

居宅介護支援事業所ほっとハウス

重要事項説明書

令和2年 7月 1日現在

1 居宅介護支援事業所ほっとハウスの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	居宅介護支援事業所 ほっとハウス
所在地	青森県八戸市大字尻内町字熊ノ沢 35 番 2
電話番号	0178-20-0417
FAX番号	0178-20-7230
事業所番号	0270302243
サービスを提供できる地域 ※	八戸市

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者 (介護支援専門員)	介護福祉士 主任介護支援専門員	1名	0名	兼	1名	業務の管理及び 居宅介護支援に 関する業務
介護支援専門員	介護福祉士 主任介護支援専門員	1名	0名	専	1名	居宅介護支援に 関する業務
	社会福祉士 介護支援専門員	1名	0名	専	1名	
	介護福祉士 介護支援専門員	1名	0名	専	1名	
合計	—	4名	0名	—	4名	
勤務時間	午前8時30分～午後5時30分					

(3) サービスの提供時間帯

平日	午前8時30分～午後5時30分
休業日	毎週土、日曜日、祝日 8月13日～8月15日・12月30日～1月3日

※上記以外の時間帯も電話にて24時間対応を致します。

2 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

- ① 利用者が可能な限り居宅において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ます。
- ② 利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健・福祉・医療サービス等が総合的・効率的に提供されるよう配慮して行います。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、不当に特定の種類又は事業者に偏ることのないよう、公平中立をもって行います。
- ④ サービス提供にあたり、各関係機関との連携に努めて行います。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

- ① 居宅介護支援の提供に際しては、利用者又はその家族に、当事業所の運営規定の概要及び契約内容、その他重要事項及び居宅サービス計画作成に必要な事項を説明し、ご了解をいただいた上で、居宅介護支援の提供を開始致します。
- ② 居宅サービス計画にあたり、担当する介護支援専門員が利用者の居宅を訪問し、面接により課題分析票（MDS－HC2.0）を用いて解決すべき課題の把握を致します。
- ③ 担当する介護支援専門員が地域における居宅サービス事業等の内容、利用料等の情報を利用者に説明致しますので、利用されるサービスの種類、事業者を利用者に選択していただきます。その際、利用者又は家族は介護支援専門員に対して複数の事業所の紹介を求めることが可能です。
- ④ 利用者から選択していただいたサービスと解決すべき課題に基づき、居宅サービス計画の原案を作成致します。その際、利用者又は家族は居宅サービス計画書原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能です。
- ⑤ 居宅サービス計画の原案の内容に対して、各サービス担当提供者から専門的見地に立った意見を求めます。必要に応じて主治医からの意見も求めます。
- ⑥ 居宅サービス計画の原案について、保険給付の対象となるか否か、内容、利用料等を担当する介護支援専門員が利用者に説明し、同意をいただいた上で、各サービス実施へと移行致します。
- ⑦ 居宅サービス計画作成以後も、利用者の居宅を必要に応じて訪問し、状況の把握を行い、居宅サービス計画の変更、介護保険施設の紹介等、随時必要な便宜・支援をさせていただきます。
- ⑧ 利用者又はその家族について知り得た情報については、秘密を守ります。但し、利用者に適切なサービスが提供されるよう連携する関係機関の間で情報を共有することもありますので同意をお願い致します。
- ⑨ 当事業所では、職員の資質向上に向けて、種々の研修・教育を実施致しておりますが、至らない点があるかと存じますので、お気づきの点がございましたら、お申し付け下さい。

3 利用料金

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるため、自己負担金はありません。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1ヶ月につき要介護状態区分に応じて下記の利用料をお支払いいただきます。

【料金表】

通常算定される項目

要介護1・2	10,570 円/月
要介護3・4・5	13,730 円/月
特定事業所加算Ⅱ	4,000 円/月

状況により算定される項目

初回加算	3,000 円/月		
入院時情報連携加算(Ⅰ)	2,000 円/月		
入院時情報連携加算(Ⅱ)	1,000 円/月		
退院・退所加算	カンファレンス参加 無	連携 1 回	4,500 円/回
		連携 2 回	6,000 円/回
	カンファレンス参加 有	連携 1 回	6,000 円/回
		連携 2 回	7,500 円/回
		連携 3 回	9,000 円/回
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000 円/月		
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000 円/月		
緊急時カンファレンス加算	2,000 円/回		
ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円/月		

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺い致します。

(2) サービスの終了

ア 利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

イ 当事業所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が、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の居宅介護支援事業者をご紹介致します。

ウ 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致します。

- ・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利用者の要介護認定区分が、自立(非該当)と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・利用者が亡くなりました場合

エ その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所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。

5 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の利用者相談・苦情窓口

苦情受付担当者 小館 さおり

苦情解決責任者 大高 泰雅

電話 TEL 0178-20-0417

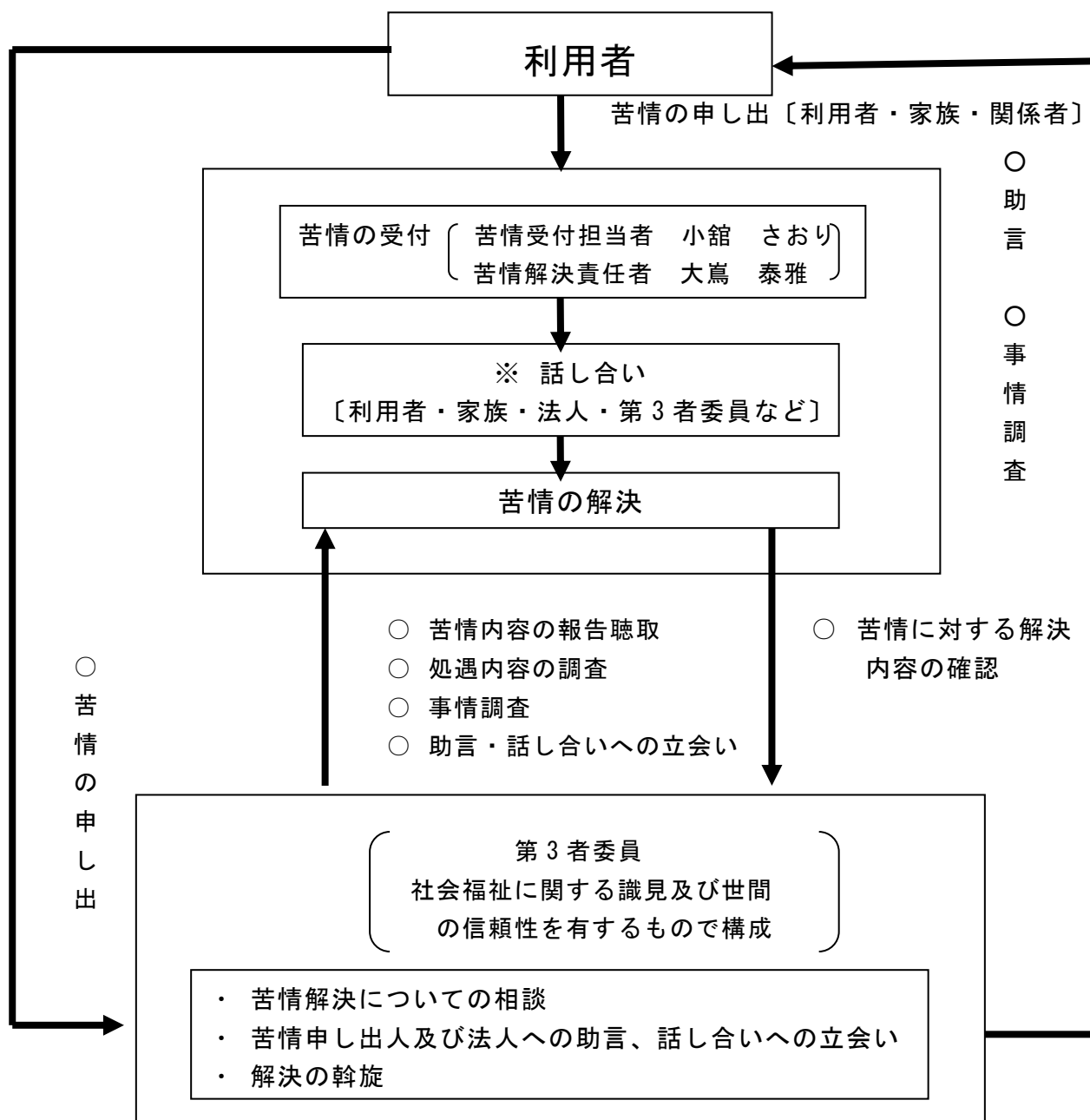
FAX 0178-20-7230

受付日 月～金曜日

(土、日、祝日/8月13日～8月15日/12月30日～1月3日を除く)

受付時間 午前8時30分～午後5時30分

(2) 苦情発生から解決までの流れ



話し合いにおいて、第3者委員の立会いを希望される際は、その旨もお申し付けください。

第3者委員

- ・ 佐藤 せつ TEL 0178-27-4936
- ・ 工藤 正紀 TEL 0178-24-1477
- ・ 沢谷 友美 TEL 0178-43-8992

(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

八戸市介護保険課

0178-43-9292

青森県国民健康保険団体連合会

017-723-1336

青森県適正化委員会

017-731-3039

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅サービス事業者等へ連絡を致します。

主治医	医療機関名		氏名	
	電話番号			
	医療機関名		氏名	
	電話番号			
ご家族	氏名		電話番号	
	氏名		電話番号	

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅サービス事業者等に連絡を致します。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。(当事業所は三井住友海上火災保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

8 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 当該事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がいる場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

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。

事業所 社会福祉法人 友の会
所在地 青森県八戸市大字尻内町字熊ノ沢 35 番 2
名 称 居宅介護支援事業所 ほっとハウス

説明者氏名 小館 さおり 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、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印
続柄