

在宅介護支援センターふるさと苑重要事項説明書

< 平成30年 5月 1日 現在 >

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0436-75-2525 (午前8時30分～午後5時30分)

担当 管理者:石原 聡 介護支援専門員: 山形ひろ子, 森 信子, 渡辺令依子
斉藤智子, 長尾文恵, 吉美真理子

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 在宅介護支援センターふるさと苑

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	在宅介護支援センターふるさと苑
所在地	市原市能満字上小貝塚1925-282
介護保険指定番号	居宅介護支援 1272400209 千葉県
サービスを提供する地域*	市原市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

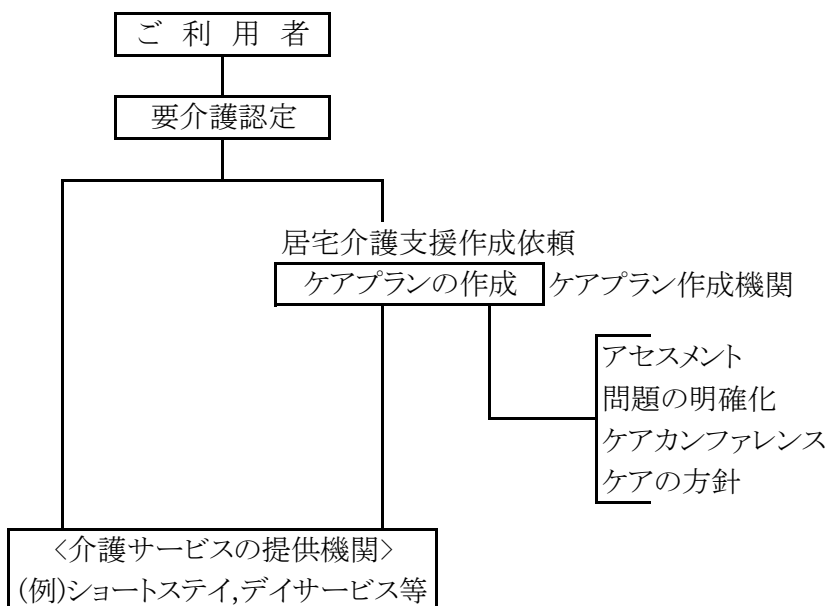
	資格	常勤	計
管理者	介護支援専門員 社会福祉主事等	1名()	1名()
介護支援専門員	介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉士等	6名()	6名()

(3) 営業時間

平日	午前8時30分～午後5時30分
土・日・祭日	午前8時30分～午後5時30分

* 但し、電話等により24時間常時連絡可能な体制となっております。

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



4. 利用料金

(1) 利用料

要介護または要支援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。

* 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当社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市原市の窓口に出すと、全額払戻を受けられます。

・基本単位

		1月あたりの単位	自己負担額
ア	要介護1・2	1,053	なし
	要介護3・4・5	1,368	

・地域区分

(地域間に存在する格差を勘案し、1単位の単価に差を設けるための区分)

市原市:5級地 10.70円/1単位

*介護報酬の請求は左記ア及びイ～コのうち該当するものの合計に上記10.21円を掛けた金額(小数点以下切捨)となります。

・加算等

		1月あたりの単位	自己負担額	備考
イ	初回加算	300	なし	新規に居宅サービス計画を作成又は要介護状態が2段階以上変更になったご利用者に対して指定居宅介護支援を行なった場合加算
ウ	特定事業所加算(Ⅰ)又は特定事業所加算(Ⅱ)又は特定事業所加算(Ⅲ)又は特定事業所加算(Ⅳ)	(Ⅰ)500 (Ⅱ)400 (Ⅲ)300 (Ⅳ)125		専門性の高い人材の確保や支援困難ケースへの対応など、主任介護支援専門員の配置等、一定の条件の下、事業所全体としてより質の高いケアマネジメントを実施している居宅介護支援事業所に対して加算 [一定の条件:(Ⅰ)>(Ⅱ)>(Ⅲ)>(Ⅳ)] ※特定事業所加算(Ⅳ)はH31.4以降算定できる加算
エ	入院時情報連携加算(Ⅰ)又は入院時情報連携加算(Ⅱ)	(Ⅰ)200 又は (Ⅱ)100		(Ⅰ)病院又は診療所へ入院するご利用者に対して、介護支援専門員が3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報を提供した場合加算。 (Ⅱ)介護支援専門員が4日以上7日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して、必要な情報を提供した場合加算 ※Ⅰ・Ⅱ共に提供方法は問わない
オ	退院・退所加算(Ⅰ)イ又は退院・退所加算(Ⅰ)ロ又は退院・退所加算(Ⅱ)イ又は退院・退所加算(Ⅱ)ロ又は退院・退所加算(Ⅲ)	(Ⅰ)イ450 (Ⅰ)ロ600 (Ⅱ)イ600 (Ⅱ)ロ750 (Ⅲ)900		病院・診療所へ入院又は地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設へ入所していたご利用者が退院・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、その病院等の職員と面談を行い情報提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス・地域密着型サービスの利用に関する調整を行なった場合加算(入院又は入院期間中につき1回限度)
カ	ターミナルケアマネジメント加算	400		・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支援を行うことができる体制を整備・ご利用者又は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医等の助言を得つつ本人の状態やサービスの必要等の把握し支援を実施・訪問により把握した情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置づけた居宅サービス事業者へ提供
キ	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300		ご利用者が指定小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、必要な情報を同事業所に提供し同事業所の居宅サービス計画作成に協力した場合加算
ク	看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300		利用者が看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に利用者の必要な情報を看護小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合加算
ケ	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、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共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・地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合加算(月4回限度)

(2) 交通費

無料

(3) その他

支払方法 料金が発生した場合、請求書に従ってお願い致します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当苑職員がお伺いいたします。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、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ともに、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いたします。

- ・ ご利用者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ご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合 ※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

ご利用者やご家族などが当社や当社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、文書で通知することにより、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。

6. 当社の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自ら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配慮して行う。利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

課題分析方法はMDS-HC方式とする

在宅高齢者一人ひとりのニーズを包括的に把握し、ケアプランを策定するために最低限必要な項目を集めたアセスメント表である。在宅でケアする上で直面する可能性の高い重要な領域について、それぞれ問題点の定義、その原因や関連した状況の説明、ケア目的の提示や留意点が記される。高齢者のトリガーされた領域を一覧すれば、どのような分野のニーズがあるかをすぐに概観することができるので、病名やADLとともにケアプランを策定するための基本的な情報となる。

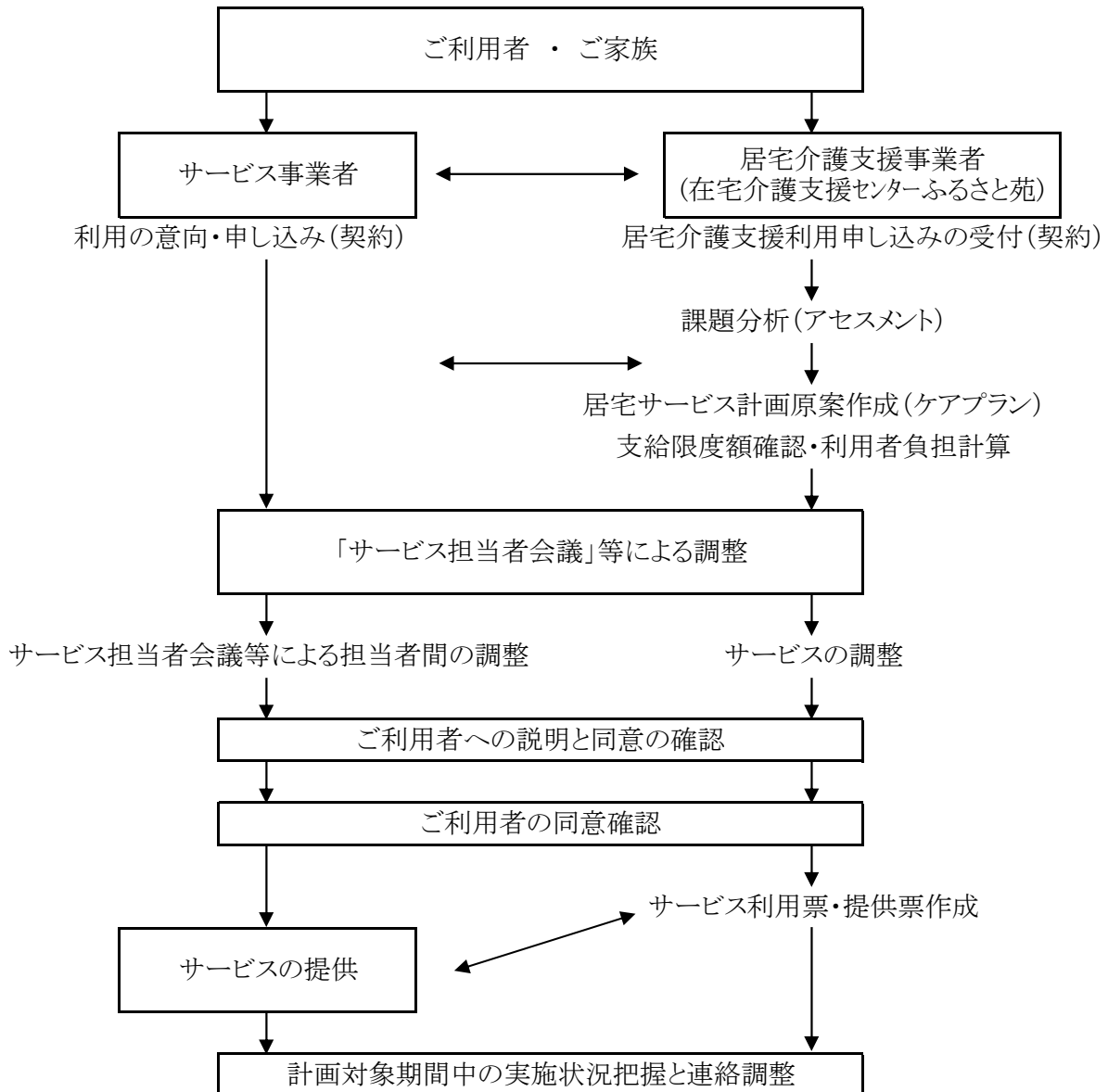
7. 注意事項

サービスの提供を円滑に行う為、下記の事項に同意の上、ご記名ご捺印下さい。

(1) 秘密保持等に関して

当事業所との間における個人情報の秘密保持等に関しご理解の上、サービス担当者会議等において、契約期間中、利用者個人及び家族等の個人情報を有効に用いさせて頂くことを御了承下さい。

※情報交換等の流れ



8. サービス内容に関する苦情

① 当事業所 ご利用者相談・苦情担当

当事業所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。

担当 管理者 石原 聡

電話 0436-75-2525

9. 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人市原福社会
代表者役職・氏名	理事長 西川 章久
本社所在地・電話番号	千葉県市原市能満字上小貝塚1925-282 0436-75-2525
定款の目的に定めた事業	1、特別養護老人ホーム ふるさと苑 2、デイサービスセンター ふるさと苑 3、ショートステイサービス ふるさと苑 4、在宅介護支援センター ふるさと苑 5、はくちょう保育園 6、デイサービスセンター 里の家 7、特別養護老人ホーム 第二ふるさと苑 里休 8、ショートステイサービス 第二ふるさと苑 里休

平成 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご利用者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 千葉県市原市能満字小貝塚1925-282
名称 社会福祉法人 市原福社会
理事長 西川 章久 印

説明者 所属
氏名 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についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印

代理人 住所
氏名 印
続柄

※上記代理人と異なる場合のみ、下記の欄にご記入下さい。

記入者 住所
氏名 印
続柄