

在宅介護支援センターかみつが
居宅介護支援 重要事項・サービス内容説明書
(平成30年6月27日 現在)

居宅介護支援サービス提供の開始にあたり、厚生省令第38号第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. 事業所の概要

運営主体	上都賀厚生農業協同組合連合会
所在地	〒322-8550 栃木県鹿沼市下田町1-1033
代表者職氏名	代表理事長 福田 利男
事業所名	在宅介護支援センターかみつが
所在地	〒322-0045 栃木県鹿沼市上殿町960-2
事業者指定番号	0970500088
管理者・連絡先	小川 和哉 電話:0289-64-7281 FAX:0289-64-2753
サービス提供地域	鹿沼市

2. 事業所の職員体制等

職種	業務	人員
管理者 (主任介護支援専門員)	居宅介護支援事業の運営管理に関すること。	1名(常勤1名/下記と兼務)
介護支援専門員	居宅サービス計画の作成管理等に関すること	6名(常勤5名、兼任1名)

3. 当事業所のサービスの方針等

高齢社会にむけて、上都賀厚生農業協同組合連合会が運営する介護支援サービス・居宅サービス・介護予防サービス・介護老人保健施設サービス各事業所は、地域の医療・保健・福祉の連携拠点として高齢者・障害者介護のさまざまなニーズに応え、総合的なサービスを提供します。そのために、各事業所は良質なサービスを提供するとともに、相互に連携し高齢者・障害者のリハビリテーションの充実を図り、地域との連携の中で情報の収集・発信、人的資源や技術の開発など新たな取り組みを進めていきます。

4. 営業時間

営業日		休日
平日	土曜日	
8:30 ~ 17:00	8:30 ~ 12:30	日曜日、祝祭日、 年末年始(12/30~1/3) 及び 8/15

当事業所では、上記営業時間以外に24時間連絡体制・相談等対応体制を確保しています。急ぎ相談等用件がございましたらお電話(64-7281)でご連絡ください。

5. サービス利用料及び利用者負担

- (1) 居宅介護支援サービスについては、利用者の負担はありません。
- (2) 介護支援専門員が通常サービス地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その旅費(実費)の支払いが必要となります。

6. 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所の相談窓口	電話番号	0289-64-7281
	FAX番号	0289-64-2753
	相談員(管理者)	小川 和哉
	対応時間	前記4の営業時間内

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

また、申立て等に必要な援助もいたします。

鹿沼市保健福祉部	電話番号	0289-63-2283
----------	------	--------------

此指印保健福世印 介護保険課	FAX番号 対応時間	0289-63-2284 平日の8:30~17:00
栃木県国民健康保険 団体連合会 (苦情処理担当)	電話番号 FAX番号 対応時間	028-643-2220 028-643-5111 平日の9:00~16:00

7. 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、別に定める「在宅介護支援センターかみつが緊急時連絡体制」の手順に従い、速やかに利用者の代理人(ご家族や後見人等)、に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
また、当該保険者及び関係機関への連絡を行います。

8. 個人情報の使用について

利用者のためのサービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整、並びに医療機関の受診等において、個人情報の使用を必要とする場合があります。個人情報を使用する場合は、下記の条件のもとに利用者及び利用者の代理人(ご家族や後見人等)の同意を得るものとします。

- (1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- (3)使用する期間は当事業所と別に締結する居宅介護支援サービスの契約期間内であること。

9. 法令遵守について

上都賀厚生農業協同組合連合会は、法令遵守の義務の履行を確保し、利用者の保護と適正な介護事業運営を図るため、業務管理体制を整備しています。

10. 次に、当センターが、あなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

10-1. 提供するサービス

○居宅サービス計画の作成

※居宅サービス計画作成の手順は次のとおりです。

- ①担当の介護支援専門員が、面接によりあなたやご家族からお話を伺います。
- ②あなたの了解を得て、主治医の方にご意見をお尋ねすることがあります。
- ③担当の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。
- ④あなたはケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めること、また当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。
- ⑤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。

○情報の提供

○要介護認定の申請、変更の援助・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

○関連事業者等の連絡調整

○給付管理表の作成・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。

- (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になるよう、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をします。もし、分からないことがありましたら、いつでも担当職員にご遠慮なくお尋ねください。

10-2. 担当の職員、担当の変更

あなたを担当する介護支援専門員は 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、その提示をお求めください。

- (2)なお、当事業所の管理者はおよび連絡先は、重要事項説明書の6. のとおりです。苦情・相談等がありましたらご遠慮なくご連絡ください。
- (3)あなたの了解のもと、必要に応じ医療機関との調整を行います。
入院の際は、担当者の氏名・連絡先を入院先医療機関にお伝えください。
- (4)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。
- (5)当センターは、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。

10-3. 利用料

このサービスの利用料およびその他の費用は以下のとおりです。

各サービスの項目・説明・料金等		
●利 用 料		
○下記の居宅介護支援費に各種加算項目を加えた1ヶ月の総単位数に10.21円を乗じて得られた金額が1ヶ月当りの利用料となります。		
○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るので自己負担はありません。		
○保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じてお支払いいただき、当事業所から発行するサービス提供証明書を、後日、当該市町村の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けられます。 ※法定代理受領ができない場合の参考		
【居宅介護支援費(Ⅰ)】		
①介護支援専門員取扱件数40件未満の場合	要介護1・2	1,053単位/月
	要介護3・4・5	1,368単位/月
【加 算】 ※印は該当時のみ算定		
①特定事業所加算Ⅱ		400単位/月
算定要件		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤の主任介護支援専門員を配置している ・ 常勤の介護支援専門員を3名以上配置している ・ 利用者に関する情報またはサービス提供にあたって 留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催する ・ 24時間連絡体制を確保し、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る ・ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施している ・ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供している ・ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加している ・ 運営基準減算または特定事業所集中減算の適用を受けていない ・ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件未満である ・ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保している (平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表日から適用) ・ 他の居宅介護支援事業者と共同で事例検討会・研修会等を実施している 		
②初回加算		※ 300単位/月
算定要件:新規に、若しくは要介護状態区分が2段階以上変更になった利用者に対し、居宅介護支援を行った場合。		
③入院時情報連携加算(Ⅰ)	1月あたり1回を限度※	200単位/回
算定要件:介護支援専門員が当該病院又は診療所の職員に対して、必要な情報提供を3日以内に行った場合		
入院時情報連携加算(Ⅱ)	1月あたり1回を限度※	100単位/回
算定要件:介護支援専門員が当該病院又は診療所の職員に対して、必要な情報提供を7日以内に行った場合		
④退院・退所加算	入院または入所期間中につき1回を限度※	
	加算(Ⅰ)イ	450単位/回
	加算(Ⅱ)イ	600単位/回

	加算(Ⅰ)口 600単位/回	加算(Ⅱ)口 750単位/回
		加算(Ⅲ) 900単位/回
	算定要件:退院または退所に当たって病院等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報の提供を求め、居宅サービス計画を作成し、サービス利用の調整を行った場合。ただし、初回加算を算定する場合は、算定しない。	
⑤	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	※ 300単位/月
	算定要件:居宅介護支援から小規模多機能型居宅介護に移行する際、利用者に関する必要な情報を提供した場合。	
⑥	看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	※ 300単位/月
	算定要件:利用者に係る必要な情報を当該事業所に提供し、当該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。	
⑦	緊急時等居宅カンファレンス加算	1月あたり2回を限度※ 200単位/回
	算定要件: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、必要に応じて居宅及び地域密着型サービスの利用調整を行った場合。	
⑧	ターミナルケアマネジメント加算	※ 400単位/月
	算定要件:末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治医等の助言を得つつ、頻回な利用者の状態変化等の把握を行い主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合	
●交 通 費		
	<input type="checkbox"/> 鹿沼市内にお住まいの方(住民票のある方)は無料です。 <input type="checkbox"/> それ以外の市町村にお住まいの方は介護支援専門員がご自宅をお訪ねするための交通費として鹿沼市の区域を出た所から往復30円/kmが必要です。	
●そ の 他		
	記録の謄写費用などを必要に応じていただくことがあります。	

10-4. キャンセル料など

サービスをキャンセルした場合には、交通費等の実費相当額をご精算いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

【説明確認欄】

平成 年 月 日

1. サービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項を説明しました。

(事業者)事業者名 在宅介護支援センターかみつが

説明者氏名 _____ (印)

2. サービスの内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、サービスの内容に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ (印) (続柄 _____)