

「居宅介護支援サービス」 重 要 事 項 説 明 書

周防大島町社協 居宅介護支援事業所

【事業所番号 3577100435】

社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会

1. 本会が提供するサービスについての相談窓口

電 話 番 号	72-4165（午前8時30分～午後5時15分まで） （土・日・祝日及び12/29～1/3を除く）
担 当	管理者 兼務 介護支援専門員 ふく い ち え み 福井智恵美（山口県 第35980892号）

2. 事 業 者

名 称	社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会
所 在 地	山口県大島郡周防大島町大字小松125-2
電 話 番 号	0820-74-2948
代表者氏名	会 長 河 原 光 雄
設立年月日	平成16年10月1日

3. 周防大島町社協 居宅介護支援事業所の概要

事 業 所 の 種 類	指定居宅介護支援事業所（平成16年10月1日指定） 山口県 3577100435号
事 業 の 目 的	居宅介護支援事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とします。
事 業 所 の 名 称	周防大島町社協 居宅介護支援事業所
事業所の所在地	山口県大島郡周防大島町大字久賀4801-1
電 話 番 号	0820-72-4165
管 理 者 氏 名	福井智恵美
事業所の運営方針	1. 利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活ができるよう配慮して行います。 2. 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。 3. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の事業

	者に不当に偏することのないよう、公平中立に行います。 4. 事業の運営に当たっては、市町、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。
開 設 年 月 日	平成16年10月1日

4. 事業実施地域

周防大島町全域（地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。）

5. 営業時間

営 業 日	月曜日 ～ 金曜日
休 日	土曜日・日曜日・祝日及び12月29日 ～ 1月3日
営 業 時 間	午前8時30分 ～ 午後5時15分

6. 職員の体制

職 種	常 勤	保有資格の内容
管 理 者	1 名	看護師および介護支援専門員
介 護 支 援 専 門 員	1 名	看 護 師（管理者兼務）

7. 提供するサービスの内容

- （１）このサービスの提供にあたっては、ご利用者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ご説明をします。
もし分からないことがありましたら、いつでも担当介護支援専門員にご遠慮なくご質問してください。

○居宅サービス計画の作成＜手 順＞

- ・ご自宅を訪問し、ご利用者やご家族からお話を伺います。
- ・ご利用者の了解を得て、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、ご了解を得ます。

○情報の提供

○要介護認定変更申請等の代行

○関連事業者等の連絡調整

○給付管理票の作成・提出

- ・毎月、山口県国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスのチェックを受けます。

（３）サービスの提供にあたっての留意事項について

- ・利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- ・居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- ・利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとしします。
- ・病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。

8. 当事業所のケアプランの作成状況

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

9. 利用料金

（１）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るので自己負担はありません。

※保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、本会からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、周防大島町の窓口に提出いたしますと、全額払戻しが受けられます。

（２）その他の費用

- ・記録のコピーなど希望される場合、費用などいただくことがあります。

（３）解約料

- ・ご利用者はいつでも契約をご解約することができます。
- ・一切料金はかかりません。

(4) 料金お支払い方法

- ・料金が発生する場合、月ごとに精算し、毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。
- ・お支払方法は、口座自動振替、現金支払の2通りの中からご契約の際に選べます。

10. 利 用 料 参 考

1) 居宅介護支援費（基 本）

・要介護1・2 の方	10,860円
・要介護3・4・5の方	14,110円

2) 加算（ご利用者の状況により、次の加算がおこなわれます）

①初回加算

- ・次のような場合には、1月につき3,000円加算されます。
 - 1) 新たに居宅サービス計画を作成する場合又は過去二ヶ月以上居宅サービス計画を作成してなく、新たに作成する場合（契約の有無は問いません。）
 - 2) 要支援の方が要介護として認定を受けられ、居宅サービス計画を作成する場合
 - 3) 要介護状態の区分が二区分以上の変更があり、居宅サービス計画を作成する場合

②入院時情報連携加算

- ・病院又は診療所に入院される場合、ご利用者に関する必要な情報（ご利用者の心身の状況、生活環境、サービスの利用状況など）を提供した場合、1か月に1回を限度として次の区分より加算されます。
 - 1) 入院時情報連携加算（Ⅰ） 2,500円
ご利用者が病院又は診療所に入院してから三日以内に、必要な情報提供を行った場合。
 - 2) 入院時情報連携加算（Ⅱ） 2,000円
ご利用者が病院又は診療所に入院してから四日以上七日以内に、必要な情報提供を行った場合。

③退院・退所加算（入院又は入所期間中 1回を限度に算定します）

(Ⅰ) イ 4,500円	病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けている場合。
(Ⅰ) ロ 6,000円	病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けている場合。
(Ⅱ) イ 6,000円	病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けている場合。

(Ⅱ) □ 7,500円	病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによる場合。
(Ⅲ) 9,000円	病院等の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによる場合。

- ・前記①の初回加算を算定する場合は、退院・退所加算の算定はおこないません。

④通院時情報連携加算

- ・ご利用者が病院又は診療所で医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して必要な情報提供を行うとともに、医師等から必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に、1月に1回を限度として500円加算されます。

⑤緊急時等居宅カンファレンス加算

- ・医療機関の求めにより、医療機関の職員とともにご利用者の居宅を訪問し、相談しながらサービスの利用調整をおこなった場合、1月に2回を限度として、1回につき2,000円が加算されます。

⑥ターミナルケアマネジメント加算

- ・著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者に対し、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況、環境の変化等を把握し、主治医や居宅サービス事業者へ情報提供するなどの適切な支援を行った場合、1月につき4,000円が加算されます。

11. サービスのご利用方法

(1) サービスのご利用開始

- ・本会の介護支援専門員がお伺いいたします。
- ・ご契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

- ・文書でお申し出下さればいつでもご解約できます。

②本会の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③自動終了

- 以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ①ご利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ②ご利用者が要介護状態から要支援状態または、非該当（自立）と認定された場合
 - ③ご利用者がお亡くなりになられた場合

④その他

- ご利用者やご家族などが本会や本会の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの迷惑行為を行った場合、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

12. 損害賠償保険への加入

- 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おこないます。
- 事故については、事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みをおこないます。
- 本事業者は、次の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおい損害保険株式会社
保 険 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	社会福祉協議会がおこなう介護保険・社協業務が補償対象

13. 緊急時の対応方法

（１）サービス提供中

居宅サービスの提供を行っている時に事故が発生した場合には、速やかにご家族にご連絡をして必要な措置を講じます。また必要に応じて主治医及び保険者に連絡をします。

利 用 者 の 主 治 医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

14. 虐待の防止について

(1) 利用者の人権の擁護・身体拘束の適正化ならびに虐待の防止等のための措置

①身体拘束の適正化ならびに虐待防止に関する責任者を設置しています。

身体拘束の適正化ならびに虐待防止に関する責任者

周防大島町社協 居宅介護支援事業所 管理者 福井智恵美

②苦情解決体制を整備しています。

③成年後見制度の利用を支援します。

④身体拘束の適正化ならびに虐待を防止するための職員に対する研修を定期的実施し、人権意識や知識の向上に努めます。

⑤身体拘束の適正化ならびに虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

⑥身体拘束等適正化・虐待防止のための指針を整備しています。

(2) その他

サービス提供中に、当事業所職員または養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村の窓口に通報します。

15. サービス内容に関する苦情

(1) 苦情の受付及びサービスご利用等のご相談(お客様ご相談係)

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払や手続きなど、サービスご利用に関するご相談、ご利用者の記録等の情報開示の請求は次の窓口で受付いたします。

○お客様相談係(苦情受付窓口)

担当者: 周防大島町社協 居宅介護支援事業所

管理者 福井智恵美

電話番号: 72-4165 ・ FAX: 72-4167

○受付時間 午前8時30分 ~ 午後5時15分まで

(土・日・祝日及び12/29 ~ 1/3を除く)

○苦情解決担当・責任者

社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会

事務局長 徳岡伸昭

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。

ご利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」にご相談することもできます。なお、第三者委員の名簿は事業所に掲示してあります。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

周防大島町役場 介護保険課 介護保険班	所在地 周防大島町大字土居 1325-1 日良居庁舎内 電話番号 73-5503 F A X 73-5006
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係	所在地 〒753-8520 山口市朝田 1980-7 国保会館1階 電話番号 083-995-1010 F A X 083-934-3665

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいた重要事項の説明をおこないました。

事業者

<所在地> 大島郡周防大島町大字久賀4801-1

<名称> 周防大島町社協 居宅介護支援事業所 ⑩

<管理者> 福井智恵美

<説明者> 所属 地域総合福祉課

管理者・介護支援専門員

氏名 福井智恵美 ⑩

(山口県 第35980892号)

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、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者

<住所> 周防大島町大字

<氏名>

利用者の家族代表 又は 法定代理人

<住所>

<氏名>