

居宅介護支援 重要事項説明書

(2024年5月1日現在)

当事業者の居宅介護支援の提供に関し、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者及び事業所の概要

(1) 名称等

名称	居宅介護支援事業所ヒューマンヒルズ新富士
所在地	416-0932 静岡県富士市柳島198番地3
電話番号	0545-66-2766
法人種別及び名称	株式会社エフ・エム・シー
法人所在地及び電話番号	神奈川県横浜市青葉区あざみ野一丁目4番地3 電話番号：045-482-9811
代表者	代表取締役 細谷 実知博
管理者氏名	塩澤 和也
介護保険事業者番号	2272302775
指定年月日	平成28年10月1日
サービスを提供する通常の実施地域	富士市

(2) 職員の概要

職種	職員数	勤務形態	職務の内容
管理者	1人	常勤 専従 人	居宅介護支援の管理等
		常勤 兼務 1人	
介護支援専門員	1人	常勤 専従 人	居宅サービス計画の作成等
		常勤 兼務 1人	
		非常勤 専従 人	
		非常勤 兼務 人	

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（祝祭日・12月30日～1月3日を除く）
営業時間	8:30～17:30 ※24時間連絡体制あり

2 居宅介護支援の概要

(1) 居宅介護支援の内容

項 目	内容、方法等
要介護認定等の申請代行	要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が必要な場合には、各市町村の担当機関に利用者の意思意向を踏まえて速やかに申請代行する。
居宅サービス計画の作成	利用者の居宅を訪問し、利用者および家族と面接を行い、希望や解決すべき課題を把握する。地域の居宅サービス事業者のサービス内容や料金を伝え、利用するサービスを利用者の選択、希望により選んでいただいた上で、居宅サービス計画の原案を作成する。利用者は、複数の事業所の紹介を求めることができる。サービス担当者会議を開催し居宅サービス計画原案について、サービス担当者から意見を求めたうえで、利用者および家族に対して説明し、同意を得て交付するものとする。利用者は当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができる。
居宅サービス計画作成後の管理（居宅サービス計画の変更等）	居宅サービス計画作成後、月に1回以上居宅を訪問し、計画の実施状況を把握すると共に、必要に応じて計画の変更、居宅サービス事業者等との連絡調整、又、苦情処理等の便宜の提供を図る。
サービス事業者等の連絡調整	利用者及びその家族、居宅サービス事業者との連絡を継続的に行う事により、居宅サービス計画の実施状況を把握すると共に、利用者についての課題の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更等を行う。
介護保険施設への紹介等	利用者がその居宅においてサービスの提供を受け続けることが困難になったと認める場合及び利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜を図り、また、退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合は円滑に居宅に移行できるよう援助する。
入院時における対応	利用者が医療機関に入院した際に、担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に提供し、医療機関との連携を促進する。
そ の 他	医療系のサービスを利用するにあたっては、利用者の同意を得た上で主治医から意見を聴取する。

(2) 居宅介護支援の利用に当たって

項 目	内 容
サービス提供困難時の対応	当該事業所の事業実施地域を勘案し、自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合には、他の居宅介護支援事業者を紹介する等の必要な措置を講じるものとする。
サービスの質の向上のための方策	介護支援専門員の質的向上を図るため、採用時及び年数回研修の機会を設ける。当該事業所の提供する指定居宅介護支援の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
介護支援専門員を変更する場合の対応	利用者より、介護支援専門員の変更の旨の申出があった場合には、事情を考慮し、円滑かつ速やかに措置を行うものとする。
プライバシーの遵守	介護支援専門員は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者又は家族等の秘密を漏らしてはいけない。

事故発生時の対応	① サービス提供により事故が発生した場合、事業所・主治医・家族等と連絡をとり状況把握、説明等行うものとする。 ② 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には、損害賠償を速やかに行うものとする。
その他	居宅介護支援は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう行い、また利用者にわかりやすいように行うものとする。
虐待防止について	利用者の人権擁護等、虐待防止等の観点から、必要な職員研修を実施するとともに、関係機関等との連携を図るものとする。
感染症対策について	事業所において感染症が発生し、または、まん延しないように必要な処置を講じるものとする。
業務継続計画について	感染症や自然災害が発生した場合も業務継続に向け、必要な措置を講じるものとする。
ハラスメント行為防止について	適切な指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を確保する観点から、ハラスメント行為への対策を講じるものとする。

3 利用料金

(1) 利用料 原則として利用料は請求しません。

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別紙の金額を一旦お支払いいただきます。この場合、当事業者で指定居宅介護支援提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口へ提出して、払戻しを受けて下さい。

(2) 支払方法

あなたが当事業者に料金を支払うこととなる場合の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日位までに前月分の請求をしますので、30日以内にお支払ください。お支払方法は、銀行振込、現金払、銀行等口座引落の3通りの中から、選択してください。

4 サービスの終了について

(1) あなたのご都合でサービスを終了する場合

あなたはいつでも契約を解約できますが、次の場合には、別紙の解約料をいただきます。

ア 契約後、居宅サービス計画作成段階途中で、あなたの申し出により解約した場合。

イ 市町村への居宅サービス計画の届出終了後に解約した場合。

ウ その他解約により当事業者に不測の損害を生じさせる場合。

このほか、当事業者は、あなたがこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるときは、直ちにこの契約を解約することができます。

(2) 当事業者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この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。

この場合は、サービスの提供終了1ヶ月前までに文書であなたに通知すると共に、他の指定居宅介護支援事業者等に関する情報をあなたに提供いたします。

(3) 自動終了

次の場合には、自動的にサービス終了します。

- ア 要介護認定区分が非該当（自立）又は、要支援状態と認定された場合。
- イ 居宅介護支援が2ヶ月間中止され、再開の目処がたたないと判断された場合。
- ウ 利用者が介護保険施設に入所又は入院した場合。
- エ 利用者が亡くなった場合。

5 居宅介護支援に対する苦情

当事業者の居宅介護支援及び当事業者が作成した居宅サービス計画に基づいて提供しているサービスについての苦情相談を承ります。サービスの内容に関する事、介護支援専門員に関する事、利用料金に関する事など、お気軽にご相談ください。

また、苦情があった場合は次の手順にて行います。

- ① 苦情があった場合には、利用者及び家族と連絡をとり、利用者宅に伺うなどして事情を聞き、苦情内容の確認をします。
- ② 担当者は、苦情の内容を管理者等に速やかに報告します。
- ③ 管理者は、担当者及び他の従業員を加え苦情解決に向けた検討を行います。
- ④ 検討の結果を基に結果をまとめ、管理者は速やかに担当者と利用者宅に訪問し、謝罪等の具体的な対応をします。
- ⑤ 苦情解決結果を台帳に記録し、再発防止に役立てます。

担 当 塩澤 和也
電 話 0545-66-2766
ご利用時間 8:30~17:30 (月~金)

当事業者以外に、市町村や国民健康保険団体連合会の窓口で苦情を伝えることができます。

富士市役所 介護保険課（介護保険制度全般に関する事） 0545-55-2767
富士市役所 福祉総務課福祉指導室（事業者指導に関する事） 0545-55-2863
静岡県国民健康保険団体連合会 苦情専用ダイヤル 054-253-5590

6 事故発生時の対応

- ① サービス提供により生じた場合、事業所責任者・主治医・家族等と連絡をとり、状況把握・説明等を行います。
- ② 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には、損害賠償を速やかに行います。
- ③ 担当者は、事故の内容を管理者・居宅支援事業所等に速やかに報告します。
- ④ 事故が発生した場合は、原因を追究し、再発防止に努めます。

担 当 管理者 塩澤 和也
電 話 0545-66-2766
ご利用時間 8:30~17:30 (月~金)

- 7 別紙： 1 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着通所介護福祉用具貸与の各サービス割合
2 前6ヶ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

重要事項についての説明をいたしました。

重要事項説明者

事業所名称

氏 名

印

説明日

年

月

日

重要事項についての説明を受け、居宅介護支援の提供の開始に同意いたしました。

利 用 者

住 所

氏 名

印

代 理 人

住 所

氏 名

印

(続 柄)