

重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

事業者： 合同会社 以心

居宅介護支援事業所重要事項説明書

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 (0282-27-6587) (月～金曜日 午前9:00～午後5:00)

担当 介護支援専門員 佐藤 牧子 / 管理責任者 佐藤 牧子

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所の事業所名およびサービス提供地域

事業所名	以心在宅ケア
所在地	栃木市大宮町 2544 番地7
サービスを提供する実施地域※	栃木市 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

管理者 常勤1名 (兼任) 主任介護支援専門員 常勤1名

(3) 営業時間

月～金曜日 午前9時から午後5時まで

※ (土日曜・祝日・8月13日～8月15日・12月29日～1月3日は休業)

(4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3. 事業目的及び運営方針

(1) 利用者が可能な限りその有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう支援します。

(2) 利用者の心身状態、環境に応じて、自らの選択に基づき、医療、保健、福祉、その他社会資源等の連携に配慮し、適切で多様なサービスが総合的、効果的に提供されるよう支援します。

(3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常にその立場に立ってサービスが特定の種類、特定の事業所に不当に偏することのないよう公正中立に支援します。

(4) 利用者の要介護認定等にかかわる申請に対し、その意思を踏まえた支援を行います。

(5) 介護保険施設等への紹介を求められたとき、また在宅での生活が困難になったとみとめられる場合、施設への紹介や連携をはかります。

4. 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ

(1) 利用者及びその家族は居宅サービス計画書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、並びにその居宅サービス計画書に位置付けられた理由を求めることが可能です。

(2) 介護支援専門員は初回訪問時、または利用者や家族から求められたときは、携行する身分証明書を提示します。

(3) 当事業所は虚偽や不正の行為によって保険給付を受け、また受けようとしたとき、業務の提供を拒否することができます。

付属別紙2「サービス提供の標準的な流れ」参照

5. 利用料金

(1) 利用料(ケアプラン作成料)

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険(法定代理受理)により全額給付されますので自己負担はありません。ただし、保険料の滞納により法定代理受領が当事業所に支払われない場合は、該当の利用料金をお支払いいただきます。

(2) 交通費

サービス提供地域(栃木市)にお住まいの方は無料です。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

6. 秘密保持

事業者、介護支援専門員は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために個人情報サービスをサービス担当者会議で用いることを、本契約をもって同意とみなします。

7. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情窓口

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

いて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。管理者までお申し出ください。

(2) その他の窓口

当事業所以外に市町村の窓口等に苦情を伝えることができます。

栃木市役所 高齢介護課 電話 0282-21-2251

栃木県国民健康保険団体連合会 電話 028-643-2220

(ア) 苦情処理手順方法

- ① 苦情の申立書を受付ける
- ② 当事業所が苦情に関する調査を行う
- ③ その調査結果を受けて事業所が改善すべき事項を検討する
- ④ 改善すべき事項をもとに当該事項に関する指導を実施する
- ⑤ その結果を利用者又はそのご家族へ報告する

8. 非常災害対策

事業所は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

9. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供にあた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。

10. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの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) 介護支援員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 病院や診療所に入院する必要がある場合は、事業所名、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先の病院等にお伝えください。
- (3) 救急搬送時の救急車同乗はいたしません。

11. 当法人の概要

法人種別・名称	合同会社以心
代表者名	代表社員 佐藤 牧子
設立	2019年2月25日
所在地	栃木県栃木市大宮町 2544 番地7
電話	0282-27-6587
事業内容	居宅介護支援事業

(付属別紙1)

要介護認定前に居宅介護支援の提供が行われる場合の特例事項に関する重要事項説明書

利用者が要介護認定申請後、認定結果がでるまでの間、利用者自身の依頼に基づいて、介護保険による適切な介護サービスの提供を受けるために、暫定的な居宅サービス計画の作成によりサービス提供を行う際の説明を行います。

1. 提供する居宅介護支援について

- ・ 利用者が要介護認定までに、居宅介護サービスの提供を希望される場合には、この契約の締結後迅速に居宅サービス計画を作成し、利用者にとって必要な居宅サービス提供のための支援を行います。
- ・ 居宅サービス計画の作成にあたっては、計画の内容が利用者の認定申請の結果を上回る過剰な居宅サービスを位置づけることのないよう、配慮しながら計画の作成に努めます。
- ・ 作成した居宅サービス計画については、認定後に利用者等の意向を踏まえ、適切な見直しを行います。

2. 要介護認定後の契約の継続について

- ・ 要介護認定後、利用者に対してこの契約の継続について意思確認を行います。このとき、利用者から当事業所に対してこの契約を解約する旨の申し入れがあった場合には、契約は終了し、解約料はいただきません。
- ・ また、利用者から解約の申し入れがない場合には、契約は継続します。

3. 要介護認定の結果、自立(非該当)または要支援となった場合の利用料について

要介護認定等の結果、自立(非該当)又は要支援となった場合は、利用料をいただきません。

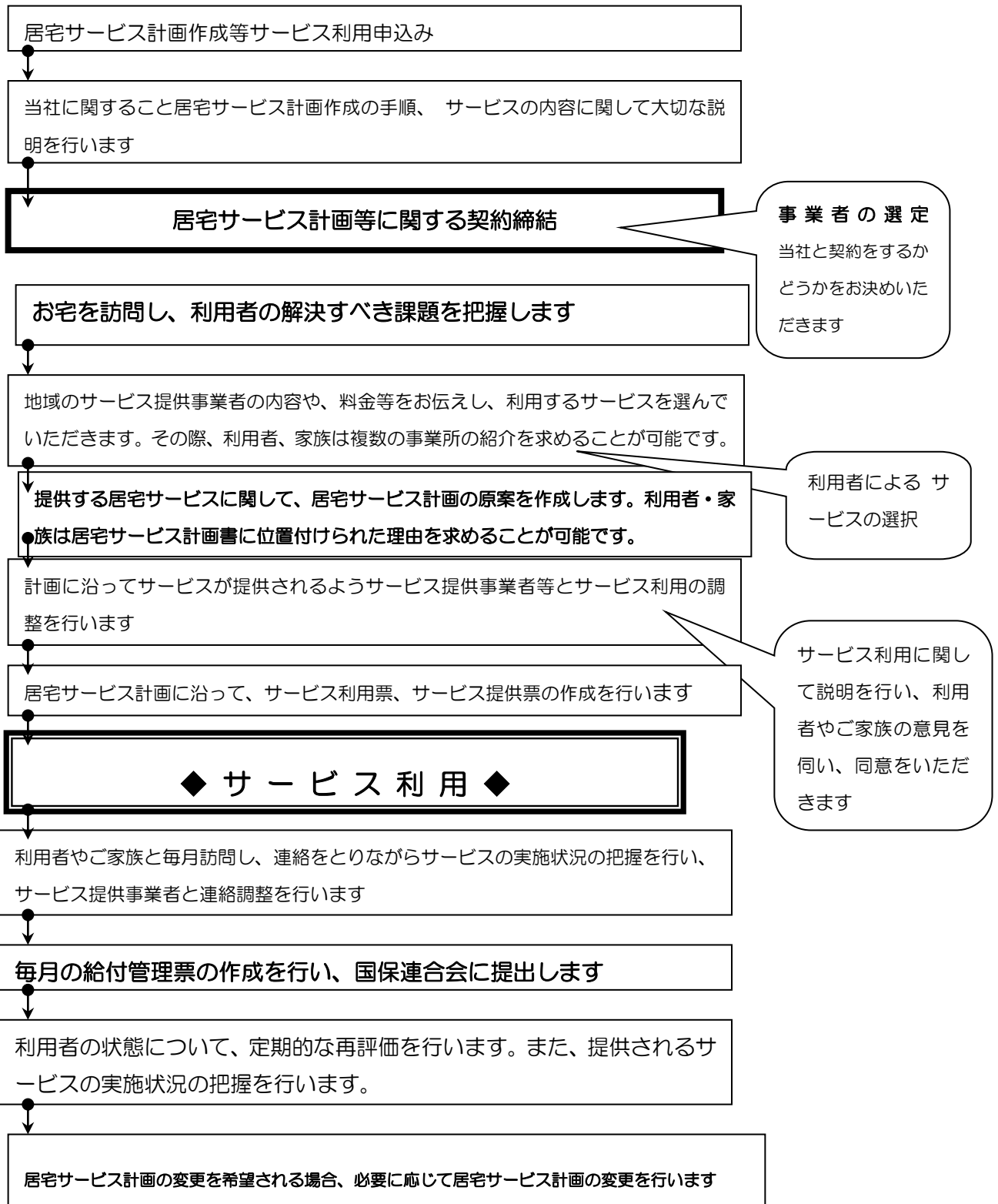
4. 注意事項

要介護認定の結果が不明なため、利用者は以下の点にご注意いただく必要があります。

- (1) 要介護認定の結果、自立(非該当)又は要支援となった場合には、認定前に提供された居宅介護サービスに関する利用料金は、原則的に利用者にご負担いただくこととなります。
- (2) 要介護認定の結果、認定前に提供されたサービスの内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合には、保険給付とならないサービスが生じる可能性があります。この場合、保険給付されないサービスにかかる費用の全額を利用者においてご負担いただくこととなります。

(付属別紙2)

サービス提供の標準的な流れ



(居宅介護支援利用料)

◆ 利用料

居宅介護支援に係る利用料については、介護保険制度から全額が給付されるため、原則として自己負担はありません。

ただし、介護保険料の滞納等の事情により法定代理受領サービスでなくなった場合には、一旦費用の全額を負担していただくこととなります。

① 介護支援専門員取扱件数 45 件未満の場合

※ 要介護1・2 1086 単位 要介護3・4・5 1411 単位

② 45 件以上 60 件未満の場合

※ 要介護1・2 544 単位 要介護3・4・5 704 単

③ 加算を算定した場合

初回加算 1ヶ月につき 300 単位

入院時情報連携加算(Ⅰ) 1ヶ月につき1回を限度 250 単位

入院時情報連携加算(Ⅱ) 1ヶ月につき1回を限度 200 単位

退院・退所加算(Ⅰ)イ 入院または入所期間中1回を限度 450 単位

退院・退所加算(Ⅰ)ロ 入院または入所期間中1回を限度 600 単位

退院・退所加算(Ⅱ)イ 入院または入所期間中1回を限度 600 単位

退院・退所加算(Ⅱ)ロ 入院または入所期間中1回を限度 750 単位

退院・退所加算(Ⅲ) 入院または入所期間中1回を限度 900 単位

※ 通院時情報連携加算 1ヶ月につき 50 単位

緊急時等居宅カンファレンス加算 1ヶ月に2回を限度 200 単位

ターミナルケアマネジメント加算 1ヶ月につき 400 単位

2024年4月～

本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

居宅介護支援の提供開始に際し、利用者に対して重要事項について説明しました。

年 月 日

【 事 業 者 】 合同会社以心

⑩

【 事 業 所 】 以心在宅ケア

【 説 明 者 】 氏名 佐藤 牧子

⑩

事業者から居宅介護支援についての重要事項について説明を受け、同意しました。

年 月 日

【 利 用 申 込 者 】

住 所

氏 名

⑩

【 利 用 者 家 族 】

住 所

氏 名

(続柄)

⑩

【 代 理 人 】

住 所

氏 名

(続柄)

⑩
