

重要事項説明書

運営規定概要



社会福祉法人恵林
居宅介護支援事業所

えりん

電話 027-344-4322

FAX 027-344-4323

重要事項説明書

(運営規定概要)

居宅介護（予防）支援事業の提供にあたり、厚生省令第 38 号第 4 条に基づいて居宅介護（予防）支援事業所「えりん」が利用者の方に説明すべき重要事項は次のとおりです。

事業者名	しゃかいふくしほうじん えりん 社会福祉法人 恵 林
代表者名	まき たけし 理事長 真木 武志

指定事業所名	えりん
	群馬県知事（高崎市長） 指定居宅介護（予防）支援事業所 指定番号：No. 1 0 7 0 2 0 0 7 0 2
管理者名	あらまき さおり 荒巻 小織
事業所所在地	〒370－0081 群馬県高崎市浜川町836－2
	電話番号 027－344－4322
	ファックス 027－344－4323

I 事業の目的及び運営方針

1 事業の目的

居宅介護（予防）支援事業（ケアマネジメント）は、要介護（支援）者（以下「利用者」という）が居宅サービスを適切に利用できるように当該要介護者の依頼を受けて、心身の状況、置かれている環境や要介護者等及びその家族の希望等を考えて居宅サービス計画を作成し、かつ、居宅サービスの提供が確保されるよう、居宅サービス事業者やその他の者との連絡調整、および便宜を図ることを目的としています。

2 運営の方針

- ① 利用者が、可能な限り居宅において、その心身の状態に応じて自立した日常生活が営めるように支援します。
- ② 利用者自身の選択に基づき、適切な福祉・保健・医療サービスが、地域の中の多様な事業者や社会資源から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮します。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、提供されるサービスが特定の種類、事業者に不当に偏ることのないよう公平中立の立場を保ちます。
- ④ 利用者への適切な援助を行うために、関係市町村、高齢者あんしんセンター、他の指定居宅介護（予防）支援事業者、介護保険施設等との連携を図ります。

II 職員の職種・員数及び職務内容

1 職員の職種・員数及び勤務形態

職 種	員 数	勤務形態
管理者	1 名	主任介護支援専門員・他業務兼務
介護支援専門員	常勤 1 名以上	常勤 1 名は管理者他業務兼務 常勤 1 名以上
事務員	1 名以上	他業務兼務

2 管理者の職務内容

事業所の介護支援専門員、その他の従事者の管理、居宅介護（予防）支援の利用に係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。

3 介護支援専門員の職務内容

介護支援専門員は、利用者の居宅サービス計画を作成し、居宅介護（予防）支援を担当します。

4 事務員の職務内容

資料作成、請求業務、利用者への相談、苦情処理等の事務を行います。

Ⅲ 営業日及び営業時間

1 営業日

年末年始を除き、毎日営業となります。

2 営業時間

午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで

但し、24 時間連絡が可能な体制をとっていますので、時間外でも必要があれば連絡が可能です。

Ⅳ 指定居宅介護（予防）支援の提供方法及び内容

指定居宅介護（予防）支援の提供方法及び内容は、次のとおりとさせていただきます。

①利用者の居宅に訪問し、あるいは指定の場所で利用者と家族に面談をし、適切な介護（予防）支援を行うために利用者の心身の状態や環境などを把握し、居宅サービス計画（以下ケアプランといいます）の原案作成に資します。

②ケアプランを作成いたします。

ア） 課題分析（アセスメント）は、アセスメント票を使用し、利用者の生活上の課題を抽出、分析します。

イ） 課題分析した内容から、利用者の希望や家族の意見をもとにケアプラン原案を作成します。

ウ） サービス担当者会議を開催する等、各専門家と意見交換を行い、より多角的な方向から検討した内容を利用者のケアプランに反映させ、求めに応じてその理由を説明します。

③ケアプランに基づく、居宅サービス等の提供が確保されるよう、居宅サービス事業者等との連絡調整を継続して行います。ケアプランの実施状況の把握及びこれに伴う給付管理票の提出を行い、必要によってはケアプランの修正、変更を行います。

④介護支援専門員は、継続的に利用者の居宅に訪問する等して、利用者の近況、サービスの実施状況を把握し、相談に応じます。

⑤利用者に当該地域における複数の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を公開して、利用者と家族が自らのサービス内容を適切に選択できるように情報を提供します。

また、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所等の選定理由の説明を求めることが可能です。

⑥利用者の介護認定に係る申請等について、利用者の意思を確認した上で申請の代行等必要な援助を行います。

⑦介護保険施設の紹介をします。介護保険施設に入所が妥当であり、これを希望される場合は、介護保険施設の情報を提供し、入所にあたってのご相談をいたします。

⑧その他、利用者に対して、居宅介護（予防）支援等の介護保険制度の諸サービスのみならず、福祉、保健、医療に係る相談援助業務を行います。

⑨介護支援専門員一人当たりの担当利用者数は、近隣市町村委託の介護予防支援分と合わせて 44 名以内とします。（要支援、事業対象者の方の担当者数は 0.3 換算）

V 利用料及びその他の費用

1 基本料金

ケアプランにかかわる利用料については、要介護（支援）認定を受けた方は介護保険から全額給付されるため、自己負担はありません。

※介護保険料滞納のため、法定受領受理ができなくなった場合、要介護度に応じて下記の金額をいただき、「サービス提供証明書」を発行いたします。後日、高崎市の窓口に提出することで、全額払い戻しを受けられます。

※月の途中で利用者が死亡した場合には、死亡の時点でモニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の原案作成等、請求にあたって必要な書類の整備を行っている場合には居宅介護（予防）支援費を算定します。

【要介護認定の方】

項目	算定方法	金額
居宅介護支援費（要介護 1 又は 2）	1 ヶ月につき	10,860 円
居宅介護支援費（要介護 3, 4, 5）	1 ヶ月につき	14,110 円
初回加算（初回及び 2 段階以上の変更認定を受けた場合）	1 回につき	3,000 円
入院時情報連携加算Ⅰ（入院日に情報提供の場合）	1 回につき	2,500 円
入院時情報連携加算Ⅱ（入院の翌日又は翌々日に情報提供の場合）	1 回につき	2,000 円

退院・退所加算（連携１回、カンファレンス参加無の場合）	１回につき	４，５００円
退院・退所加算（連携１回、カンファレンス参加有の場合）	１回につき	６，０００円
退院・退所加算（連携２回、カンファレンス参加無の場合）	１回につき	６，０００円
退院・退所加算（連携２回、カンファレンス参加有の場合）	１回につき	７，５００円
退院・退所加算（連携３回、カンファレンス参加有の場合）	１回につき	９，０００円
緊急時等居宅カンファレンス加算（１ヶ月に２回まで）	１回につき	２，０００円
ターミナルケアマネジメント加算	１回につき	４，０００円
通院時情報連携加算	１ヶ月につき	５００円

※上記金額に地域区分により上乗せ割合として総単位数の４．２％が発生します。

【要支援、事業対象者認定の方】

項目	算定方法	金額
居宅介護予防支援費	１ヶ月につき	４，７２０円

※上記金額に地域区分により上乗せ割合として総単位数の４．２％が発生します。

２ 交通費

通常の事業の実施地域以外の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費をいただきます。

Ⅵ 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、高崎市です。

Ⅶ 秘密保持

介護支援専門員および事業者の使用する者は、プライバシーを尊重し、サービス提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は事業者の使用する者の退職後も同様とし、本契約終了後も同様とします。

VIII 事故発生時の対応

万全の体制で指定居宅介護（予防）支援サービスの提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、関係市町村等に連絡を取るとともに、事故にあわれた方の救済、事故拡大の防止などの必要な措置を取ります。また、賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

IX 苦情処理の体制

専任の苦情処理担当の職員を窓口配置し、利用者および家族からの苦情やご意見等に対しては速やかに対処致します。窓口は以下の通りです。

高崎市役所 介護保険担当課	所在地：高崎市高松町 35 番地 1 電話番号：027-321-1111 FAX：027-321-1166 受付時間：8：30～17：00
国民健康保険 団体連合会	所在地：前橋市元総社町 335 番地 8 電話番号：027-290-1363 FAX：027-255-5308 受付時間：9：00～17：00

X その他

当事業所の職員は、必ず身分証を所持しておりますので、ご確認をお願いいたします。

令和 年 月 日

指定居宅介護（予防）支援事業所「えりん」は、利用者及び家族に対する
居宅介護（予防）支援事業の提供開始にあたり、上記重要事項についてご
説明いたしました。

【居宅介護（予防）支援事業者】

社会福祉法人恵林
理事長 真木武志

印

居宅介護（予防）支援事業所 えりん
群馬県高崎市浜川町 8 3 6 - 2
電話 0 2 7 - 3 4 4 - 4 3 2 2

私は本書面に基づいて、事業者である「えりん」から重要事項の説明を受
け、居宅介護（予防）支援事業の提供開始に同意し交付を受けました。

【利 用 者】

住 所

氏 名

印

【代 理 人】

住 所

氏 名

印