくとも1ヶ月に1回は利用者と面接を行い、利用者の心身の状態やケアプランの利用状況等について確認します。（なお、要支援の方は3ヶ月に1回となります。）

⑥ 給付管理

作成したケアプランの内容に基づき、毎月給付管理票を作成し、国保連合会に提出します。

⑦ 要介護認定申請に係る援助

要介護認定の更新申請や、状態変化に伴う区分変更申請などが円滑に行えるよう援助します。なお、利用者が希望する場合は要介護認定等の申請を代行します。

⑧ 介護施設等の紹介

自宅での生活が困難になった場合や、利用者が施設への入所をご希望の場合、介護保険施設等に関する情報を提供します。

⑨ 相談業務

日々の生活の中で介護のことに関する困りごとについて、随時助言等の対応をいたします。

5. 利用料金

居宅介護支援費および介護予防支援費は、下記の金額となります。ただし法定代理受領により当事業者に対し介護給付および予防給付が支払われる場合は、利用者の自己負担はありません。

なお、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、一旦1ヶ月当たりの利用料金をいただき、「サービス提供証明書」を発行いたします。後日、居住する市町の窓口に提出することで、差額の払い戻しを受けることができます。

○居宅介護支援費

(1) 基本料金

要介護1又は2	1月につき	1,086単位	10,860円
要介護3, 4又は5	1月につき	1,411単位	14,110円

(2) 加算料金等（基本料金と同様に自己負担はありません）

初回加算	1月につき	300単位	3,000円
特定事業所加算（Ⅰ）	1月につき	519単位	5,190円
特定事業所加算（Ⅱ）	1月につき	421単位	4,210円
特定事業所加算（Ⅲ）	1月につき	323単位	3,230円
特定事業所加算（A）	1月につき	114単位	1,140円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	1月につき	250単位	2,500円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	1月につき	200単位	2,000円
退院・退所加算（Ⅰ）イ	期間中1回	450単位	4,500円
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	期間中1回	600単位	6,000円
退院・退所加算（Ⅱ）イ	期間中1回	600単位	6,000円
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	期間中1回	750単位	7,500円
退院・退所加算（Ⅲ）	期間中1回	900単位	9,000円
通院時情報連携加算	1月につき	50単位	500円
特定事業所医療介護連携加算	1月につき	125単位	1,250円
緊急時等居宅加算	1月限度2回	200単位	2,000円
ターミナルケアマネジメント加算		400単位	4,000円
同一建物利用者マネジメント減算		所定単位数の95%を算定	

○介護予防支援費

要支援1又は2	1月につき	472単位	4,720円
初回加算	1月につき	300単位	3,000円

6. 適正なサービスの提供の確保

利用者又はその家族がサービスを選択するために必要な情報を、パンフレットなどの文書を交付して説明を行います。また、複数の指定居宅サービス事業所等の紹介や、居宅サービス計画等原案に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由について、利用者又はその家族の求めに応じ十分な説明を行います。

7. 質の高いケアマネジメント

指定居宅介護支援の開始に際し、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、前6か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割合並びにサービスごとの同一事業者によって提供されたものの割合について、文書（別紙1）を交付し説明を行います。

8. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定居宅介護支援等の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように以下の措置を講じます。

- ① 感染症対策委員会の開催
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備
- ③ 感染症の予防及びまん延防止のための訓練及び研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

10. 業務継続に向けた取組み

感染症や自然災害等が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスを受けられるよう、業務継続計画を策定し、定期的な見直しや当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

11. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

12. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため、従業者教育を行い取り組みます。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 4. 虐待の防止

事業所は虐待の未然防止、早期発見、その再発を防止するために迅速かつ適切に対応できるよう以下の措置を講じ、利用者の人権を擁護していきます。

- ① 虐待防止委員会の開催
- ② 高齢者虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待防止研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

1 5. 医療との連携

利用者が医療機関に入院する必要がある場合、利用者またはその家族は、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該医療機関にお伝えください。

1 6. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご相談窓口担当者：管理者：梅津 志奈 （法人：施設長 後藤 香）

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法：電話（0234-26-7786／26-7788）または、施設にて対応します。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

酒田市健康福祉部高齢者支援課介護給付係

所在地：酒田市本町二丁目2番45号 酒田市役所1階

電話番号：0234-26-5363

山形県国民健康保険団体連合会介護保険課介護サービス推進室

所在地：寒河江市大字寒河江字久保6番地

電話番号：0237-87-8006

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスまたは介護予防支援サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 山形県酒田市曙町2丁目28番地の5
事業所名 サン・シティ指定居宅介護支援事業所
 (指定番号0670800010)

管理者名 梅津 志奈 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援サービスまたは介護予防支援サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）