

居宅介護支援重要事項説明書

平成 30 年 4 月 1 日現在

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号	00-0000-0000 携帯 000-0000-0000
担当者	

9 時～18 時まで
携帯は 24 時間対応

2. 当事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	居宅介護支援事業所
所在地	〒000-000
介護保険指定番号	0000000000 都道府県名
通常の事業の実施地域	市町村

(2) 事業所の職員体制

管理者・主任介護支援専門員(常勤) ○○○○

事務職員(常勤) ○○○○

介護支援専門員(非常勤) ○○○○

(3) 営業日および営業時間

営業日 月曜～金曜(土曜・日曜・祭日及び 12/29～翌 1/3、8/12～8/16 の間は休業)

営業時間 9 時～18 時

3. 居宅介護支援の内容

(1) インテークワーク

初回の相談依頼を受けて、利用者、家族と面談します。

(2) アセスメント

利用者の居宅を訪問して利用者、家族と面談した上で課題の分析をします。

(3) 居宅サービス計画原案の作成

アセスメント後居宅サービス計画原案の作成をします。

(4) サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画原案を基に利用者、家族、専門職等とサービス担当者会議を開催します。

(5) 文書による同意

サービス担当者会議にて居宅サービス計画書の検討後利用者又は家族より文書による同意を受けて交付します

(6) モニタリングの実施

少なくとも月 1 回、利用者宅を訪問し面談してモニタリングを実施し結果を記録します。

(7)居宅サービス計画の変更

利用者の状態が変化した場合等は速やかに居宅サービス計画の変更のための、上記(2)から(5)の実施をします。

(8)居宅介護支援に係る事業所の義務について

- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。
- ・ 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。
- ・ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の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には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。
- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の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。
- ・ 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所等の選定理由の説明を求められます。

4. 利用料金

(1)利用料

要介護を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。

* 保険料の滞納等により、法定代理受領をできなくなった場合は、下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を、後日住所地の市区町村窓口にて提供しますと、厚生労働大臣が定める基準により算出した居宅介護並びに居宅支援サービス計画費の額の戻しを受けられます。金額は1ヶ月につき

居宅介護支援費		10,530 円(1,053 単位×10.00 円) 要介護 1.2
		13,680 円(1,368 単位×10.00 円) 要介護 3.4.5
加 算 費 用	初回加算	3,000 円(300 単位×10.00 円) 対象月のみ
	入院時情報連携加算(I)	2,000 円(200 単位×10.00 円) 対象月のみ
	入院時情報連携加算(II)	1,000 円(100 単位×10.00 円) 対象月のみ
	退院・退所加算	4,500 円～9,000 円(450 単位×10.00 円) 対象月のみ
	ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円(400 単位×10.00 円) 対象月のみ
	(看護)小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000 円(300 単位×10.00 円) 対象月のみ

(2)交通費

前記の2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費が必要で、その詳細は下記の通りです。

移動手段	交通費
① 公共交通機関	実費
②車	1キロあたり16円(通常の実施地域を超えた地点から)

(3)解約料

ご利用者のご都合により解約をした場合は、下記の料金をいただきます。

契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約した場合(基本費用)	10,530円(1,053単位×10.00円) 要介護1.2 13,680円(1,368単位×10.00円) 要介護3.4.5
国民健康保険団体連合会への給付管理票の提出終了後に解約をした場合	料金は一切かかりません

5. サービス内容に関する苦情

相談窓口では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。

別に下記の当事業所以外の、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

窓口	担当	住所	電話
居宅介護支援事業所	相談苦情担当		
市役所	介護保険課		
国民健康保険団体連合会	介護保険課		

6. 秘密の保持

- ①当事業所は、業務上知り得たご利用者とそのご家族の秘密を厳守致します。
- ②当事業所は、介護支援専門員その他従業者であった者から、業務上知り得たご利用者とそのご家族の秘密が漏れることのないよう、管理を徹底いたします。
- ③当事業所は、サービス担当者会議等におきまして、ご利用者の個人情報を用いる場合は、あらかじめご利用者またはそのご家族からの同意をいただきます。

7. 事故発生時の対応等

当事業所がご利用者に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、市区町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所がご利用者に対して提供しました居宅介護支援により、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 当法人の概要

名称・法人種別	
代表者役職・氏名	
法令遵守責任者氏名	
本社所在地・電話番号	

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び重要事項について説明しました。

説明日 平成 30 年 4 月 1 日

事業者 【住所】

【事業者名】

代表者 印

【重要事項説明者】

介護支援専門員 印

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

利用者 【住所】

【氏名】

印

家族代表 【住所】

【氏名】

印

事業者、利用者双方の署名・押印をし、それをもって上記の重要事項の確認を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者 1 通ずつ保有するものとします。