

社会福祉法人 一真会
介護の相談所「花むつみ」居宅介護支援事業所
重 要 事 項 説 明 書

介護保険の指定を受けています
居 宅 介 護 支 援
指定年月日：平成24年9月15日
(横手市指定：第0570321265号)

当事業所は、居宅介護支援を開始するにあたり、事業所の概要・提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 介護の相談所 花むつみの概要

(1) 事業者

事業者名称	社会福祉法人 一真会
事業者所在地	〒019-0514 秋田県横手市十文字町睦合字川井川47番地
電話番号	TEL 0182-55-3315 FAX 0182-55-3316
代表者氏名	理事長 佐々木良和
設立年月日	平成22年5月12日

(2) 事業所の概要

事業所名称	介護の相談所 花むつみ	
事業所所在地	〒019-0514 秋田県横手市十文字町睦合字川井川47番地	
電話番号	TEL 0182-23-5762 FAX 0182-38-8706	
管理者氏名	佐藤弘美 (主任介護支援専門員)	
介護保険 事業所指定	種類	居宅介護支援
	番号	0570321265

(3) 運営の方針

当事業所の介護支援専門員が介護を必要とされるご契約者及びその家族等からの相談を承ります。

具体的には下記の諸点に留意して取り組みます。(運営方針)

- ①ご利用者が可能な限り家庭で、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配慮して援助に務めます。
- ②ご利用者の心身の状況や環境等に応じて、自らの選択に基づき、医療・保健・福祉の施設・機関、行政、事業者の連携に配慮し、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介護計画を作成します。
- ③ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者およびその家族等の立場に立って、サービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏することのないよう公正中立をモットーとします。
- ④ご利用者の要介護認定等に係る申請に対して、ご利用者の意思をふまえた援助を心がけ、介護保険(要介護・要支援)認定の申請の有無を確認し、その支援も行います。
※当サービスのご利用は、原則として介護保険(要介護・要支援)認定の結果、要介護と認定された方が対象となります。介護保険(要介護・要支援)認定をまだ受けていない方でもご相談によりサービスの利用は可能です。

(4) 介護支援専門員の勤務体制

管理者	1名(兼任) / 主任介護支援専門員
介護支援専門員	1名 ※ただし業務の状況に応じて増員します。
事務員	(兼務) 介護支援専門員の補助の業務にあたります。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(5) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (但し、国民の祝日、8月13日～16日及び12月30日～1月3日迄を除く) ※8/13～16日及び12/30～1/3日については年度により変更となる場合があります。
営業時間	平日：午前9時00分～午後5時00分

※上記営業日、営業時間の他、電話等により24時間連絡が可能ですのでご相談下さい。

2. 居宅介護支援の提供方法及び内容

(1) 提供方法及び依頼事項等

- ①介護支援専門員は公正中立な立場を第一とし、ご契約者・ご家族の意思を尊重します。また、ご利用者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、複数の事業所の紹介を求める事が可能であり、また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す。
- ②当事業所の介護支援専門員は、初回訪問時またはご契約者・ご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被保険者資格と要介護認定等の有無、認定区分と要介護認定等の有効期間など当事業所が確認して、期限切れなどないようにチェックします。
- ④要介護認定等の申請業務に関し必要な援助を行います。また、認定更新等の申請は、現在の有効期間が満了する1か月前にはお知らせして滞りのないようお手伝いします。
- ⑤ご利用者又はご家族は、ご利用者が病院等に入院する必要がある場合には、当事業所の担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を、当該病院等に必ずお伝えしてください。
- ⑥当事業所は、下記に該当するような場合、契約を解除することができます。
ア 偽りとその他不正の行為によって保険給付を受け、または受けようとしたとき。
以上に該当する場合には、遅滞なく意見を付してその旨を当該保険者に通知することとします。
- ⑦居宅介護支援の実施について記録を作成し、その完結の日から5年間保管し、契約者又は代理人より請求があった場合は、閲覧又はその複写物を交付します。

(2) 居宅介護支援の内容

- ①居宅介護サービス計画の作成
 - ア) 「介護支援専門員」有資格者の配置
 - イ) ご契約者・ご家族への情報提供
 - ウ) ご契約者の実態把握
 - エ) アセスメント・課題分析票の種類 (居宅サービス計画ガイドライン)
 - オ) 居宅サービス計画の原案作成
 - カ) サービス担当者会議の開催
 - キ) ご契約者の同意 (サービスの種類、内容、費用等の説明と同意)
 - ①サービス実施状況の継続的な把握、評価の実施
 - ②介護保険施設の紹介等

3. ケアプランにおける各サービスの利用状況

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す。

4. 居宅サービス計画の変更

ご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、事業者とご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。

5. 介護保険施設への紹介

ご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又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

6. 利用料及びその他の費用の額

原則、自己負担額はありません。(法定代理受領により保険者より当事業者に対して支払われます。) ただし、介護保険料の滞納等により、介護保険給付が当事業所に支払われない場合は、別紙の利用料金をお支払い下さい。

「通常の事業実施地域」以外の方からの依頼については、交通費実費を申し受けます。

7. 通常の事業の実施地域 : 横手市全域

8. 秘密の保持

事業所の介護支援専門員やその他の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご契約者及びその家族等の秘密を漏らしません。また秘密保持のための監視を常に怠りません。

9. 事故発生時の対応

当事業所は、万全の体制で指定居宅介護支援のサービス提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご契約者及びその家族等に、ご連絡するとともに、事故に遭われた方への救済、事故拡大の防止などの必要な措置を講じます。また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに対応致します。

10. 苦情処理の体制

(1) 当事業所の苦情受付

苦情の受付は、口頭でも、窓口を設置した苦情受付の要望箱でも受け付けております。ご契約者及びその家族等の要望に応えられるよう迅速に対応致します。

窓口担当者	介護支援専門員(管理者) 佐藤弘美
受付時間・電話番号	月～金曜日 9:00～17:00 TEL/FAX兼 0182-23-5762
苦情解決第三者委員	当法人では苦情解決第三者委員を設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

横手市市民福祉部 まるごと福祉課	所在地：秋田県横手市中央町8番2号 電 話：0182-35-2134 FAX：0182-32-9709 受付時間：午前8時30分～午後5時15分迄 (月～金曜日)
秋田県国民健康保険連合会	所在地：秋田市山王四丁目2-3 電 話：018-862-6864 FAX：018-883-1551 受付時間：午前9時～午後5時迄(月～金曜日)
秋田県運営適正化委員会 (秋田県福祉相談支援センター)	所在地：秋田市旭北栄町1-5(秋田市社会福祉会館内) 電 話：018-864-2726 FAX：018-864-2742 受付時間：午前9時～午後5時迄(月～金曜日)

11. その他

(1) 隣接事業 : 当施設では、次の事業を隣接して実施しています。

- ①事業所名：特別養護老人ホーム 花むつみ(定員29名ユニット型)
- ②事業所名：小規模多機能の家 花むつみ(登録定員29名)
- ③事業所名：風薫る宿 花むつみ(ショートステイ)(定員28名)
- ④事業所名：炭酸の湯ほっとデイ花むつみ(デイサービス)(定員10名)

別紙

介護の相談所 花むつみ
利用料金表

(R6.4.1 現在)

1. 居宅介護支援費

項目	金額 (月額)
基本料金	
要介護1 又は要介護2	10,860円
要介護3 から要介護5	14,110円
加算料金 (※ご利用者又は事業所の状況に応じて加算されます)	
中山間地域小規模事業所加算 (利用者総数20名以下の場合)	基本料金の10%
初回加算	3,000円
特定事業所加算 (一定条件の下、評価された事業所に加算)	(I) 5,190円 (II) 4,210円 (III) 3,230円 (A) 1,140円
特定事業所医療介護連携加算	1,250円
入院時情報連携加算	(I) 2,500円 (II) 2,000円
退院・退所加算 (入院又は入所期間中1回を限度)	(I) イ 4,500円 (I) ロ 6,000円 (II) イ 6,000円 (II) ロ 7,500円 (III) 9,000円
通院時情報連携加算	500円
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円/回 月2回まで
ターミナルケアマネジメント加算 (死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅の訪問等行った場合)	4,000円
通常の事業地域を越えて行うサービス	20円/km

※原則自己負担額はありません。
ただし、介護保険料の滞納等により、介護保険給付が当事業所に支払われない場合は、上記の利用料金をお支払ください。

【重要事項説明確認・同意欄】 (※押印不要 ※自署)

私は、居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、交付いたしました。

令和 年 月 日

〈説明者〉 介護の相談所「花むつみ」居宅介護支援事業所
介護支援専門員 _____ 印

私は、居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明及び本書面の交付を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

〈利用者〉氏 名 _____

〈利用者の家族代表〉氏 名 _____

〈代理人(※上記と同じ場合は省略)〉氏 名 _____