

居宅介護支援重要事項説明書

1. さわやか介護支援センターの概要

名 称	さわやか介護支援センター
電話番号	0778-23-1155
医療法人	笠原病院
指定番号	福井県 1810314581 号
所在地	越前市塚町 214 番地
代表者	理事長：村井 アトム
管理者	孝久 洋子
職員体制	管理者 1 名 介護支援専門員 1 名以上 事務 1 名
営業日	月曜日から金曜日 土日曜祭日及び 8 月 15, 16 日及び 12 月 30 から 1 月 3 日までを除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分 ※ ご病状等により、訪問日・時間につきましては、ご相談に応じます。

2. 当社の概要

法人代表 医療法人 笠原病院 理事長 村井 アトム
越前市塚町 214 番地

法人が行う事業

1. 笠原病院
2. 介護医療院
3. 訪問看護 さわやか訪問看護ステーション

3. 居宅介護支援の内容

- ・ 介護認定申請代行
- ・ 訪問調査
- ・ 居宅サービス計画の作成
- ・ サービスの実施状況の継続的な把握・評価
- ・ 介護保険施設、指定居宅サービス事業者医療機関との連絡調整
- ・ その他

4. 居宅介護支援の申込みからサービス提供までの流れと内容

- ① 利用者様よりケアマネジメントの依頼を受けます。
- ② 契約…利用者様とのケアマネジメント開始の契約
 - ・ 利用者様は、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。
 - ・ 利用者様は、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の説明を求

めることが出来ます。

- ③ アセスメント、介護計画作成（仮）… 利用者様に説明し文書で同意を得ます。
- ④ ケアプラン作成…ケアカンファレンス
- ⑤ 各サービス事業者との契約
- ⑥ サービス利用票作成
- ⑦ サービス提供開始
- ⑧ 給付管理表の作成（国保連へ提出）

4. 利用料金

1 単位：10 円

要介護度区分 取扱い件数区分	要介護 1・2	要介護 3～5
介護支援専門員 1 人当たりの利用者の数が 45 人未満の場合	居宅介護支援費 I i1 1,086 単位/月	居宅介護支援費 I i2 1,411 単位/月
“ 45 人以上の場合において、45 以上 60 未満の部分	居宅介護支援費 I ii1 544 単位/月	居宅介護支援費 I ii2 704 単位/月
“ 45 人以上の場合において、60 以上の部分	居宅介護支援費 I iii1 326 単位/月	居宅介護支援費 I iii2 422 単位/月

【加算・減算】

初回加算	○新規に居宅サービス計画を作成する場合 ○要支援者が要介護認定を受けた場合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 区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合	300 単位/月
入院時情報連携加算	利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者の心身の状態や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合	
“ (I)	入院日に情報提供している事 ※入院日以前の情報提供を含む ※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む	200 単位/回
“ (II)	入院日の翌々日までに情報提供している事 ※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して 3 日目が営業日でない時は、その翌日を含む	100 単位/回
退院通所加算	病院、診療所、地域密着型介護福祉施設、介護保険施設への入院・入所していた者が退院・退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合	
(I) イ	必要な情報提供を 1 回、カンファレンス以外の方法で受けた場合	450 単位/回

(I) ロ	必要な情報提供を1回、カンファレンスにより受けた場合	600 単位/回
(II) イ	必要な情報提供を2回以上、カンファレンス以外の方法で受けた場合	600 単位/回
(II) ロ	必要な情報提供を2回以上受け、うち1回以上カンファレンスにより受けた場合	750 単位/回
(III)	必要な情報提供を3回以上受け、うち1回以上カンファレンスにより受けた場合	900 単位/回
通院時情報連携加算	利用者が病院又は診療所において医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合	50 単位/回
緊急時等居宅カンファレンス加算	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ともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合	200 単位/回
ターミナルケアマネジメント加算	末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者(在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に対して ・24時間連絡が取れる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備 ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行う	400 単位/回
業務継続計画未実施減算	・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(業務継続計画)を策定する事 ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、全ての介護サービス事業者(居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く)について、虐待の発生またはその再発を防止するための措置(虐待の発生またはその発生を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合に、基本報酬を減算する	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

・ 利用料

要介護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。

- ・ 交通費
一切頂きません。
- ・ 解約料
利用者様はいつでも契約を解約する事ができ、一切料金はかかりません。

6. 居宅介護支援の利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いします。
契約を締結した後、サービスの提供を開始します。
- ② 提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、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の説明を求めることができることについて、理解が得られるよう十分に口頭での説明に加え文書の交付を行います。

(2) サービスの終了

- ① 利用者様のご都合でサービスを終了する場合
口頭でお申し出下さればいつでも解約できます。
- ② 当事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむをえない事情により、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共に、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。
- ③ 自動終了
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。
 - ・ 利用者様が、介護保険施設に入所した場合
 - ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、要支援・非該当（自立）と認定された場合
 - ・ 利用者様がお亡くなりになった場合
- ④ その他
利用者様やご家族様などが当事業者や当事業者の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書等で通知する事により、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7. 居宅支援提供上で必要な対応方法

①相談・苦情

- ・ 当事業者の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。
 - さわやか介護支援センター
担当：孝久 洋子（管理者） 又は担当居宅介護支援専門員
TEL：0778-23-1155
 - 越前市市民福祉部長寿福祉課 TEL：0778-22-3715
 - 福井県国民健康保険団体連合会 TEL：0776-57-1611
- ・ 体制、手順は当社マニュアルに準じます。

②事故発生時

各種サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族・主治医・市町に連絡をとり必要な措置を講じるものとします。

③虐待防止

各種サービスの提供により虐待を受けたと思われる場合は、速やかに市町に連絡を取り必要な措置を講じるものとします。

居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者様に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 越前市塚町 214 番地
名 称 医療法人 笠原病院
 さわやか介護支援センター
代表者 理事長 村井 アトム
管理者 孝久 洋子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援の重要事項について、承諾しました。なお、私は介護支援の為に事業者がサービスの担当者会議等において、利用者および代理人（家族）の個人情報を用いる事についても同意します。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(扶養者又は上記代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印