

# 居宅介護支援重要事項説明書

〈令和6年4月1日現在〉

## 1 支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛 誠 会
代 表 者 名	理事長 河本 達や
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市北区太郎迫町144番1 (電 話) 096-245-2800 (FAX) 096-245-2893

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	居宅介護支援事業所 つるのはら
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市北区梶尾町1779番7 (電 話) 096-345-1101 (FAX) 096-345-1102
事業所番号	4370112932
管理者の氏名	宇野木 けい子

### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		業務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)	
管 理 者	1	1		管理
介護支援専門員	1	1		要介護認定代行業務及びサービス 計画作成他
事務職員	1	1		連絡調整・給付管理他

### (3) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市
---------	-----

\* 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (4) 営業日

営業日	営業時間
平 日	9:00~18:00
土 曜 日	9:00~18:00
営業しない日	日曜日

### 3 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法

- ア 申請の代行業務
- イ 要介護認定のための調査票作成代行業務
- ウ 居宅サービス計画の作成
- エ 居宅サービス業者・施設サービス業者との連絡調整
- オ 保険者及び関係行政諸機関との連絡調整

### 4 費用

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、自己負担はありません。

但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金をお支払いいただきます。その場合、事業者は指定居宅介護支援提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて指定居宅介護支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

#### 居宅介護支援費 I i (1月につき)

要介護1・要介護2の方	10,860円
要介護3・要介護4・要介護5の方	14,110円

#### 居宅介護支援費 I ii (1月につき)

要介護1・要介護2の方	5,440円
要介護3・要介護4・要介護5の方	7,040円

#### 居宅介護支援費 I iii (1月につき)

要介護1・要介護2の方	3,260円
要介護3・要介護4・要介護5の方	4,220円

※居宅介護支援費(ii)(iii)については、介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が40件以上60件未満及び60件以上の場合、40件以上の部分についての利用料です。

居宅介護支援費Ⅱ i（1月につき）

要介護1・要介護2の方	10,860円
要介護3・要介護4・要介護5の方	14,110円

居宅介護支援費Ⅱ ii（1月につき）

要介護1・要介護2の方	5,270円
要介護3・要介護4・要介護5の方	6,830円

居宅介護支援費Ⅱ iii（1月につき）

要介護1・要介護2の方	3,160円
要介護3・要介護4・要介護5の方	4,100円

※居宅介護支援費（ii）（iii）については、情報通信機器の活用又は事務職員の配置を行った場合介護支援専門員一人当たりの取り扱い件数が45件以上60件未満及び60件以上の場合、45件以上の部分についての利用料です。

（2）加算

初回加算	1月につき	3,000円
特定事業所加算	特定事業所加算Ⅰ	1月につき 5,190円
	特定事業所加算Ⅱ	1月につき 4,210円
	特定事業所加算Ⅲ	1月につき 3,230円
	特定事業所加算A	1月につき 1,140円
特定事業所医療介護連携加算	1月につき	1,250円
入院時情報連携加算	入院時情報連携加算Ⅰ	1月につき 2,500円
	入院時情報連携加算Ⅱ	1月につき 2,000円
退院・退所加算	退院・退所加算Ⅰイ	1月につき 4,500円
	退院・退所加算Ⅰロ	1月につき 6,000円
	退院・退所加算Ⅱイ	1月につき 6,000円
	退院・退所加算Ⅱロ	1月につき 7,500円
	退院・退所加算Ⅲ	1月につき 9,000円
通院時情報連携加算	1月につき	500円
緊急時等居宅カンファレンス加算	1月に2回を限度に	2,000円
ターミナルケアマネジメント加算	1月につき	4,000円

### (3) 交通費

2の(3)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、通常の事業の実施地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費はその実費を徴収します。尚、自動車を使用した場合は、実施地域を超えた地点からガソリン代として1kmあたり10円を徴収します。

### (4) 利用料等のお支払い方法

利用料の支払いが発生した場合には、毎月15日までに前月分の請求を致しますので、25日までに、居宅訪問時にお支払いいただくかまたは下記の口座に振込みお支払いください。

肥後銀行 池田支店

普通預金口座(口座番号356371)

口座名義 居宅介護支援事業所つるのはら

代表者 こうもと たつ 河本 達や

\* 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 事業所の特色等

### (1) 事業の目的

本会が実施する指定居宅支援事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある利用者に対し、その心身の状況や置かれている環境、本人や家族の意向等を基に適正な居宅介護支援サービスを提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力(残存機能)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努める。

### (3) その他

事 項	内 容
アセスメント(評価)の方法及び事後評価 その他該当する体制	居宅サービスガイドライン等によりお客様の直面している課題等を評価し、お客様に説明したうえケアプランを作成します。 また、サービスの提供の目標の達成状況を評価し、その結果を書面(居宅サービス報告書)に記載してお客様に説明したうえ交付します。 ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制をとっております。
従業員研修	年2回、資質向上を図るための研修を行っています。

## 6 サービス内容に関する苦情等の相談窓口

当 事 業 所 お 客 様 相 談 窓 口	窓口担当者	宇野木けい子（介護支援専門員）
	ご利用時間	9：00～18：00
	ご利用方法	電話：096-345-1101
		面接 当事業所面談室

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

### ○熊本県国民健康保険団体連合会

〒862-0911 熊本市東区健軍2丁目4-10

TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

### ○熊本市高齢介護福祉課 介護事業指導室

〒860-8601 熊本市中央区手取本町1-1

TEL 096-328-2793 FAX 096-327-0855

### ○第三者委員

秦 佑輔(司法書士)

熊本県合志市須屋3106番地4

TEL 090-4351-8533

吉田 樹夫（公認会計士・税理士）

熊本市中央区細工町1-51 スコーピル

TEL 096-212-5066

## 7 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 8 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は\_\_\_\_\_ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡をいたします。

## 9 お客様へのお願い

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。
- (3) 病院または診療所に入院する必要がある場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院された病院または診療所にお伝えください。
- (4) 医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等に心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から必要な情報提供を受けることがあります。
- (5) 居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、介護保険サービスが提供されたものと同等に居宅介護支援の基本報酬の算定を行わせていただくことがあります。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	熊本市北区梶尾町1779番7
	法人名	社会福祉法人 愛誠会
	代表者名	理事長 河本達や 印
	施設名	居宅介護支援事業所つるのはら
	(事業所番号)	4370112932
説明者	職 名	介護支援専門員
	氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者甲	住 所	
	氏 名	印
代理人（選任した場合）	住 所	
	氏 名	印