

# 居宅介護支援事業重要事項説明書

あなた（利用者）に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 藤の会
主たる事務所の所在地	〒311-1425 茨城県鉾田市湯坪2166番8
代表者（職名・氏名）	理事長 保立 武憲
設立年月日	平成27年9月1日
電話番号	0291-32-5322

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	居宅介護支援事業所 藤の家	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒311-1425 茨城県鉾田市湯坪2166番8	
電話番号	0291-32-8516	
指定年月日・事業所番号	平成27年9月1日指定	0875400194
管理者の氏名	富山 貴史	
通常の実業の実施地域	鉾田市	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- あなたは、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所については、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。
- あなたは、ケアプランに位置付けた事業所については、位置付けた理由を求めることが可能です。
- 公正中立性の確保のための取り組みとして、以下の説明を求めることができます。
  - ア 前6か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及び福祉用具貸与の各サービスの割合
  - イ 前6か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及び福祉用具貸与の各サービスにおける、同一事業者によって提供されたものの割合
- あなたの居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定居宅サービス事業者等との連結調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。ただし、入所申し込み申請等必要な手続きについては、特別な事情がない限り、ご自身またはご家族等に対応いただきます。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後17時30まで

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	員 数		
	常勤	非常勤	計
管理者 (主任介護支援専門員)	1人	0人	1人
介護支援専門員	1人	0人	1人

#### 7. 利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準（下表）によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は指定居宅介護支援提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて指定居宅介護支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

基本報酬

区分・要介護度		基本単 位	利用料	
居宅介 護支援費 (Ⅰ)	(i)介護支援専門員1人当りの利用者 数が45未満又は45以上である場合にお いての、45未満の部分	要介護1・2	1086	10,860円
		要介護 3・4・5	1411	14,110円
	(ii)介護支援専門員1人当りの利用者 数が45以上である場合においての、45 以上60未満の部分	要介護1・2	544	5,440円
		要介護 3・4・5	704	7,040円
	(iii)介護支援専門員1人当たりの利用 者数が45以上である場合においての、6 0以上の部分	要介護1・2	326	3,260円
		要介護 3・4・5	422	4,220円

加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本 単位	利用料	算定回数等
初回加算	300	3,000円	1月につき
入院時情報連携加算 (Ⅰ)	250	2,500円	利用者が病院又は診療所に入院日 に、必要な情報提供を行った場合(1 月につき)※運営規程に定める営業時 間終了後又は営業日以外の日に入院し た場合であって、当該入院した日の翌 日は可
入院時情報連携加算 (Ⅱ)	200	2,000円	利用者が病院又は診療所に入院して から3日以内に、必要な情報提供を行 った場合(1月につき)※運営規程に 定める営業時間終了後又は営業日以外 の日に入院した場合であって、当該入 院した日の翌日は可
退院・退所加算(Ⅰ) イ	450	4,500円	病院職員等から必要な情報の提供を カンファレンス以外の方法により1回 受けた場合(入院又は入所期間中1回 を限度)
退院・退所加算(Ⅰ) ロ	600	6,000円	病院職員等から必要な情報の提供を カンファレンスにより1回受けた場合 (入院又は入所期間中1回を限度)
退院・退所加算(Ⅱ) イ	600	6,000円	病院職員等から必要な情報の提供を カンファレンス以外の方法により2回 以上受け場合(入院又は入所期間中1 回を限度)
退院・退所加算(Ⅱ) ロ	750	7,500円	病院職員等から必要な情報の提供を カンファレンス以外の方法により2回 受けた(内1回はカンファレンスによ る)場合 (入院又は入所期間中1回を限度)

退院・退所加算（Ⅲ）	900	9,000 円	病院職員等から必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により3回以上受けた（内1回はカンファレンスによる）場合 （入院又は入所期間中1回を限度）
通院時情報連携加算	50	500 円	利用者1人につき1月に1回が限度
介護職員等処遇改善加算			介護人材の安定的な確保と、質の高いケアマネジメントの提供体制を構築する取り組みを行う事業所に対し、基本報酬、加算の単位数の合計に2.2%を乗じた単位数を加算。

※当事業所が運営基準減算（居宅介護支援の業務が適切に行われない場合の減算）に該当する場合は、上記金額の50/100となります。また2ヶ月以上継続して該当する場合には、算定しません。

※特定事業所集中減算（居宅サービスの内容が特定の事業者に不当に偏っている場合の減算）に該当する場合は、上記金額より2000円を減額することとなります。

※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の99/100となります。

※ 業務継続に向けての取り組みとして、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、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の99/100となります。

## 8. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 9. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

氏 名： 富山 貴史

連絡先（電話番号）： ① 0291-32-8516

② 090-4708-1650（事業所携帯）

## 10. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

事業所相談窓口	名 称	社会福祉法人 藤の会
	所在地	銚田市湯坪 2166 番 8
	電 話	0 2 9 1 - 3 2 - 8 5 1 6
	受付時間	午前 8 時 30 分より午後 5 時 30 分まで（祝日を含む）

(2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	保険者	銚田市介護保険課
	所在地	銚田市銚田1444-1
	電話	0291-33-2111(代表)
	公的団体窓口	茨城県国民健康保険団体連合会
	所在地	水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館内
	電話	029-301-1565(苦情関係)

### 11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったとき(入院など)は、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。
- (3) 入院をされた場合は退院後の円滑なサービスを開始するため、担当ケアマネジャーの氏名を必ず医療機関にお伝えくださいますようお願いいたします

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 住所 茨城県銚田市湯坪2166番8  
事業者(法人)名 社会福祉法人 藤の会  
代表者職・氏名 理事長 保立 武憲  
説明者職・氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者 住所  
氏名

署名代行者(又は法定代理人)

住所  
氏名

本人との続柄

立会人 住所  
氏名