

居宅介護支援重要事項説明書

〈令和 年 月 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

電話番号 0283-62-8800

担当 金原 真理

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	ほのぼの 居宅介護支援事業所
所在地	栃木県佐野市戸室町 229-9
介護保険指定番号	0970400669
サービスを提供する地域	佐野市・足利市

※ 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

	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者兼介護支援専門員	1			1
介護支援専門員				

(3) 営業日・時間

月～金 午前9時～午後5時

但し12月30日から1月3日まで及び8月13日から8月16日までを除きます。

(4) 居宅介護支援申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

- ① 居宅サービス計画作成依頼届出書の記入、市役所へ提出。
(市役所への提出は指定居宅介護支援事業者が致します。)
- ② 電話連絡にて面接の日時の調整を致します。
- ③ お約束の日時に面接
(居宅サービス計画に必要な利用者のご家族のご意見を、お伺い致します。)
- ④ 介護支援専門員により居宅サービス計画案を作成
- ⑤ 居宅サービス計画案を利用者の皆様に提示させていただき、了解をいただけた後サービス提供機関との調整を致します。
- ⑥ 調整終了後、居宅サービス計画書をお渡し致します。
- ⑦ サービス提供

3. 利用料金

(1) 利用料

要介護または要支援の認定を受けられた方は、介護保険制度から全額支給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ヵ月につき下記の料金をいただき、当事業者からの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、保険者の窓口を提供しますと、全額払戻を受けられます。

(要介護 1～2) 10,860 円 (要介護 3～5) 14,110 円

(要支援) 4,420 円

(介護報酬に係る加算の対象)

○初回加算

- ① 新規に居宅サービスを作成する利用者に対し居宅介護支援を行った場合
- ② 要介護状態区分が2段階以上変更となった利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合

○入院時情報連携加算(I)

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合。

※入院日以前の情報提供を含む。

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

○入院時情報連携加算(II)

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合。

※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

○退院・退所加算

病院や介護保険施設へ入所されている利用者が退院・退所する際に、病院・施設職員等より面談し、利用者の必要な療養情報等の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成、利用に関する調整を行った場合

○緊急時等居宅カンファレンス加算

病院や診療所の求めにより、当該病院や診療所の職員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等の利用調整を行った場合

○通院時情報連携加算

利用者が医師等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（ケアプラン）に記録した場合

（介護報酬に係る減算の対象）

○サービス担当者会議の開催又は担当者に対する照会を行っていない場合（ケアプランの新規作成、要介護更新認定、要介護区分の変更認定の場合には、サービス担当者会議の開催を条件とする。）

○居宅サービス計画原案を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、計画を利用者及び担当者に交付していない場合

○特段の事情がないにもかかわらず、介護支援専門員が少なくとも一月に一回以上利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合

○居宅サービス計画の実施状況の把握及び評価等の記録を1カ月以上行っていない場合

○利用者や家族に対してケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、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可能である事の説明を行わなかった場合

○業務継続計画未策定減算

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算する。

○高齢者虐待防止措置未実施減算

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

（2）交通費

前期2の（1）のサービスを提供する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ための交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

お客様のご都合により解約した場合、下記料金をいただきます。

契約後居宅サービス計画の作成段階	要介護1・2	10,860円
途中で解約した場合	要介護3・4・5	14,110円

(4) その他

支払方法

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致します。
お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中からご契約の際
に選べます。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込み下さい。担当職員がお伺い致します。

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者様のご都合でサービスを終了する場合文章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ヶ月前までに文章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。

・お客様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お客様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。）

④ 利用者がお亡くなりになった場合

⑤ その他

利用者様やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続しがた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。

5. 当事業所の居宅介護支援の特徴

(1) 運営方針

事業所における指定居宅介護支援の事業は、次の基本方針に従って行うものとします。

- ① 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮して行います。
- ② 指定居宅支援の事業は、利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療およ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います。
- ③ 指定居宅介護支援の提供にあたっては、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指定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ることのないよう、公正中立に行います。
 - ・利用者やその家族に対してケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
 - ・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可能であること上記について説明し、明確化します。
なお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。
- ④ 事業の運営にあたっては市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	○	変更を希望される方はお申しで下さい
調査（課題把握）の方法	—	
契約後、居宅サービス計画作成段階途中でお客様のご都合により解約した場合の解約料	○	
その他		前期の（3）

6. 事故発生時の対応

居宅介護支援を実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が発生した時は速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに家族にも報告を行います。

7. サービス内容に関する苦情

①当事業所利用者様相談・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サービスについてのご相談・苦情を承ります。

苦情解決責任者 介護支援専門員

苦情解決責任者 金原 真理

電話 0283-62-8800

受付時間 9:00～17:00

苦情箱を玄関に設置しています。

②その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

佐野市介護保険課

所在地 佐野市高砂町1

電話 0283-20-3022

FAX 0283-21-3254

受付時間 8:30～17:15

足利市役所元気高齢課

所在地 足利市本城3丁目2145番地

電話 0284-20-2270

FAX 0284-20-1456

受付時間 8:30～17:15

栃木県国民健康保健団体
連合会 介護保険課

所在地 宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6F

電話 028-643-2220

FAX 028-643-5411

受付時間 8:30～17:00

8. サービス提供における事業者の義務（秘密の保持）

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び扶養者から、予め同意を得ておきます。

- ① 介護保険サービスの利用のため市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅介護のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

前項にあげる事項は利用終了後も同様の取扱いとします。

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

栃木県佐野市戸室町 229-9

説明者氏名 金原 真理

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び、利用者の意思及び人格の尊重と公正中立（5. 当事業所の居宅介護支援の特徴、及び別紙）秘密の保持（8. サービス提供における事業者の義務）に関しての説明を受け、指定居宅介護支援の提供開始に同意をし、交付を受けました。

利用者 住所 栃木県佐野市 _____

氏名 _____

代理契約者（ご家族代表者）

住所 _____

氏名 _____

同 意 書

ほのぼの 居宅介護支援事業所様

貴事業所及びその従事者が、業務上知り得た私及び私の家族等に関する個人情報、サービス担当者会議等で使用する等、正当な理由がある場合には、その情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 栃木県佐野市
氏名

利用者の代理人
（ご家族代表者） 住所
氏名