

# 重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： (株)ケアサポートふきのとう

# 居宅介護支援事業所重要事項説明書

[令和6年3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 (0266-28-5307)

担当 介護支援専門員 田嶋 富貴 / 管理責任者 田嶋 富貴

ご不明な点等お問い合わせください。

## 2. 居宅介護支援事業所の概要

### (1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ケアサポートふきのとう
所在地	長野県諏訪郡下諏訪町3134-7
事業所の指定番号	居宅介護支援事業 (諏訪広域連合 第2072300524号)
サービスを提供する実施地域※	下諏訪町・諏訪市・岡谷市

※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1名 (介護支援専門員と兼務)

介護支援専門員 1名 (管理者と兼務)

事務員 1名 (兼務)

### (3) 営業時間

月曜日～金曜日 午前8時30分から17時30分まで

※ (土・日曜日・祝日・12月29日～1月3日は休業)

ただし、緊急の場合は電話で対応します。

### (4) 事業計画及び運営状況等について

事業計画及び運営状況等については、利用者及びその家族等から求めがあれば閲覧することができます。

## 3. 居宅介護支援申込みからサービス提供までの流れ

付属別紙2「サービス提供の標準的な流れ」参照

## 4. 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、介護保険から全額給付される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できなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて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保険者の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

(居宅介護支援利用料)

① 介護支援専門員取扱件数 40 件未満の場合

要介護 1・2 10,760 円      要介護 3・4・5 13,980 円

② 介護支援専門員取扱件数 40 件以上 60 件未満の場合

要介護 1・2 5,390 円      要介護 3・4・5 6,980 円

③ 介護支援専門員取扱件数 40 件以上の場合 60 件以上の部分

要介護 1・2 3,230 円      要介護 3・4・5 4,180 円

ICT 活用または事務職員の配置を行っている場合

① 介護支援専門員取扱件数 45 件未満の場合

要介護 1・2 10,760 円      要介護 3・4・5 13,980 円

② 介護支援専門員取扱件数 45 件以上 60 件未満の場合

要介護 1・2 10,760 円      要介護 3・4・5 11,300 円

③ 介護支援専門員取扱件数 45 件以上の場合 60 件以上の部分

要介護 1・2 5,220 円      要介護 3・4・5 3,130 円

④ 加算を算定した場合

初回加算 1ヶ月につき 3,000 円

入院時情報連携加算 (I) 1ヶ月につき 2,000 円

入院時情報連携加算 (II) 1ヶ月につき 1,000 円

退院・退所加算 (I) イ 入院または入所期間中 1 回を限度に 4,500 円

退院・退所加算 (I) ロ 入院または入所期間中 1 回を限度に 6,000 円

退院・退所加算 (II) イ 入院または入所期間中 1 回を限度に 6,000 円

退院・退所加算 (II) ロ 入院または入所期間中 1 回を限度に 7,500 円

退院・退所加算 (III) 入院または入所期間中 1 回を限度に 9,000 円

通院時情報連携加算 1ヶ月につき 500 円

特定事業所加算 (I) 1ヶ月につき 5,050 円

特定事業所加算 (II) 1ヶ月につき 4,070 円

特定事業所加算 (III) 1ヶ月につき 3,090 円

特定事業所加算 (A) 1ヶ月につき 1,000 円

特定事業所医療介護連携加算 1ヶ月につき 1,250 円

ターミナルケアマネジメント加算 1ヶ月につき 4,000 円

緊急時等居宅カギ加算 1ヶ月につき 2,000 円

新型コロナウイルス

感染症への対応 1ヶ月当たり所定単位数の 1/1000

(令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分)

(2) 交通費

前記 2 の (1) のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

お客様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。

**4. 介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安**

利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1月に1回

※ ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

**5. 利用料及びその他の費用の請求及び支払い方法について**

① 利用料及びその他の費用の請求方法等

ア 利用料及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。

② 利用料及びその他の費用の支払い方法等

サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 20 日までに、現金にてお支払い下さい。

**6. 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について**

- (1) 利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、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理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- (2) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (3) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。
- (5) 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付属別紙 3 のとおりです。

## 7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	サービス提供責任者：田嶋 富貴
-------------	-----------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。  
(3) 苦情解決体制を整備しています。  
(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 8. 秘密保持

- 1 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、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。
- 2 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。

## 9. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、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は、損害賠償を速やかに行います。

## 10. 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 11. 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。各サービスに関する相談は、管理者（担当介護支援専門員）が対応いたします。苦情については、当事業所の苦情対応マニュアルに基づき誠意をもって対処します。迅速な対応、透明性を図るため苦情解決総括責任者（田嶋富貴）が対応いたします。担当介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

- (2) その他の窓口

当事業所以外に町役場の窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・ 下諏訪町役場 保健福祉課 電話 0266-27-1111
- ・ 諏訪広域連合 介護保険課 電話 0266-82-8162

(3)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

**12. 当法人の概要**

法人種別・名称	株式会社 ケアサポートふきのとう
資本金	100万円（資本準備金含まず） ※令和3年4月1日現在
社員数	29名（令和3年4月1日現在：正社員及びパート従業員）
設立	平成19年2月
所在地・電話	長野県諏訪郡下諏訪町3134-7 代表取締役 田嶋 彰 電話 0266-28-5307 FAX 0266-28-5392
事業内容	居宅介護支援事業、訪問介護事業、認知症・介護予防認知症対応型共同生活事業

(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、契約は継続しますが、この付属別紙に定める内容については終了することとなります。

### 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。

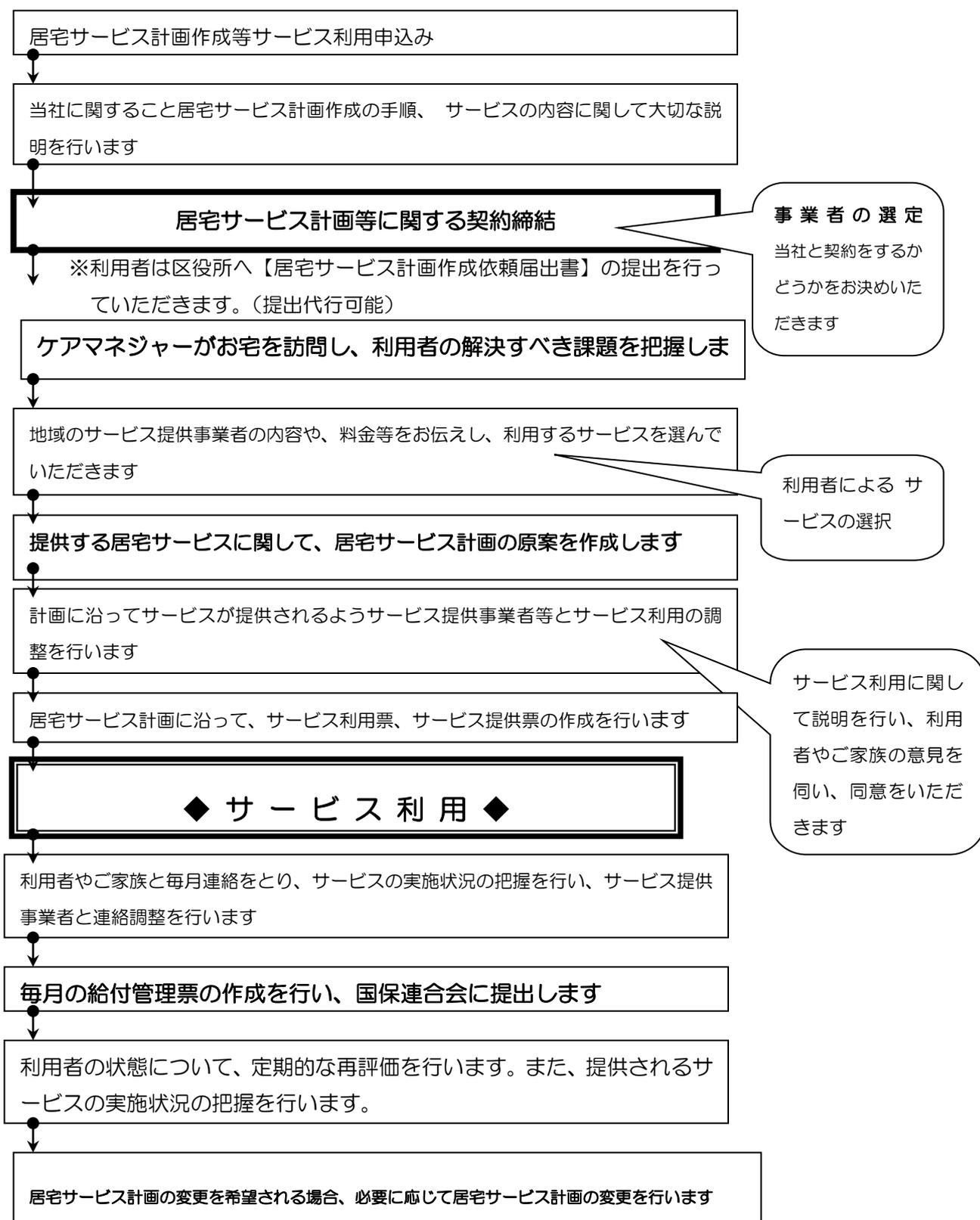
### 4. 注意事項

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になります。
- (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になります。

(付属別紙2)

### サービス提供の標準的な流れ



(付属別紙3)

### 居宅介護支援 サービス利用割合等 説明書

①前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	72%
通所介護	14%
地域密着型通所介護	5%
福祉用具貸与	77%

②前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	ケアサポートふきの とう 48%	アクア岡谷訪問介 護 48%	みよし家介護サー ビス 1%
通所介護	さわらび 73%	ウエルハート岡谷 26%	
地域密着型通所介護	デイサービスセン タースマイル 100%		
福祉用具貸与	タカサワ通商ふれ あい 48%	介護センター花岡 47%	サクラケア 2%

③判定期間 (令和 5 年度)

前期 (3月1日から8月末日)

後期 (9月1日から2月末日)

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。

令和 年 月 日

【 事 業 者 】 長野県諏訪郡下諏訪町3134-7  
株式会社 ケアサポートふきのとう  
代表取締役 田嶋 彰 ⑩

【 事 業 所 】 株式会社 ケアサポートふきのとう  
【 説 明 者 】 氏名 田嶋 富貴 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。

令和 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