

越前市社会福祉協議会 ケアマネジメントサービスセンター 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。（福井県指定 第 1870300470 号）

当事業所は、ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

* 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 事業者名称 社会福祉法人 越前市社会福祉協議会
- (2) 所在地 〒915-0071 福井県越前市府中一丁目 11-2
- (3) 電話番号等 Tel 0778(22)8500 Fax 0778(22)8866
- (4) 代表者氏名 会長 福田 修 治
- (5) 設立年月日 平成 18 年 4 月 1 日（法人認可：平成 18 年 4 月 1 日）
- (6) 当法人が行っている他の介護保険関係業務
当法人では、次の事業もあわせて実施しています。

種類	事業所の名称	更新年月日	事業開始
訪問介護	ホームヘルプサービスセンター	H30.4.1	H18.4.1
訪問入浴介護	訪問入浴サービスセンター	H30.4.1	H18.4.1
通所介護	デイサービスセンター芦山	H30.4.1	H18.4.1
通所介護	デイサービスセンターいまだて	H30.4.1	H18.4.1
認知症対応型通所介護	デイサービスセンターつねひさ	R2.5.23	H20.5.23
地域密着型通所介護	デイサービスセンターやふね	R4.10.1	R4.10.1

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
- (2) 事業の目的
要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、利用者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支援することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 越前市社会福祉協議会ケアマネジメントサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 〒915-0057 福井県越前市矢船町第 8 号 12 番地 1
- (5) 電話番号等 Tel 0778(25)0005 Fax 0778(22)8011
- (6) 当事業所の運営方針
前記の目的を達成するため、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービスの事業者に不当に偏することのないよう、事業を実施するとともに、公正中立に係る市町村、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綿密な連携を図るものとします。
- (7) 事業開始年月日 平成 18 年 4 月 1 日

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	越前市の区域
営業日	月曜から金曜
休 日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29～1/3)
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対する体制を確保しています。
当事業所の連絡窓口 Tel 0778(25)0005

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、次の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数
1.管理者（主任ケアマネジャー）	1名
2.介護支援専門員(ケアマネージャー)	5名以上（常勤換算）

5. 提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

（１）サービスの内容と利用料金

〈サービスの内容〉

①居宅介護サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

〈居宅サービス計画作成の流れ〉

- ①事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます
- ②居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報をご契約者又はその家族等に対して提供し、ご契約者にサービスの選択を求めます。
 - ・ご契約者は複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることができます。
 - ・ご契約者は、居宅サービス計画原案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ます。
- ③介護支援専門員は、ご契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、ご契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供するうえでの留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④介護支援専門員は、作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等についてご契約者及びその家族等に対して説明し、ご契約者の同意を得たうえで決定するものとします。
- ⑤ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合と、各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合（上位3位）を契約者に説明します。（別紙にて説明）

②居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ★ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ★居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ★ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③居宅サービス計画の変更

ご契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、又は事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

④介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介

介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

＜サービス利用料金＞

①サービス利用料金

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領(法定代理受領)する場合は、ご契約者の自己負担はありません。利用料金は要介護度に応じて下表の単位数に 10 を乗じて算定し、また加算条件を満たす場合については条件に応じた加算を同様に算定します。

(1 単位 : 10 円)

項目	単位	加算条件
居宅介護支援費 要介護 1・2	1,086 単位	
居宅介護支援費 要介護 3・4・5	1,411 単位	

居宅支援初回加算	300 単位	新規又は要支援から要介護に移行した場合
		要介護状態区分の 2 段階以上の変更した場合
		2 ヶ月以上経過後再利用の場合
居宅支援入院時情報連携加算(Ⅰ)	250 単位	入院した日のうちに情報提供をした場合
居宅支援入院時情報連携加算(Ⅱ)	200 単位	入院した翌日または翌々日に情報提供をした場合
居宅支援退院・退所加算カンファレンス(無)	450 単位	病院等の職員から情報の提供を 1 回受けた場合(初回加算を算定の場合は算定できない)
居宅支援退院・退所加算カンファレンス(有)	600 単位	
居宅支援退院・退所加算カンファレンス(無)	600 単位	病院等の職員から情報の提供を 2 回受けた場合(初回加算を算定の場合は算定できない)
居宅支援退院・退所加算カンファレンス(有)	750 単位	
居宅支援退院・退所加算カンファレンス(有)	900 単位	病院等の職員から情報の提供を 3 回受けた場合(初回加算を算定の場合は算定できない)
居宅支援緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位	病院等の求めにより、その職員と共にご契約者宅を訪問し、カンファレンスを行い必要に応じてサービス等の利用調整を行った場合
ターミナルケアマネジメント加算	400 単位	在宅で亡くなった方に対して、終末期の医療やケアの方針に関するご本人又はご家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、ご本人または家族の同意を得て居宅を訪問し、心身の状況等を記録し、主治医及びサービス事業者提供した場合

通院時情報連携加算	50 単位	利用者が病院等において医師または歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等に利用者からの心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、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（支援経過）に記録した場合
-----------	-------	---

②特定事業所加算

下記の加算を算定しています。

(1 単位：10 円)

項目	単位	加算要件
居宅支援特定事業所加算(Ⅱ)	421 単位	主任ケアマネを含むケアマネを 1 名以上配置し、一人当たりの担当平均件数が、45 件未満
		常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置
		サービス提供の留意事項に係る伝達等を目的とした会議を週 1 回以上開催
		24 時間連絡・相談に応じる体制の確保
		地域包括から紹介の困難事例に対応している
		計画的な研修を実施し、ケアマネ実務研修における科目等に協力又は協力体制を確保している
		他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施
		地域包括センター等が実施する事例検討会等への参加
		家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること
		必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること

③交通費

いただきません。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)を決定します。

(2) 介護支援専門員の交替

①ご契約者からの交替の申し出

介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

②事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

この場合、ご契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

7, 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定しています。

●虐待防止に関する責任者 職名 管理者 氏名 村田 明美

②成年後見制度の利用を支援します。

③従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

8, 身体拘束について

事業者は、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

① やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録します。

②身体拘束適正化検討委員会を定期的に開催します。

② 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を実施します。

9, 業務継続計画の策定等について（自然災害発生時・感染症発生時）

事業者は、複数の施設・事業所を持つ法人であるので、法人本部として業務継続計画を策定し、被災時に限られた資源を有効に活用するため、法人本部と施設・事業所間の物資や職員派遣等の支援体制が連動できる計画を実施します。

10, 衛生管理について

事業者は、感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応方針等を作成し掲示を行います。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質の向上に努めます。

11, ハラスメントの防止について

事業者は、ハラスメントの防止及び排除のための措置並びにハラスメントに起因する問題が生じた場合に適切に対応するための措置を講ずるものとします。

12, 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

●苦情受付窓口 当事業所の窓口

●苦情受付担当 職名 総括主任 村田 明美

●苦情解決責任者 職名 部長 坪内 利子

●苦情受付電話・ファクシミリ番号 Tel 0778(25)0005 Fax 0778(22)8011

(2) 行政機関その他苦情受付機関

越前市役所 長寿福祉課	〒915-0071 越前市府中 1 丁目 13-7 Tel 0778(22)3784 Fax 0778(22)3257
福井県国民健康保険団体連合会	〒910-0843 福井市西開発 4 丁目 202-1 Tel 0776(57)1614 Fax 0776(57)1615
福井県社会福祉協議会	〒910-8516 福井市光陽 2 丁目 3-22 Tel 0776(24)2339 Fax 0776(24)8941

13, 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施していません。介護相談員等の意見を取り入れサービスの改善に努めています。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

越前市社会福祉協議会ケアマネジメントサービスセンター

説明者職名 介護支援専門員（ケアマネージャー）

氏 名 ㊞

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、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

氏 名 ㊞

[	※契約者が代理人を選任した場合	]
	（代理人氏名）	
	（契約者との関係）	

㊞

※この重要事項説明書は、厚生省令第38号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。
