

指定居宅介護支援 重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(福井県指定 第 1870102454 号)

◆◆目次◆◆

- 1、事業の目的と運営方針
- 2、事業者および事業所の概要
- 3、事業実施地域および営業日・営業時間
- 4、居宅介護支援の内容
- 5、契約時の説明及び依頼義務
- 6、事業所の従業者体制
- 7、利用料金
- 8、緊急時の対応
- 9、事故発生時の対応
- 10、苦情相談窓口

社会福祉法人 祥穂会
モアヤング 介護相談所

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な居宅介護支援を提供することにより、要介護状態の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的に居宅介護支援を提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉・介護サービス事業者と連携を図り、総合的な居宅介護支援の提供に努めます。

2. 事業者および事業所の概要

< 事業者 >

法人名 社会福祉法人 祥穂会
代表者名 理事長 皆川 恭英
所在地 福井市和田中町東沖田30番地の1
電話番号 0776-28-3737
設立年月日 平成13年7月6日

< 事業所 >

名称 モアヤング 介護相談所
管理者名 黒川 明美
所在地 福井市和田中町東沖田30番地の1
電話番号 0776-28-3734
事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
介護保険指定番号 第 1870102454 号 平成23年4月1日指定
開設年月日 平成23年4月1日

3. 事業実施地域および営業日・営業時間

事業実施地域 福井市、坂井市
営業日 月曜日～金曜日
営業時間 午前8時30分～午後5時30分
※緊急時は24時間電話対応いたします。

4. 居宅介護支援の内容

- (1) 居宅サービス計画の作成
- (2) 居宅サービス事業者等との連絡・調整
- (3) 居宅サービス実施状況の評価
- (4) 利用者の方の状態の把握
- (5) 給付管理
- (6) 要介護認定申請に対する協力・援助
- (7) 相談対応

5. 契約時の説明及び依頼義務

- (1) 利用者及び身元引受人は居宅介護支援の提供に際し、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。
- (2) 利用者が入院の際、利用者又は身元引受人は、入院先の医療機関に担当ケアマネジャーの氏名等の提供をお願いします。

6. 事業所の従業者体制

職種	業務内容	常勤	非常勤	合計
管理者兼 主任介護支援専門員	事業所の管理・運営全般	1名	—	1名
	居宅介護支援の提供			
介護支援専門員	居宅介護支援の提供	1名	—	1名

7. 利用料金

要介護認定を受けた方の費用は、原則、介護保険より全額給付されるため自己負担額は発生しません。

但し、利用者の方の介護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、要介護度に応じて下記の金額（1ヶ月あたり）を一旦ご負担いただきます。その際、「サービス提供証明書」を発行させていただきますので、後日、これを保険者である市町村の窓口に提出することで全額払い戻しを受けることが可能です。

（1）基本料金

☆居宅介護支援費（Ⅰ）

要介護 1・2	11,088 円／月
要介護 3・4・5	14,406 円／月

（2）加算料金

☆中山間地域等に居住する者にサービスを提供した時の加算

通常の事業実施地域を超えて中山間地域等に居住する者にサービスを提供した場合に、移動費用が相当程度必要等との事で算定します。

※居宅介護支援費（Ⅰ）の5%を加算

通常の事業実施地域	福井市・坂井市内全域
-----------	------------

☆初回加算

新規や要支援者が要介護認定を受けた時に居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の2段階以上変更認定を受けた場合に算定します。

初回加算	3,063 円／月
------	-----------

☆入院時情報連携加算（Ⅰ）

入院後3日以内に病院に対し利用者の必要な情報を提供した場合に算定します。

入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,552 円／月
--------------	-----------

☆入院時情報連携加算（Ⅱ）

入院後4日～7日以内に病院に対し利用者の必要な情報を提供した場合に算定します。

入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,402 円／月
--------------	-----------

☆ 退院・退所加算

退院又は退所にあたり病院等の職員と面談を行い、利用者の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た場合に算定します。（必要な情報の提供方法、提供回数により算定が異なります。）

退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,594 円／月
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,126 円／月
退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,126 円／月
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,657 円／月
退院・退所加算（Ⅲ）	9,189 円／月

☆ 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、医師等に利用者の心身の状況や、生活状況等必要な情報提供を行った場合に算定します。

通院時情報連携加算	510 円／月
-----------	---------

☆ ターミナルケアマネジメント加算

末期の悪性腫瘍の利用者や医学的見地に基づき、回復の見込みがない者に対して、主治医の助言を得て利用者の状態やサービス変更の必要性の把握、利用者の支援を実施した場合に算定します。

ターミナルケアマネジメント加算	4,084 円／月
-----------------	-----------

☆ 緊急時居宅カンファレンス加算

病院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サービスの調整を行なった場合に算定します。（月 2 回を限度）

緊急時等居宅カンファレンス加算	2,042 円／月
-----------------	-----------

☆ 同一建物に居住する利用者へのアセスメント

居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、又は建物に居住するご利用者への介護報酬は、所定の単位数の 95%を算定します。

8. 緊急時の対応

居宅介護支援の提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

居宅介護支援の提供により利用者に事故が発生した場合には、身元引受人、関係市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 苦情相談窓口

- 1 利用者又は身元引受人からの相談又は苦情等に対応する、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置
 - (1) 苦情解決責任者
 - ・施設長 皆川 恭英
 - (2) 苦情受付担当者
 - ・受付時間 : 午前8時30分～午後5時30分
 - ・受付窓口 : 同一敷地内ケアハウス1階事務所の受付カウンター
 - ・担当者 : 管理者(主任介護支援専門員) 黒川 明美
 - ・電話番号 : 28-3734
 - ・FAX番号 : 28-3733
 - ・電子メール : moreyoung@blue.ocn.ne.jp
 - (3) 第三者委員
 - ・青垣 達也(特定社会保険労務士・評議員)
電話番号 54-8877
 - ・玄津 辰弥(弁護士)
電話番号 27-3222
- 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
 - (1) 利用者への周知
パンフレット等により利用者及び身元引受人に対して、苦情解決の仕組みについて周知する。
 - (2) 苦情の受付
苦情受付担当者は、利用者及び身元引受人からの苦情受付を随時受け付ける。なお、第三者委員は直接苦情を受け付けることができる。
 - (3) 苦情受付の報告・確認
苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者及び第三者委員に報告する。ただし、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除く。
- 3 苦情があった居宅サービス事業者等に対する対応方針等
苦情のあった居宅サービス事業者等に連絡を取り事実関係を確認し、苦情内容の改善を求める。それでも改善されない場合には担当者の変更を要請する。それでもなお苦情が続く様であれば居宅サービス事業者等の変更を行う。
- 4 その他事項
上記以外の対応措置については、その都度事業所内で協議し利用者及び身元引受人の立場に立って処理する。

福井市 介護保険課	所在地 福井市大手3丁目10-1 電話番号 (0776) 20-5715 利用時間 午前8時30分から午後5時00分まで
福井県国民健康保険組合団体連合会	所在地 福井市西開発4丁目202-1 電話番号 (0776) 57-1614 利用時間 午前8時30分から午後5時00分まで
坂井地区広域連合	所在地 坂井市坂井町上兵庫40-15 電話番号 (0776) 91-3309 利用時間 午前8時30分から午後5時30分まで

令和 年 月 日

指定居宅介護支援の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 祥穂会
モアヤング 介護相談所

説明者 職名 氏名 印

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、指定居宅介護支援の提供開始時に同意しました。

利用者

住所

氏名 印

身元引受人

(続柄)

住所

氏名 印

個人情報の利用及び提供に関する同意書

社会福祉法人 祥穂会
モアヤング 介護相談所 殿

私は、利用者本人及び身元引受人等の個人情報を下記の場合に限り、利用及び提供することに同意します。

- 1) サービス担当者会議
- 2) 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- 3) 居宅介護支援の提供
- 4) 関係市町村、保健・医療・福祉・介護サービス事業者との連携

令和 年 月 日

利用者

氏名 印

身元引受人

(続柄)

氏名 印