

居宅介護支援事業

重要事項説明書

社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会
指定居宅介護支援事業所

令和6年4月1日改定

居宅介護支援事業所重要事項説明書

1. 担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

| | |
|---------------|--|
| 事業所名 | 社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所 |
| 所在地 | 茨城県猿島郡五霞町大字江川 3201 番地 (五霞町福祉センター「ひばりの里」内) |
| 連絡先 | 0280-33-7077 (直通) (月～土曜日 8:30～17:15) 090-1619-9079 (月～土曜日 8:30～17:15) 090-3408-4017 (緊急連絡先・24時間対応可能) |
| 事業所の指定番号 | 居宅介護支援事業所 0874300049 |
| サービスを提供する実施地域 | 五霞町・幸手市 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 |
| 管理者名 | 小野寺 陽子 |

(2) 営業時間及び休日

| | |
|------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 営業時間 | 8時 30分 ～ 17時 15分 |
| 休日 | 日曜日、国民の祝日・休日及び12月29日～1月3日 |

(3) 事業所の職員体制

| | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|-----------|------|-----|------------------------|
| 管理者 | 1名 | 0名 | 業務総括 |
| 主任介護支援専門員 | 1名以上 | 0名 | 介護支援専門員への支援・助言及び介護支援業務 |
| 介護支援専門員 | 3名以上 | 0名 | 介護支援業務 |
| 事務員 | 1名 | 0名 | 介護支援業務の補助及び会計事務 |

3. 居宅介護支援の内容

居宅介護支援では、自宅で生活する利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を考慮し、ケアプラン(居宅サービス計画)を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行います。また、必要に応じて介護施設等の紹介も行います。ケアマネジャーが行う、居宅介護支援の具体的な内容は、以下の通りです。

(1) 居宅介護支援の内容

| | |
|---------------|--|
| アセスメント | 利用者宅を訪問し、利用者の心身の状況や生活環境等を把握し、課題を分析します。 |
| サービス調整 | アセスメントの結果を踏まえ、利用する介護サービス事業者等へ連絡調整を行います。 |
| ケアプラン作成 | 介護サービス等を利用するためのケアプランを作成します。 |
| サービス担当者会議 | 介護サービス事業者等が集まり、ケアプランの内容等について話し合います。 |
| モニタリング | 少なくとも月に一回、ケアマネジャーが利用者の居宅を訪問し、本人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。(オンラインの場合少なくとも2ヶ月に1回要件あり) |
| 給付管理 | ケアプラン作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。 |
| 要介護認定の申請に係る援助 | 利用者の要介護認定の更新申請や状態変化に伴う区分変更申請を円滑に行えるよう援助します。利用者が希望する場合、要介護認定の申請を代行します。 |
| 介護保険施設等の紹介 | 利用者が自宅での生活が困難になった場合や利用者が介護保険施設等の入所を希望した場合、利用者に介護保険施設等に関する情報を提供します。 |

4. 利用料金

(1) 居宅介護支援費

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。ただし、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。このサービス後日保険者の窓口へ提出しますと、全額払戻を受けられます。

※地域加算（7級地）10.21円を乗じます。 (1ヶ月あたり)

| 要介護度 | 基本単位 |
|------------------------------|----------|
| 要介護 1,2 【居宅介護支援費（I i）】 | 1,086 単位 |
| 要介護 3,4,5 【居宅介護支援費（I i）】 | 1,411 単位 |
| 要介護 1,2, 3,4,5 【特定事業所加算（II）】 | 421 単位 |

(2) 加算

| 加算項目 | 加算単位 | 算定要件 |
|---------------|----------|--|
| 初回加算 | 300 単位 | ・新規に居宅サービス計画を作成する場合 ・要介護状態区分が2区分変更された場合 |
| 入院時情報連携加算（I） | 250 単位/月 | 利用者が医療機関に入院した日に、医療機関の職員に対して利用者に係る情報を提供した場合 |
| 入院時情報連携加算（II） | 200 単位/月 | 利用者が医療機関に入院した翌日又は翌々日に、医療機関の職員に対して利用者に係る情報を提供した場合 |

| 加算項目 | 加算単位 | 算定要件 | |
|----------------------------|----------|--|---|
| 退院・退所加算 ※カンファレンス 参加無 | 連携1回 | 450 単位/回 | ・医療機関や介護老人福祉施設等を退院・退所し、居宅サービスを利用する場合において、医療機関等の職員と面談を行い、利用者に係る必要な情報を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合 |
| | 連携2回 | 600 単位/回 | |
| 退院・退所加算 ※カンファレンス 参加有 | 連携1回 | 600 単位/回 | |
| | 連携2回 | 750 単位/回 | |
| | 連携3回 | 900 単位/回 | |
| 通院時情報連携加算 | 50 単位/月 | 以下のいずれも満たした場合 ・利用者が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環境等の必要な情報提供を行うこと ・医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録する ・利用者の同意を得る | |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 200 単位/回 | 病院又は診療所の求めにより、職員と共に利用者宅を訪問し、カンファレンスを行い、居宅サービスの調整を行った場合 | |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 400 単位/回 | 利用者又はその家族の同意を得て、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上居宅を訪問し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合。 | |
| 特定事業所加算 (II) | 421 単位/月 | ・24 時間連絡がつく体制を整え、必要に応じて利用者からの相談に対応している ・職員に対して計画的な研修を行っている ・実務研修科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」などに協力している ・他事業所と共同して事例検討会や研修会などを実施している | |

(2) 交通費

前記2の(1)のサービス提供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として、次の額を徴収します。

○事業所から片道がおおむね 10 km 未満の場合 500 円

○事業所から片道がおおむね 10 km 以上の場合、超えた距離 1 km あたり 50 円を加算

5. 事故発生時の対応

利用者に対する指定居宅介護支援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。

6. サービス内容に関する苦情

当事業所の利用相談・苦情担当

居宅介護支援に関する相談、要望・苦情等は下記窓口までお申し出ください。

| | |
|-------------------------|---|
| ◇ 居宅介護支援事業所 | 所在地 五霞町大字江川3201番地 電話番号(代表) 0280-84-0765 電話番号(直通) 0280-33-7077 受付 月～金 8:30～17:15 (祝日等及び12月29日～1月3日を除く) 管理者 小野寺 陽子 |
| ◇ 五霞町役場健康福祉課(高齢者支援グループ) | 電話番号 0280-84-0006 |
| ◇ 茨城県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 029-301-1565 |

7. 個人情報の保護

事業所が得た利用者及び家族等の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では、原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者及びその家族(又は代理人)の了解を得るものとする。

8. 当法人の概要

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| 〈 名 称 ・ 法 人 種 別 〉 | 社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会 |
| 〈 代 表 者 役 職 ・ 氏 名 〉 | 会 長 染 谷 森 雄 |
| 〈 所 在 地 〉 | 茨城県猿島郡五霞町大字江川3201番地 |
| 〈 電 話 番 号 〉 | 0280-84-0765 |
| 〈 事 業 内 容 〉 | 介 護 予 防 支 援 居 宅 介 護 支 援 通 所 介 護 |

令和 年 月 日

私は、本書面により事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受けました。

(利用者)

住 所

氏 名

(代理人)

住 所

氏 名

本人との関係