

指定居宅介護支援重要事項説明書

(居宅介護支援・介護予防支援)

皆樂園打田ケアプランセンター

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(紀の川市指定番号 第 3071200038 号)

当事業者は、ご利用者に対して居宅サービス計画及び、介護予防サービス計画の作成を支援いたします。
事業の内容や提供されるサービス内容、契約上ご注意ください
たいことを次の通り説明します。

◆ 目 次 ◆

- 1 法人提供相談窓口
- 2 居宅介護支援事業所の概要
- 3 居宅介護支援の申込みからサービス提供までの流れと内容
- 4 利用料金
- 5 サービスの利用方法
- 6 当法人の居宅介護支援の特徴等
- 7 秘密保持
- 8 事故発生時の対応
- 9 サービス内容に関する苦情
- 10 当法人の概要

＜ 令和 年 月 日現在 ＞

1 当法人が提供するサービスについての相談窓口

電話 **0736-77-0830** （午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分まで）

F A X **0736-77-6606**

担当 担当の介護支援専門員又は、同事業者内の介護支援専門員。

＊営業時間外においての相談窓口を 24 時間体制とし、事業者の介護支援専門員が輪番制により必要に応じて相談に対応する。

（但し日曜・年始 1/1～1/3 を除く）

24 時間緊急連絡先 **TEL 0736-77-0830**

2 居宅介護支援事業所（名称）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	皆楽園打田ケアプランセンター
所在地	和歌山県紀の川市重行 31
介護保険指定番号	3 0 7 1 2 0 0 0 3 8
サービスを提供する地域 ※	紀の川市（旧打田）

※ 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（特定事業所加算Ⅱ 取得事業所）

	常勤専従	常勤兼務	非常勤	計
管理者		1 名		1 名
主任介護支援専門員	2 名	1 名		3 名
介護支援専門員	1 名			1 名

（3）営業時間

年始 1/1～1/3 は除く

平日	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分まで
土・祝日	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分まで

3 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



4 利用料金

(1) 利用料金

居宅介護支援費（月単位）

◇ 居宅介護支援費 = (基本料金+加算) × 10 円（地域区分 その他）

		介護 1・2	介護 3・4・5
基本金額	支援費Ⅰ	1086 単位（月）	1411 単位（月）
	支援費Ⅱ	544 単位（月）	704 単位（月）
	支援費Ⅲ	326 単位（月）	422 単位（月）
特定事業所加算Ⅱ		421 単位（月）※ 令和 6 年 5 月から	
特定事業所加算Ⅲ		323 単位（月）※ 令和 6 年 4 月迄	
初回加算		300 単位（月）	
入院時情報連携加算Ⅰ		250 単位（月）	
入院時情報連携加算Ⅱ		200 単位（月）	
退院・退所加算		カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
	連携 1 回	450 単位	600 単位
	連携 2 回	600 単位	750 単位
	連携 3 回	×	900 単位
	入院または入所中 1 回を限度		
緊急時等居宅カンファレンス加算		200 単位（回）（月 2 回を限度）	
通院時情報連携加算		50 単位（月）	
ターミナルケアマネジメント加算		400 単位（月）	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		事業が通常の事業実施地域を越えて中山間地域等に居住する者へサービスを提供した場合に所定単位数の 5%を加算する。 ※和歌山県では、和歌山市を除く 29 市町村を中山間地域として設定されています。	

介護予防支援費（月単位）

◇ 介護予防支援費 = (基本料金+加算) × 10 円（地域区分 その他）

介護予防支援費Ⅱ	472 単位（月）
初回加算	300 単位（月）

※ 上記の利用金額は、介護保険料の納付金が行われている限り自己負担は頂きません。（保険より支払われます）

- 居宅介護支援の評価について
一定の基準を満たさない場合に所定金額の 50%を算定する。
また、上記算定状態が 2 カ月以上継続している場合は所定金額は算定しない。
- 一定の基準とは、
 1. 正当な理由なく、2 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない。
但し、介護予防支援については、少なくとも 6 月に 1 回並びに利用者の状況に著しい変化があったときに、利用者の居宅を訪問していない場合。
 2. 居宅サービス計画及び、介護予防サービス計画の新規作成、要介護更新認定、要介護状態区分の変更認定の場合に、正当な理由なく、サービス担当者会議を開催していないこと。また、これらに該当する場合以外の居宅サービス計画及び、介護予防サービス計画の作成に当たっては、サービス担当者会議の開催又は担当者への照会を行っていないこと。
 3. 居宅サービス計画及び、介護予防サービス計画の原案の内容を利用者又はその家族等に対して説明し、文書により利用者等の同意を得て、当該居宅サービス計画及び、介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付していないこと。
 4. 居宅サービス計画の実施状況の把握後、その結果を記録していない状態が 1 月継続していること。
 5. 居宅サービス計画書及び、介護予防サービス計画に位置付ける事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、当該事業所を位置付けた理由を求めることが可能であることの説明を行わずに、居宅サービス計画書及び、介護予防サービス計画原案を最初から提示し、利用者に選択を求めていること。
 6. 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、前 6 月間に作成した居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下、「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合について文章により説明・交付を行っていない場合。

7. 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、前6月間に作成した居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合について文章により説明・交付を行っていない場合。

※ 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、一ヶ月毎につき上記の金額を自己負担頂きます。この場合、事業者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保険者である市町村の窓口に提出しますと全額払戻を受けられます。

(2) 交通費

前記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（和歌山市を除く）は、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算による居宅介護支援費を算定する。

※ 介護保険料の納付が行われている限り自己負担は頂きません。

(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。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当法人職員がお伺いいたします。

契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

文書、口頭等でお申し込み下さればいつでも解約できます。

② 当法人の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了一ヶ月前までに文書・口頭等で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業所等をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と判定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合
- ・利用者の要介護認定区分が、要支援 1・要支援 2 と認定され、介護予防マネジメントを利用することになった場合。

※ 上記事由により契約終了となった利用者が、再度居宅介護支援が必要、且つ、当事業者を希望された場合は前契約を更新するものとする。

④ その他

利用者やご家族などが当法人や当法人の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 当法人の居宅介護支援の特徴等

（１）運営方針

本事業は利用者が要介護状態、要支援状態となった場合においても、可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう介護保険制度の円滑な利用を管理する。

（２）居宅介護支援の方法・実施概要等

① 利用者の相談場所及び方法

事務所及び会議室、訪問、電話等。

＊特定事業所加算取得事業者として、営業時間外における電話相談については 24 時間体制とする。

② 使用する課題分析の種類

三団体ケアプラン策定研究会方式又は、標準項目を含む適切なアセスメント様式の方法により利用者及び家族のニーズを明確にし、課題分析を行う。

③ サービス担当者会議の開催場所・方法（モニタリングの実施）

自宅、また随時の連絡により迅速に対応する。

- ④ 介護支援専門員の訪問活動
2月1回以上、但し介護予防の方については6月に1回とし、利用者とその家族に関する状況の把握を行い、信頼関係の確立に努める。
- ⑤ 介護支援専門員の一人当たりの担当件数
介護支援専門員一人当たりの担当件数は45件を上限として担当させる。
※ 担当件数は、常勤換算による平均的な件数であり支援体制により変動いたします
- ⑥ 特定事業所加算取得事業所として、利用者に関する情報又はサービス提供にあ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（週1回以上）に開催するとともに、介護支援専門員に対して計画的に研修を実施する。（記録を作成し5年間保管する。）
- ⑦ 特定事業所加算取得事業所として、居宅介護支援の評価における一定の基準による減算の適用になっておらず、特定事業所加算の趣旨を踏まえて公正・中立を確保し、実質的にサービス提供事業者からの独立性を確保した事業者として努める。
- ⑧ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供する。

7 秘密保持

（1）使用する目的

事業者が介護保険法に関する法令に従い、利用者の居宅サービス計画及び、介護予防サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

（2）使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は（1）に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておく。

(3) 個人情報の内容 (例示)

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ② 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果。

(4) その他の情報

※ 「個人情報」とは、利用者及び家族個人に関する情報であつて、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

8 事故発生時の対応

当事業者は、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。

【緊急連絡先】 (家族)

(主治医)

9 サービス内容に関する苦情

- ### ① 当法人利用者相談・苦情担当

当法人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。

・皆楽園打田ケアプランセンター

(担当者) 中家 弥生

電話 0736-77-0830

- ② その他

当法人以外に区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・ 紀の川市高齢介護課介護保険係

【住所】 紀の川市西大井 388 番地

【電話】 0736-77-0980

【開庁時間】 8時45分～17時30分（土・日・祝日を除く）

- ・ 和歌山県福祉サービス運営適正化委員会
 - 【住所】 和歌山市手平 2 丁目 1-2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 7 階
社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会内
 - 【電話】 073-435-5527
 - 【受付時間】 9 時～5 時 30 分（土・日・祝日を除く）

- ・ 和歌山県国民健康保険団体連合会
 - 和歌山県国保連合会 介護サービス苦情処理相談窓口
 - 【住所】 和歌山市吹上 2 丁目 1 番 22-501 号（日赤会館内）
 - 【電話】 073-427-4662
 - 【受付時間】 9 時～17 時（土・日・祝日を除く）

10 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人皆楽園	
代表者役職・氏名	理事長 榎本 茂樹	
法人本部所在地	和歌山県岩出市西国分 668 番地	
電話番号	0736-63-0250	
定款の目的に定めた事業	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	2 カ所
	短期入所生活介護（ショートステイ）	2 カ所
	居宅介護支援	3 カ所
	通所介護	6 カ所
	グループホーム	4 カ所

— — — 契約をする場合は以下の確認をすること — — —

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 和歌山県紀の川市重行 31 番地

名称 皆楽園打田ケアプランセンター 印

説明者

所属 皆楽園打田ケアプランセンター

氏名 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。

また、当事業所が作成した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ことが可能であるとともに、当該事業所をケアプランに位置付けた理由の説明を求めることが可能である旨の説明を受けたことについても合わせて同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者は身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、署名しました。

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 () 印