

重 要 事 項 説 明 書

(居宅介護支援事業所)

〈 令和 6 年 4 月 1 日現在 〉

社会福祉法人 秀生会
かも居宅介護支援事業所
電話番号 0558-55-2202

厚生労働省令第 38 号第 4 条第 1 項の規定に基づき、当該業者の居宅介護支援の提供に関し、利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

◇◆ 目 次 ◆◆

- 1 事業者・事業所の概要
- 2 居宅介護支援の概要
- 3 利用料金
- 4 サービスの終了について
- 5 居宅介護支援に対する苦情
- 6 苦情解決体制

1 当事業所・事業者の概要

(1) 名称等

法人の名称	社会福祉法人 秀生会
法人の所在地	静岡県富士市厚原359番地8
電話番号	0545-72-5500
FAX番号	0545-73-1160
代表者氏名	理事長 中島佳奈美
設立年月日	平成11年1月25日

事業所の種類	居宅介護支援事業所
介護保険事業所番号	第2270100122号
指定年月日	平成12年3月1日 静岡県指定
事業所の名称	かも居宅介護支援事業所
事業所の所在地	〒410-3501 静岡県賀茂郡西伊豆町宇久須 2030番地の1
電話番号	0558-55-2202
FAX番号	0558-55-2210
居宅管理者氏名	高橋 美代子
事業開始年月日	平成12年4月1日

(2) 職員の概要

職種	職員数	勤務形態	職務内容等
管理者	1人	常勤 兼務 1人	介護支援専門員業務
介護支援専門員	1人	常勤 兼務 1人	

(3) 営業日及び営業時間、実施地域

営業日	月曜日～金曜日 ただし、祝祭日・年末年始（12/30～1/3）を除く。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分 ただし、緊急であり必要と認められた場合はこの限りではない
通常の実施地域	西伊豆町

2 居宅介護支援の概要

(1) 居宅介護支援の内容

項目	内 容、方 法 等
要介護認定等の申請代行	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の意思を踏まえ、申請に必要な援助を行います。 利用者の認定更新の申請が満了日の遅くとも30日前に行われるよう必要な援助を行います。
課題分析のためのアセスメントツール	<ul style="list-style-type: none"> ツールは全社協等を使用して、居宅サービス計画を作成します。
居宅サービス計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員は、サービスの内容、利用料金等の情報を提供し、利用者がサービスの選択ができるよう支援します。 利用者及びその家族と面接等を行い、居宅サービス計画原案を作成します。 保険給付の対象かどうかを区分した上で、その種類、内容、利用料について説明後、文書により利用者の同意を得ます。 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を求めます。
居宅サービス計画作成後の管理（居宅サービス計画の変更等）	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス計画作成後も計画の実施状況を把握し、必要時、計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を図ります。
サービス事業者等との連絡調整	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス計画に基づく居宅サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者とのサービス担当者会議、連絡調整を行います。
サービス担当者会議の開催	<ul style="list-style-type: none"> 原則として、次に掲げる場合は、やむを得ない理由がある場合を除き、サービス担当者会議を開催いたします。 居宅サービス計画を新規に作成する場合 要介護更新認定を受けた場合 要介護状態の区分の変更の認定を受けた場合 担当者会議において次に掲げる事項について、主治医、担当者、他の関係者に同意を得ている場合は、テレビ電話装置、その他の情報通信機器の活用を可能にする。 <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者の状態が安定していること。 ② 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができる（家族のサポートがある場合も含む） ③ テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他サービス事業との連携により情報を収集
介護保険施設への紹介	<ul style="list-style-type: none"> 利用者がその居宅における日常生活が困難になったと認める場合、介護保険施設への入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介を行います。
福祉用具・住宅改修等の相談	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及び家族との意思希望等を踏まえ、福祉用具・住宅改修の相談を専門的に行います。
訪問調査	<ul style="list-style-type: none"> 市町村からの委託を受けて行う訪問調査を行います。
居宅訪問回数	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員の居宅訪問回数は、特別な事情がない限り利用者1名に対して毎月1回以上訪問します。

医療系サービス利用時の主治医へのケアプラン交付について	・医療系サービスをケアプランに位置づける際には意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
口腔に関する問題や服薬状況等の状態について	・訪問介護事業所等から伝達された内容やモニタリング等の際に把握した状態等について主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
虐待防止委員会への参加	・虐待防止の理解を深めるため、施設内委員会や研修に参加し理解を深めます。

(2) 居宅介護支援の利用に当って

項目	内容
入院時における医療機関との連携を促進について	・入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するようお願いします。
訪問回数の多い利用者への対応について	・ケアマネジャーが統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数（注略）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることがあります。
サービス提供困難時の対応	<p>④ 介護支援専門員は、要介護認定者39人に対して1人の基準とされておりそれを超える場合には、サービス提供が難しいことがあります。</p> <p>⑤ 通常実施地域外の場合は、サービス提供が難しいことがあります。</p>
介護支援専門員について	<p>⑥ 介護支援専門員は、身分証明書を常に携帯し、利用者、家族から求められた時は、これを提示します。</p> <p>⑦ 介護支援専門員は、静岡県に介護支援専門員の登録を行い、登録番号を受けています。</p>
サービスの質向上のための方法	・介護支援専門員は、研修、講習等を通じ、自己啓発に努めます。
介護支援専門員を変更する場合の対応	・利用者の希望により、いつでも契約解除できます。
秘密の保持遵守	・正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
事故発生時の対応	・利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。
公正中立義務	<p>・利用者に提供される居宅サービスが特定の種類・事業者に偏ることのないようにし、あくまで公正中立に居宅介護支援を提供します。</p> <p>⑧ 利用者はケアプランに位置づ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できます。</p> <p>⑨ 利用者は当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが出来ます。</p>
居宅サービス事業所とサービス事業所の紹介、選定について	<p>・利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。</p> <p>・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定利用の説明を求めるすることができます。</p>

3 利用料金

(1) 利用料 原則として利用者には利用料を請求しません。

ただし、利用者の被保険者証に支払方法変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスを償還払いとする旨の記載）があったときは、1ヶ月につき下記の金額をいただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口に提出して、払い戻しを受けてください。

要介護度	利用料
要介護1・2	10,860円
要介護3・4・5	14,110円

加算体制

初回加算	3,000円／月
入院時情報提供連携加算（I）	2,500円／月
入院時情報提供連携加算（II）	2,000円／月
退院・退所加算（I）イ	4,500円／回
退院・退所加算（I）ロ	6,000円／回
退院・退所加算（II）イ	6,000円／回
退院・退所加算（II）ロ	7,500円／回
退院・退所加算（III）	9,000円／回
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円／月
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円／回
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000円／回
特別地域居宅介護支援加算	所定単位数の15%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%
通院時情報連携加算	500円／月

(2) 交通費

サービスを提供する通常の実施地域にお住まいの方	無 料
上記以外にお住まいの方	実施地域を越えてから片道概ね1キロメートルあたり 10円 ＊中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を算定する場合は除く。

(3) その他費用（要介護認定申請代行費）

なし

(4) 支払方法 利用者が当事業所に料金を支払うこととなる場合の支払方法については、月ごとの清算とします。毎月 15 日までに前月分の請求をしますので、30 日以内にお支払い下さい。お支払い方法は、銀行口座引落となります。

4 サービスの終了について

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

あなたはいつでも契約を解約できますが、次の場合には、解約料をいただきます。

ア 契約後、介護サービス計画作成段階途中で、利用者の申し出により解約した場合	要介護 1・2	10,860 円
	要介護 3・4・5	14,110 円
	初回加算	3,000 円
	入院時情報連携加算（I）	2,000 円
	入院時情報連携加算（II）	1,000 円
	退院・退所加算（I）イ	4,500 円
	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
	緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円
	（看護）小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000 円
	特別地域居宅介護支援加算	15% 加算
イ 市町村への介護サービス計画の届出終了後に解約した場合	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5% 加算
	解約料はかかりません。	

この他、当事業所は、利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるときは、直ちに、この契約を解約することができます。

(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この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。この場合は、サービスの提供終了 1 ヶ月前までに文書で利用者に通知するとともに、他の指定居宅介護支援事業者等に関する情報を利用者に提供いたします。

(3) 自動終了

次の場合には、自動的にサービスを終了します。

- ア 利用者が介護保険施設に入院又は入所した場合
- イ 利用者の介護認定区分が、非該当、要支援1・2の場合
- ウ 利用者が亡くなった場合
- エ 利用者の居宅サービス支援を2ヶ月間停止した場合

5 居宅介護支援に対する苦情

当事業所の居宅介護支援及び当事業所が作成した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、サービスの内容に関すること、介護支援専門員に関すること、利用料金に関することなど、苦情相談を承ります。お気軽にご相談ください。

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

その他、市町村や国民健康保険団体連合会（国保連）窓口に苦情を申し立てることができます。

静岡県賀茂郡西伊豆町健康福祉課	0558-52-1116
静岡県国民健康保険団体連合会	054-253-5590
静岡県福祉サービス運営適正化委員会	054-653-0840
静岡県賀茂郡松崎町健康福祉課	0558-42-3966
静岡県伊豆市長寿介護課	0558-74-0150

6 苦情解決体制

当事業所では、以下のように苦情解決のための体制を整備し、実施いたします。

* 「苦情申し出窓口」を次のように設置いたしております。

- 1、苦情解決責任者 佐藤 友康（施設長）
- 2、苦情受付担当者 高橋 美代子（管理者 介護支援専門員）
- 3、連絡先

静岡県賀茂郡西伊豆町宇久須2030番地の1 かも居宅介護支援事業所
電話番号 0558-55-2202

4、第三者委員

- (1) 西宮 恵夫 電話番号 0558-56-0430
- (2) 斎藤 チヅル 電話番号 0558-45-0871

* 苦情受付の方法

① 苦情の受付

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が受付します。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告、確認

苦情受付担当者が受けた苦情を、苦情解決担当者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申し

出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申し出人は、第三者委員の助言や立会いによる話し合いを次により行います。

- ア 第三者委員による苦情内容の確認
- イ 第三者委員による解決案の調整、助言
- ウ 話合いの結果や改善事項の確認

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

(事業所)

〒410-3501

所在地 静岡県賀茂郡西伊豆町宇久須 2030 番地の 1

名称 かも居宅介護支援事業所

説明者

印

この説明により、居宅介護支援に関する重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所

氏名

印

(家族)

住所

氏名

印