# 居宅介護支援重要事項説明書

有限会社 さくらの里 居宅介護支援事業所 いづるの里

## 居宅介護支援重要事項説明書

この重要事項説明書は、有限会社 さくらの里、居宅介護支援事業所 いづるの里 の居宅介護支援サービス (ケアプラン作成) を依頼される皆様に、安心してご利用いただけるよう、事前に説明するものです。以下の説明以外でのご不明な点がありましたら、ご遠慮なくお問い合わせ下さい。

#### 説明内容

- 1 有限会社 さくらの里 居宅介護支援事業所 いづるの里の概要
- 2 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れ
- 3 事業の目的及び運営方法
- 4 提供するサービス内容
- 5 守秘義務
- 6 利用料金
- 7 緊急時における対応方法
- 8 サービスをご利用のために
- 9 相談・苦情窓口

## 1. 有限会社 さくらの里 居宅介護支援事業所 いづるの里の概要

#### (1) 事業者

①法人名 有限会社 さくらの里

②法人所在地 栃木県栃木市錦町 5 番 2 6 号

③電話番号
0282-24-5964

**④代表者氏名** 取締役 荒井 緑

**⑤設立年月** 平成13年4月1日

## (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・平成13年4月1日

指定 栃木県0970300356号

**②事業の目的** 居宅介護支援

③業所の名称 居宅介護支援事業所 いづるの里

④事業所の所在地 栃木県栃木市錦町 5 番 2 6 号

⑤電話番号 0282-24-5964

⑥事業所長(管理者)氏名 荒 井 美 樹

**⑦開設年月日** 平成13年4月1日

- ⑧実施地域 栃木県全域
- ⑨事業所が行っている他の業務

<訪問介護> 平成13年4月1日指定 栃木県0970300356

#### (3) 当事業所の職員体制

管理者 1名

介護支援専門員 1名以上

## (4) 営業時間

月曜日~金曜日 午前8:30~午後5:30 (祝日・祭日及び12月29~1月3日を除く)

\*上記以外でも緊急等の際は相談に応じます。

## 緊急連絡先

当事業所電話番号 0282-24-5964

24時間FAX番号 0282-24-5977

## 2. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れ

要介護認定 → 居宅介護支援事業所に申し込み

状態の把握

介護計画原案の作成

サービス担当者との連絡・調整

介護サービス計画の作成

利用者の同意

 $\downarrow$ 

居宅サービス事業者および介護施設

## 3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的・・・居宅介護支援事業所 いづるの里は、指定居宅介護支援事業を適 正に運用すると共に、当事業所の介護支援専門員は要介護状態又 は要支援状態にある高齢者に対し、適正な居宅介護支援を提供し ます。

運営の方針・・・当事業所の介護支援専門員は、要介護等の心身の特性を踏まえて その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよ う配慮して、居宅介護サービス計画を作成し、その計画に基づく 介護サービスが適正且つ円滑に提供されるように支援します。

## 4. 提供するサービスの内容

## (1) 居宅サービス計画の作成と各サービス提供事業者との調整

- ①お客様と共に、必要な援助を考え、サービス担当者会議などを開催し、居宅サービス計画を作成します。また、各サービス利用に関する事業者との調整をします。 更に、定期的に介護支援専門員がお客様のお宅に訪問して、サービスの内容が適切かどうかをお伺いいたします。
- ②お客様は、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づけた指定居宅サービス事業者等の選出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。

#### (2) 主治の医師及び医療機関との連絡

- ①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するため、早期に病院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。
- ②訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスの利用を希望している場合は、お客様の同意を得て主治医等の意見を求め、この意見を求めた主治医に対し居宅サービス計画を交付致します。
- ③サービス事業所等から伝達されたお客様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お客様の状態等について、お客様の同意を得て、主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報をお伝えします。
- ④障害福祉サービスを利用してきた障害者のお客様が介護保険サービスを利用する場合には、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を図ります。

#### (3) 給付管理

介護保険を使って受けられる範囲やサービスの種類などについて調整し、またサービスが計画どおりに提供されたかなどを確認して給付管理を行います。

#### (4) お客様からの相談

介護保険や介護に関することなら、何でもご相談を受けます。

#### 5. 守秘義務

当事業所がサービスを提供する際に、お客様やご家族に関して知り得た情報について、サービスを提供するために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。 サービスの提供に係って、お客様の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、 予めお客様に同意をいただきます。

#### 6. 利用料金

## (1) 利用料金

要介護又は要支援認定を受けられた方は、下記の利用料金は直接介護保険から事業所に給付されますので、お客様のご負担はありません。

\*介護保険料の滞納により、法的代理受理ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護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。このサービス提供証明書を後日、お住まいの市町村窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

要介護度1・2	11,088円
要介護度3・4・5	14,406円

## 加算関係

- ① 地域加算 利用料金×10.21
- ② その他の加算

初回加算(初回のみ	3,063円	入院時情報連携加算 I	2,042円
		入院時情報連携加算Ⅱ	1,021円
		退院退所加算 I	4,594円
		退院退所加算Ⅱ	6,126円

## (2) 交通費

無料です。

## (3) 解約料

お客様は契約を解約することができ、解約料は一切かかりません。

#### 7. 緊急時における対応方法

利用者の病状に急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する党の措置を講ずると共に、管理者に報告をする。

事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じなければならない。

#### 8. サービスをご利用のために

## (1) 調査方法 (課題アセスメント手法)

- ・三団体ケアプラン策定研究方式(包括的自立支援プログラム)
- 日本介護福祉士会方式
- · 日本社会福祉士会方式
- ・竹内 孝仁方式 \*利用者の状況に合わせ、上記のいずれかの方式を採用します。

## (2) 虐待防止について

- ・事業所は利用者の人権擁護、虐待等の防止のため必要な措置を講じます。
- ・事業所はサービス提供中に当該事業所従業者又は養護者(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に通知します。

## (3) 身体拘束について

- ・利用者又は利用者等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、身体拘束を行いません。
- ・身体的拘束等を行う場合には、時間、その際の利用者の心身の状況並びに、緊急 やむを得ない理由を記録します。

#### (4) 契約の終了

次の場合には、自動的に解約は終了します。

- ①お客様が介護保険施設に入所した場合
- ②お客様の要介護認定区分が自立と認定された場合
- ③60日以上入院された場合(ご相談の上)

#### (5) 損害賠償

お客様に対して当事業所の責任において賠償することが起こった場合は、当事業所 はお客様に賠償いたします。

#### 9. 相談・苦情窓口

次のことについて、ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口まで遠慮なくお申し出下さい。

- ①当事業所が提供するサービスについて
- ②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
- ③その他介護に関することについて

\*相談窓口(月曜日~土曜日 午前8:30~午後5:30) 居宅介護支援事業所 いづるの里 担当者 取締役 荒井 緑 当 事 業 所 電 話 番 号 0282-24-5964 24時間対応FAX番号 0282-24-5977

## \*行政機関その他苦情受付機関

栃木市役所	所在地	栃木市万町9-25
地域包括ケア推進課	電話番号	$0\ 2\ 8\ 2-2\ 1-2\ 2\ 5\ 1$
栃木県国民健康保険	所在地	栃木県宇都宮市本町3-9 本町合同ビル
団体連合会	電話番号	$0\ 2\ 8-6\ 4\ 3-2\ 2\ 2\ 0$
栃木県社会福祉協議会	所在地	栃木県宇都宮市若草1-10-6
	電話番号	$0\ 2\ 8-6\ 2\ 2-0\ 5\ 2\ 5$

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職名	介護支援専門員	氏名	印
·			

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、指定居宅介護支援の提供開始に同意しました。

利用者住所	栃木市	
氏 名		印
代理人住所		
氏 名		印