

居宅介護支援重要事項説明書

1 運営法人の概要

法人名	有限会社 恵の会
代表者名	代表取締役 井上 哲広
法人所在地	〒870-1112 大分県大分市大字下判田 205 番地 8
電話番号	097-551-2009
FAX番号	097-551-2024
設立年月日	平成18年1月17日

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所の名称	介護保険サービスセンター和奏
事業所番号	大分県 4470301468 号 令和 4 年 6 月 1 日指定
事業所の種類	指定居宅介護支援事業所
事業所の所在地	〒871-0004 大分県中津市大字上如水 379 番地
電話番号	0979-64-7483
FAX番号	0979-32-7322
管理者名	熊埜御堂 真由美

(2) 事業所の職員体制

管理者	常勤（兼務） 1 名（介護支援専門員と兼務）
介護支援専門員	常勤 2 名以上（1 名は管理者と兼務）

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	中津市、宇佐市、日出町
---------	-------------

※上記以外でもご希望の方はご相談下さい。

(4) 営業日

営業日	月曜日～金曜日 9:00～17:00
休日	土曜日、日曜日、国民の祝日、12月30日～1月3日、8月13日～8月15日

3 提供する居宅介護支援サービスの内容、提供方法

(1) 居宅サービス計画書（ケアプラン）の作成

契約者の居宅を訪問して、契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保険医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

(2) 公正中立なケアマネジメントの確保

契約者の意思に基づいた契約であることを確保するため、契約者は居宅サービス計画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す。また、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることができます。

(3) 入院時における医療機関との連携

入院時における医療機関との連携を推進する観点から、医療機関へ入院される際には、担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関にお知らせいただくよう、お願いいたします。

〈居宅サービス計画の作成の流れ〉

- ①事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます。
- ②居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者またはその家族等に対して提供して、契約者にサービスの選択を求めます。
- ③介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供するうえでの留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ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うえで、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族に対して説明し、契約者の同意を得たうえで決定するものとします。

(2) 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ①契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 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との連絡調整を行います。
- ③契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

(3) 居宅サービス計画の変更

契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

(4) 介護保険施設への紹介

契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合または契約者が介護保険施設への入院または入所を希望される場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

4 費用

(1) サービス利用料金

要介護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、自己負担金はありません。

ただし、契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することが出来ない場合は、下記のサービス利用料金の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

取扱い件数区分	要介護度区分	
	要介護 1・2	要介護 3～5
介護支援専門員 1 人当たりの利用者の数が 45 人未満の場合	居宅介護支援費 I (i) 10,860 円	居宅介護支援費 I (i) 14,110 円

介護支援専門員1人当たりの利用者の数が45人以上の場合において、45以上60未満の部分	居宅介護支援費I(ii) 5,440円	居宅介護支援費I(ii) 7,040円
介護支援専門員1人当たりの利用者の数が45人以上の場合において、60以上の部分	居宅介護支援費I(iii) 3,260円	居宅介護支援費I(iii) 4,220円

- ※ 当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の50/100となります。また、特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より2,000円を減額することとなります。
- ※ 45人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、45件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅱ又はⅢを算定します。
- ※ 同一建物に居住する利用者のケアマネジメントを行った場合は、上記金額の95/100となります。
- ※ 高齢者虐待防止措置ができていない場合は、上記金額の99/100となります。
- ※ 業務継続計画を未策定の場合は、上記金額の99/100となります。(令和7年3月31日までは適用なし)

	加 算	加算額	内 容 ・ 回 数 等
要介護度による区分なし	初 回 加 算	3,000円	新規に居宅サービス計画を作成する場合 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
	入 院 時 情 報 連 携 加 算 I	2,500円	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(I)
	入 院 時 情 報 連 携 加 算 II	2,000円	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(II)

退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,500円	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合。 （Ⅰ）イ 連携1回 （Ⅰ）ロ 連携1回（カンファレンス参加による） （Ⅱ）イ 連携2回以上 （Ⅱ）ロ 連携2回（うち1回以上カンファレンス参加） （Ⅲ） 連携3回以上（うち1回以上カンファレンス参加）
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	
通院時情報連携加算	500円	1月につき
特定事業所加算（Ⅰ）	5,190円	「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（一月につき）
特定事業所加算（Ⅱ）	4,210円	
特定事業所加算（Ⅲ）	3,230円	
特定事業所加算（A）	1,140円	
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円	在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者提供した場合
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整した場合

(2) 交通費

通常の事業実施地域以外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費を請求します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の事業実施地域を超えてから、おおむね片道1kmごとに30円を請求します。

(3) 利用料金のお支払い方法

(1)の料金、費用は、1ヵ月ごとに計算し、請求しますので、翌月末日までに以下の方法でお支払いください。

指定口座への振り込み（振り込み手数料は契約者負担）

豊和銀行 牧支店

普通口座 1131932

有限会社 恵の会 (ユケンカイヤクミノカイ)

前期(2)の交通費は、サービス利用終了時に、その都度お支払ください。

※入金確認後、サービス提供証明書と領収書を発行します。

5 サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

(2) 事業所の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。介護支援専門員を交替する場合は、契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) 選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、契約者から特定の介護支援専門員の指定はできません。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所苦情相談窓口	受付時間 9:00～16:00 毎週月曜日～金曜日 担当者 熊埜御堂 真由美 TEL 0979-64-7483
------------	--

7 人権擁護、虐待に関する情報提供・相談窓口

当事業所人権擁護・虐待相談窓口	受付時間 9:00～16:00 毎週月曜日～金曜日 担当者 熊埜御堂 真由美 TEL 0979-64-7483
-----------------	--

居宅介護支援（ケアマネジメント）を利用する契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求めます。

お客様ご署名

様

代理人ご署名

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名


居宅介護支援（ケアマネジメント）を利用するにあたり、重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、上記のとおり契約を締結します。

また、契約書第9条に規定する個人情報の使用について同意します。


上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日


事業者

住 所	大分県大分市大字下判田 205 番地 8
事業者名	有限会社 恵の会 代表取締役 井上 哲広 


契約者

住 所	
氏 名	

契約者代理人

住 所	
氏 名	

身元引受人

住 所	
氏 名	

第9条に規定する個人情報の使用について家族の同意が必要な場合

第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

住 所	
契約者との続柄	
家族の氏名	