

居宅介護支援重要事項説明書

〔2022年7月1日現在〕

1 社会福祉法人福知山シルバー 厚ニコニコハウスの概要

(1)事業所の説明・指定番号・サービス提供地域

事業所名	社会福祉法人福知山シルバー 厚ニコニコハウス		
所在地	〒620-0056 福知山市厚中町 200 番地	管理者	足立 利枝
電話番号	0773-23-2515	FAX番号	0773-22-7333
介護保険指定番号	2672600505号	事業実施地域	旧福知山市全域

(2)営業日・営業時間

月曜日～土曜日（但し 12月31日・1月1日～1月3日までを除きます。） 午前8:30～午後5:30

営業時間外及び職員不在時は ケアハウスニコニコハウスに併設されており、電話等により24時間受付可能

(3)職員体制

職 種	資 格	常 勤		非 常 勤		計	職務の内容
		専従	非専従	専従	非専従		
管理者 主任介護支援専門員	介護福祉士		1名			1名	事業と職員の管理 居宅介護支援
介護支援専門員	介護福祉士			1名		1名	居宅介護支援
主任介護支援専門員	看護師			1名		1名	居宅介護支援

(4)担当介護支援専門員

2 利用料金

(1)居宅介護支援利用費(1単位単価 10円)

法定代理受領による場合は利用者の自己負担はございません。保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合があります。その場合、一旦1ヶ月あたり下記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。後日福知山市の窓口へ提出しますと払い戻しを受けることができます。

【基本単位数】(1月につき)

	要介護1・2	要介護3～5	備 考
居宅介護支援費(Ⅰ)	1076	1398	介護支援専門員1人の取扱件数が40未満
居宅介護支援費(Ⅱ)	539	698	40以上60未満の40以上の部分
居宅介護支援費(Ⅲ)	323	418	60以上の部分

【加算・減算】(1月につき)

初回加算	300	新規利用又は要介護度2段階以上変更の場合	
入院時情報連携加算(Ⅰ)	200	病院又は診療所に入院後3日以内に必要な情報提供を行った場合	
入院時情報連携加算(Ⅱ)	100	病院又は診療所に入院後7日以内に必要な情報提供を行った場合	
退院退所算	カンファレンス参加 無1回	450	退院・退所にあたり、必要な情報を得た上で、ケアプランを作成し、調整を行った場合
	カンファレンス参加 無2回	600	
	カンファレンス参加 有1回	600	
	カンファレンス参加 有2回	750	
	カンファレンス参加 有3回	900	
通院時情報連携加算	50	通院に同席し情報提供を行い医師等から情報を受けて記録した場合	
緊急時等居宅カンファレンス加算	200	病院又は診療所の求めにより共に居宅を訪問し、カンファレンスを行った場合	

運営基準減算	50/100 0/100	訪問、モニタリング、担当者会議、ケアプラン交付等を行っていない場合 複数の事業所の紹介ケアプランに位置付けた理由を説明しない場合 上記を2ヶ月継続する場合
特定事業所集中減算	▲200	同一法人の訪問介護・通所介護・福祉用具貸与事業所に集中する場合

(2)交通費

通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。事業実施地域以外にお住まいの方は、通常事業地域をこえた所から、1kmこえる毎に100円いただきます。

(3)解約料

利用者はいつでも解約することができ、料金は一切かかりません。

3 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

当事業所は、福知山市より訪問調査の委託を受けており、訪問調査、要介護認定等の申請代行と平行して、居宅サービス計画の届け出も行います。居宅介護支援のみの申し込みも承っています。ご利用者の課題分析(アセスメント)を行い、居宅サービス計画を作成いたします。この計画に沿って、サービス提供に係る、必要な調整・連絡を行い、毎月の保険給付管理を行います。要介護等認定更新時に再度、課題分析を行い、居宅サービス計画を作成いたします。

4 居宅介護支援の運営の方針及び実施概要

「生きがいのある高齢社会の実現を目指して」当法人の方針を前面に掲げ、利用者本位の居宅介護支援をまごころをもってわかりやすくていねいに、公正中立に提供いたします。担当の介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

(1)利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう、保健、医療、福祉サービスが総合的、的確に提供されるよう支援します。

(2)ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所を紹介や、その事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。

(3)医療系のサービスを希望される場合は、利用者の同意を得て、主治医等に意見を求め、ケアプランを交付します。

(4)居宅サービス事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

(5)京都府、京都府医師会、京都府社会福祉協議会、京都府介護支援専門員協会、福知山市等が実施する研修会に参加し、質の向上を図っています。

5 虐待の防止

利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次の通り必要な措置を講じます。

(1)苦情解決体制を整備しています。

(2)従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施します。

(3)サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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に通報します。

6 秘密保持

利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。介護支援専門員及び事業所の職員は、あらかじめ文書で同意を得ない限り、正当な理由なく、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の個人情報を漏らしません。また事業者が得た利用者及びその家族の個人情報については、社会福祉法人福知山シルバー内で共有し、円滑な対応等に努める際に共有します。

7 緊急時と事故発生時の対応

サービス利用中に容体の変化等があった場合には、事前の打ち合わせにより市町村、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡するとともに必要な措置を行います。また、事故発生時において、事業所に過失がある場合には、損害を賠償し、お客様の立場にたち、誠心誠意対応致します。(連絡先は別紙)

8 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。記載内容に変更があった場合は速やかにお知らせください。入院された場合は、担当介護支援専門員の氏名と当事業所の連絡先を入院医療機関に提供してください。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口

◎ (福)福知山シルバー 厚ニコニコハウス 苦情受付担当者 足立 利枝

電話:0773-23-2515 FAX:0773-22-7333 受付時間:午前8時30分～午後5時30分(日祝休)

Mail: atsu.carehouse@npojp.com 面接場所 事務所 苦情箱 2階居室横に設置

◎福知山市福祉保健部高齢者福祉課介護保険係

電話:0773-24-7013 FAX:0773-22-9073 受付時間:午前8時30分～午後5時15分(土日祝休)

◎京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護管理係 相談担当

電話:075-354-9090 FAX:075-354-9055

受付時間:午前9時～午前12時、午後1時～午後5時 (土日祝休)

(2) 苦情処理の体制及び手順について

- ① 苦情は面接・電話・書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。苦情処理受付票に記入します。なお、直接第三者委員に直接苦情を申し出ることにも出来ます。
- ② 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告いたします。苦情解決責任者又は第三者委員は内容を確認し、苦情申出に対して、報告を受けた旨を通知します。事業所内で検証、再発防止のために会議の実施し、対策を立案します。
- ③ 苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることが出来ます。損害賠償の手続きを行います。
- ④ 保険者に報告します。

10 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に関して別紙の通り

年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、重要事項を説明しました。

(福)福知山シルバー 厚ニコニコハウス

役 職 名 氏名

私は、事業所より居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、その内容及び以下の項目について、サービス提供開始に同意の上、本書面を受領しました。

- 私は、利用可能な事業所を複数の紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求めることができることについての説明を受けました。
- 利用中の訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状況等について、介護支援専門員から主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことについて了解しました。
- もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を入院先医療機関に報告します。

同意年月日： 年 月 日

利用者

住 所

家族の代表

住 所
