

# 大町市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所重要事項説明書

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

当事業所が提供するサービスについての相談窓口
電話 (直通) 26-3860 (代表) 22-1501
受付時間: 月曜日～金曜日 午前 8:30～午後 5:30
※ 祝日・12 月 29 日～1 月 3 日を除く
担当 平出 さより

## 1 大町市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所の概要

### (1) 事業所の名称、所在地等

事業所	大町市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所
所在地	大町市大町 1129 (大町市総合福祉センター内)
介護保険事業所番号	2071200113
通常の事業の実施地域 ※	大町市及び池田町、松川村、白馬村内

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 職員体制

区分	資格	常勤	計
管理者	主任介護支援専門員 社会福祉士	1 名	1 名
介護支援専門員	介護福祉士	1 名以上	1 名以上

### (3) 営業日及び営業時間

○営業日 月曜日から金曜日とする。

○営業時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分 (祝日・12 月 29 日から 1 月 3 日を除く)

## 2 居宅介護支援の内容、提供方法

- ① 利用所の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ② 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、利用料等の情報を適正に利用者及びその家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。

- ③ 提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを選択する上での留意点を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④ 居宅サービス計画の原案に位置づけた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上で、複数のサービス事業所等の紹介、内容、利用料等について利用者及びその家族に説明します。また、ケアプランに位置づけた理由を利用者が介護支援専門員に求める事が可能であることを説明し、利用者から文書による同意を得ます。
- ⑤ 障害福祉サービスを利用されてきた障害者が介護保険を利用する場合等、障害福祉制度の相談支援専門員との連携を図ります。
- ⑥ その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。
- ⑦ 利用者及びその家族と毎月連絡を取り、経過の把握に努めます。
- ⑧ 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との連絡調整を行います。
- ⑨ 利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化に応じて居宅サービス計画変更の支援、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。

### 3 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は、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します。このサービス提供書を後日大町市の窓口に提出しますと、全額払い戻しが受けられます。

#### 基本料金

<div>要介護区分 担当数区分 (介護支援専門員1人あたりの利用者数)</div>	要介護1・要介護2	要介護3・要介護4・要介護5
居宅介護支援費Ⅰ 45人未満	10,860 円	14,110 円
居宅介護支援費Ⅱ 45人以上 60人未満	5,440 円	7,040 円
居宅介護支援費Ⅲ 60人以上	3,260 円	4,220 円

※ 基本料金に対して厚生労働大臣が定める運営基準を満たさなかった場合、上記料金表の50/100の料金になります。また、運営基準を満たさない月が2ヶ月以上継続している場合は算定しません。

加 算	加 算 額	内 容・回 数 等
初 回 加 算	3,000 円	新規に居宅サービス計画を作成する場合、要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅介護サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
通院時情報連携加算	500 円	医師の診察に同席し、心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等からも必要な情報提供を受け居宅サービス計画記録した場合（月1回を上限）
入院時情報連携加算Ⅰ	2,500 円	入院した日のうちに病院等の職員に必要な情報提供した場合（Ⅰ）
入院時情報連携加算Ⅱ	2,000 円	入院の日からの翌日又は翌々日に病院等の職員に必要な情報提供をした場合（Ⅱ）
退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,500 円	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合 （Ⅰ）イ 連携Ⅰ回 （Ⅰ）ロ 連携Ⅰ回（カンファレンス参加による） （Ⅱ）イ 連携2回以上 （Ⅱ）ロ 連携2回 （内1回以上カンファレンス参加） （Ⅲ） 連携3回以上 （内1回以上カンファレンス参加）
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,000 円	
退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,000 円	
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,500 円	
退院・退所加算（Ⅲ）	9,000 円	
ターミナルケア マネジメント加算	4,000 円	終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握したうえで死亡日及び死亡日の前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治医及びサービス事業者と連携を図った場合

(2) 交通費

前記 1 の (1) の通常の事業実施地域にお住まいの方は、無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問する為の実費が必要です。

(3) 解約料

利用者は事業者に対して、文書で通知することにより、いつでも契約を解除をすることができ、料金はかかりません。

(4) その他

支払い方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、22 日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払方法は、銀行振込、口座引き落としのどちらかをお選び下さい。

4 サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所に対するお客様の苦情・ご相談は以下の窓口で受け付けています。

電話 (直通) 26-3860 (代表) 22-1501

受付時間 : 月曜日 ~ 金曜日 午前 8 時 30 分~午後 5 時 30 分まで  
(祝日・12 月 29 日~1 月 3 日を除く)

担 当 : 平出 さより

② 行政機関その他苦情受付機関

大町市役所 福祉課 高齢者・包括支援係	長野県大町市大町 3887 番地 0 2 6 1 - 2 2 - 0 4 2 0 (代)
北アルプス広域連合	長野県大町市大町 1 0 5 8 - 3 3 番地 0 2 6 1 - 2 2 - 6 7 6 4 (代)
長野県国民健康保険団体連合会	長野市長野加茂北 1 4 3 - 8 番地 長野県自治会館内 0 2 6 3 - 2 3 8 - 1 5 5 0 (代)

5、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は別紙のとおりである

令和        年        月        日

居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

【事業者】

所在地 長野県大町市大町 1129（大町市総合福祉センター内）

名 称 大町市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所

会 長 中村 勝彦 印

説明者 介護支援専門員

氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援について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