

居宅介護支援重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して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。

(以下 令和5年3月現在)

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 東方会
- (2) 法人所在地 佐賀県伊万里市二里町大里乙 3602 番地 1
- (3) 電話番号 0955-23-2767
- (4) 代表者氏名 理事長 大宅 啓子
- (5) 設立認可年月 昭和 59 年 10 月 26 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 居宅介護支援事業所
平成19年4月1日指定 佐賀県第 4170500245 号
- (2) 事業所の名称 瑠璃光苑
- (3) 事業所の所在地 佐賀県伊万里市二里町大里乙 3602 番地 1
- (4) 電話番号 0955-29-8122
- (5) 当事業所の運営方針
被保険者が、要介護状態となった場合においてもその者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、被保険者の選択に基づき多様な事業所から、効率的に提供されるよう公平中立に行う。
なお、ご希望に応じて複数の事業所から選択でき、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。
市町村、他の居宅介護支援事業者および介護保険施設などと連携に努めます。
- (6) 開設年月 平成19年4月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 伊万里市、有田町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金 但し8月13日～15日、12月29日～1月3日は除く
営業時間	午前8時30分 ～ 午後5時30分

※緊急連絡電話 0955-29-8122、090-6890-1382

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下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。

管理者	1名
介護支援専門員（専任）	1名
（兼務）	1名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

【サービス】

1 居宅サービスの作成

次の事項を介護支援専門員に担当させます。

- ① 利用者の居宅を訪問し、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所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付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、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族に説明し、利用者から文書による同意を受けます。
- ⑤ 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。

2 経過観察・再評価

居宅サービス計画作成後、次の事項を介護支援専門員に担当させます。

- ① 利用者及びその家族と毎月連絡をとり、経過の把握に努めます。
- ② 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の連絡調整を行います。
- ③ 利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化等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。

【利用料金】

要介護又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、保健給付金が直接事業所に支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日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1・2	10,760円
要介護3・4・5	13,980円

※以下の加算項目について該当する場合、上記料金に加算されます。

①初回加算

新規に居宅サービス計画書を作成した場合 要介護 3,000円

②入院時情報連携加算

利用者が入院するにあたり、病院の職員に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等必要な情報を提供した場合 (Ⅰ) 2,000円 (Ⅱ) 1,000円

③退院・退所加算

退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等がカンファレンスに参加した場合。

(4,500円～9,000円)

④通院時情報連携加算

利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者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、居宅サービス計画に記録した場合。500円／(月)

⑤ターミナルケアマネジメント加算

末期の悪性腫瘍で在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）が対象となります。利用者又はその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、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。また、訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供します。 4,000円

6. 虐待防止への取り組み

当事業所では、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づ

き、以下の取り組みを行います。

【取り組み】

- * 当事業所では、虐待防止委員会を設置し、適時に委員会を開催、虐待防止に努めます。
- ① 虐待が起こらないよう事前の措置として、職員の虐待防止意識の向上や知識を周知し、虐待のない施設環境づくりを目指します。
- ② 日頃より社会福祉法・老人福祉法・介護保険法等の知識の習得に努めます。
- ③ 当事業所の虐待防止責任者や虐待相談受付担当者は日頃より利用者の支援の場に虐待及び虐待につながるような支援が行われていないか観察し、必要があるときは職員に直接改善を求め、指導します。

虐待防止に関する 相談窓口	・虐待防止責任者	理事長 大宅 啓子
	・虐待相談受付担当者	峯 幸子
	・ご利用時間	8:30 ～ 17:30
	・電話番号	0955-29-8122
	・FAX	0955-25-9191

7. 苦情の受付

「サービス事業者の対応が悪い」「契約に違反している」といった介護サービスに関する不満は、まずケアマネジャーもしくは市区町村の窓口にご相談してください。市区町村は、事業者を調査したうえで指導を行なうほか、必要があれば国民健康保険団体連合会への苦情申し立ての援助をします。国民健康保険連合会は、都道府県ごとに設置されており、介護サービスに関する苦情の処理を行います。

サービスに関する相談、要望、苦情等は担当ケアマネジャーか下記窓口までお申し出下さい。

◇ 事業所内苦情受付

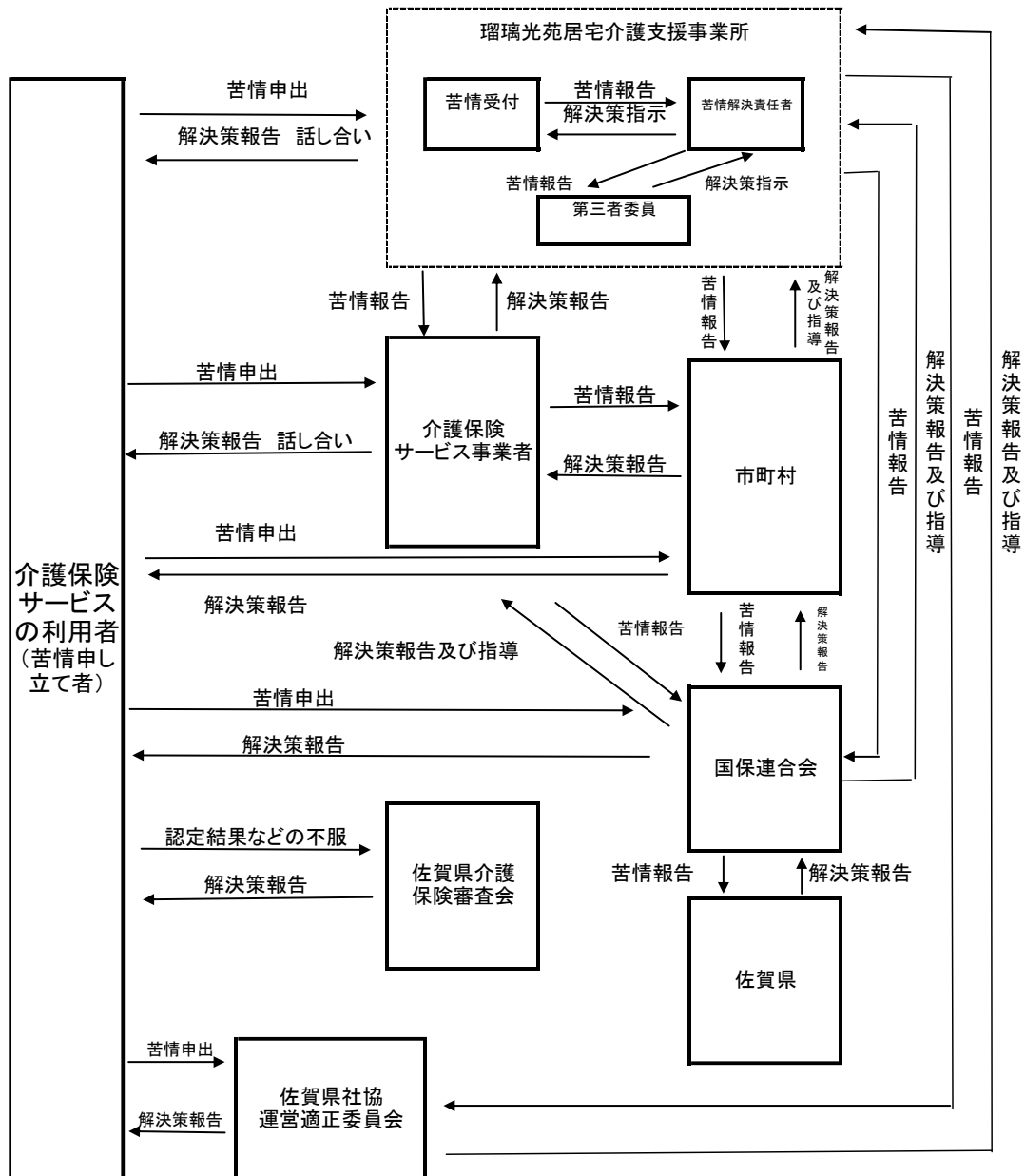
TEL0955-29-8122 （受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分）

苦情受付担当	ケアマネジャー	峯 幸子
	ケアマネジャー	山浦奈々美
苦情受付責任者	理 事 長	大宅 啓子
第三者委員	法 人 監 事	多久島幹雄
	法 人 監 事	梶山 芳弘

◇ その他苦情受付機関

OTEL0955-23-2154	伊万里市役所長寿社会課
OTEL0955-43-5065	有田町保健福祉センター
OTEL0952-26-1477	佐賀県国民健康保険団体連合会
OTEL0952-23-2151	佐賀県社協運営適正委員会
OTEL0952-23-2767	社会福祉法人東方会瑠璃光苑

苦情等の流れ図



8. ハラスメントについて

- ① 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- ② 利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為セクシャルハラスメント等の行為を禁止します。

9. 第三者による評価の実施状況

実施しておりません。

ケアプランの訪問介護等の利用状況

当事業所の訪問介護等の利用状況については、次の通りです。

※この用紙で説明する前 6 月の期間（令和 4 年 9 月～令和 5 年 2 月）

- ① 前 6 カ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

訪問介護・・・・・・・・・・22%

通所介護・・・・・・・・・・45%

地域密着型通所介護・・・・11%

福祉用具貸与・・・・・・・・63%

- ② 前 6 ヶ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、副用具貸与の各サービスごとの、同一事業者(所)によって提供されたものの割合
(上位 3 事業所)

サービス種別	1 位		2 位		3 位	
	事業所名	割合	事業所名	割合	事業署名	割合
訪問介護	瑠璃光苑	23%	西光苑	21%	いこいの里	13%
通所介護	デイサービス こころ	13%	デイサービス いこいの里	10%	デイサービス それいゆ	8%
地域密着型通 所介護	デイサービス ノア	30%	源氣堂	21%	デイサービス けやき	17%
福祉用具貸与	株式会社エヴ ア	25%	ケアポートサ ンライフ	20%	トシトランド	14%

居宅介護支援の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

日付 令和 年 月 日

居宅介護支援事業所 瑠璃光苑

説明者氏名 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、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

利用者氏名 印

(代理人)

住 所

氏 名 印

電話番号 ()

続柄