

居宅介護支援 重要事項説明書

社会福祉法人 聖母会

聖母の丘指定居宅介護支援事業所

居宅介護支援重要事項説明書

< 令和 7 年 11 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 聖母会		
代表者名	高山 貞美		
法人所在地	(住所)		
・連絡先	〒 161-0032	東京都新宿区中落合 2 丁目 5 番 1 号	
	(電話)	03-3954-5061	
	(FAX)	03-5996-6810	

2 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

施設の名称	社会福祉法人 聖母会 聖母の丘指定居宅介護支援事業所		
所在地・連絡先	(住所)		
	〒 860-0073	熊本県熊本市西区島崎 6 丁目 1 番 2 7 号	
	(電話)	096-355-3021	
	(FAX)	096-355-3031	
事業所番号	4370100135		
管理者の氏名	村岡 研太		

(2) 利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		熊本県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	養護老人ホーム			50名
	特定施設入居者生活介護	平成22年4月1日	4370107080	(内35名)
	介護老人福祉施設	平成12年2月8日	4370100697	50名
	認知症対応型共同生活介護	平成28年5月1日	4390101774	18名
居宅	短期入所生活介護	平成12年3月31日	4370102016	10名
	介護予防短期入所生活介護	平成18年4月1日		
	通所介護	平成12年3月31日	4370101133	30名
	介護予防通所サービス	平成29年4月1日		
	訪問介護	平成18年2月1日	4370105183	
	第1号事業	平成29年4月1日		
居宅介護支援事業		平成11年9月6日	4370100135	200名

(3) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				常勤 換算 後の 人数	職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			0.5	事業所の管理・統括
主任介護支援専門員	2		1	1		1.1	相談・訪問・ケアプラン作成
介護支援専門員	3	3				3.0	サービス提供事業者への連絡調整他

(4) 事業所実施地域

事業の実施地域	熊本市全域
---------	-------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日	9:00～18:00
土曜日・祝日	9:00～18:00

営業しない日	日曜日・12月31日～1月3日
--------	-----------------

3 提供する居宅介護支援サービスの内容

(1) 総合的な居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

ア 要介護者の状態の把握（課題分析（アセスメント）の実施）

イ 居宅サービス事業所・介護保険施設等の紹介

ウ サービス担当者会議等（入院中のカンファレンス含む）の実施

利用者様又はそのご家族の同意がある場合、サービス担当者会議等をテレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行うことができる。その際、個人情報の適切な取り扱いに留意する。

エ 居宅サービス事業所との連絡調整

オ 居宅サービス実施状況の継続的な把握・評価（モニタリング）の実施

(2) 給付管理業務

(3) 要介護等認定の申請代行

(4) 介護保険に関わる説明及び相談

4 費用

(1) 利用料

要介護（要支援）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ので自己負担はありません。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者直接向け介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1ヶ月につき下記の利用料金全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えに領収書を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

ア、居宅介護支援 基本報酬（月額料金）

区分		サービス利用料金	備考
居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護1・2	10,860円	介護支援専門員一人当たり利用者45人未満
	要介護3・4・5	14,110円	

※看取り期におけるサービス利用前の相談調整等に係る評価として、モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、ケアプラン（原案）の作成などを行うが、サービス利用の実績がない場合であっても上記居宅介護支援費の算定は可能です。

※当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の50/100又は0/100となります。また、特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より2,000円を減額することになります。

イ、加算等

	加算	加算額	内容・回数等
よ 要 る 介 し 区 護 分 度 な に	◇初回加算	3,000 円	新規に居宅サービス計画を作成する場合、要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合、要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
要 介 護 度 に よ る 区 分 な し	◇特定事業所加算（Ⅱ）	4,210 円	「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とし会議を定期的開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合し行政に届け出た場合
	◇入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,500 円	入院の日から1日以内に病院等の職員に必要な情報を提供した場合（Ⅰ）2日以上3日以内に病院等の職員に必要な情報を提供した場合（Ⅱ）
	入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,000 円	
	◇退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,500 円	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合 （Ⅰ）イ連携1回 （Ⅰ）ロ連携1回（カンファレンス参加） （Ⅱ）イ連携2回以上 （Ⅱ）ロ連携2回（内1回以上カンファレンス参加） （Ⅲ）連携3回以上
	退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,000 円	
	退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,000 円	
	退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,500 円	
	退院・退所加算（Ⅲ）	9,000 円	
	◇通院時情報連携加算	500円	1月につき
	◇緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整した場合 1月に2回を限度
	◇ターミナルケアマネジメント加算	4,000円	在宅死亡の末期の悪性腫瘍の利用者に対し24時間連絡体制を整備し必要に応じ居宅介護支援を提供した場合

（2）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交通費の実費（1Kmあたり10円）が必要となります。

（3）利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに下記口座に振り込み送金してお支払い下さい。

肥後銀行 本店 普通預金口座 （ 口座番号 2177799 ）

口座名義人 聖母の丘 指定居宅介護支援事業所

理事長 高山 貞美

※ 入金確認後、領収書を発行します。

5 事業所の特色等

（1）事業の目的

社会福祉法人聖母会 聖母の丘指定居宅介護支援事業所(以下「事業所」という)は、社会福祉法人聖母会の理念に基づき、介護保険法、介護保険施行規則及び厚生省令の人員、設備及び運営基準に則して事業を運営する。

地域において福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、本人の選択に基づいた適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行うことを目的とする。

(2) 運営方針

事業所は、要介護者等の身近な相談場所として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指定居宅サービス計画の作成や指定居宅サービスの提供を公正中立に行い、要介護者等に満足していただけるように努めるものとする。

事業の実施に当たっては、介護支援専門員が、公的機関、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等と綿密な連携を図り、要介護者等に満足していただけるサービスを提供するものとする。

(3) その他の事項

事項	内 容
アセスメント (課題分析) と、 モニタリング (評価) の実施方法	厚生労働省が定める課題分析標準項目に準じた「居宅サービス計画ガイドライン方式及び23項目アセスメントシート」を使用して課題分析を行います。 その後、少なくとも月1回はご利用者の居宅を訪問し、ご利用者と面談の上サービスの利用状況、目標に向けた進行状況、生活上の変化などを確認させていただき記録します。また、ご利用者の状態が安定しているなど、一定の要件を満たした上で、ご利用者の同意およびサービス担当者会議で主治医、担当者その他の関係者の合意が図られた場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことができます。その際は、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集します。なお、少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問します。
従業員研修	現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加します。

6 サービス内容に関する相談又は苦情等を解決するための概要

- (1) 利用者様からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者を設置し、利用者様及びそのご家族からの苦情等については、以下の窓口で対応します。

事業所名	聖母の丘指定居宅介護支援事業所
所在地	熊本市西区島崎6丁目1番27号
ご利用方法	電話： 096 (355) 3021 F A X： 096 (355) 3031 苦情箱： 聖母の丘本館1階に設置
対応時間	9：00 ～ 18：00 *但し、ご要望があれば、上記時間以外も対応します。
担当者職氏名	管理者 村岡 研太
担当者 不在時の対応 その他	上記担当者が不在のときは、当事業所の他の介護支援専門員が対応し担当者に確実に伝達します。 当法人で行う他の指定居宅サービス事業をご利用の方については、その事業の職務と兼務しない職員が担当します。

7 サービス利用に係る苦情相談窓口

☆ 熊本市高齢介護福祉課（市役所11階） 〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 TEL：096-328-2347 FAX：096-327-0855 メール koureikaigofukushi@city.kumamoto.lg.jp
☆ 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号 TEL：096-214-1101 FAX：096-214-1105

8 緊急時等における対応方法

居宅介護支援の提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、利用されている居宅サービス事業所等へ連絡するなど必要な対応を行います。

9 事故発生時等における対応方法

居宅介護支援の提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに管理者、利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、現に利用されている居宅サービス事業所等や市町村に連絡を行います。

また、利用者様に対する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 個人情報の保護及び守秘義務

事業所及び従業者は、法人の定める個人情報保護規定に則り、個人情報を適正に取り扱います。また、業務上知り得た利用者様又はそのご家族の秘密を保守します。退職後においても、これらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

1.1 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し（令和6年4月1日までの経過措置期間あり）、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施するよう努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1.2 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

1.3 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的の実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

1 4 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、事前に連絡を致します。
尚利用者様の希望により担当者を変更することもできます。

1 5 利用者様へのお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、利用者様の介護に関する重要な書類ですので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。

当事業者は、サービス内容説明書及び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しました。

令和____年____月____日

事業者	住所	〒 860-0073
		熊本県熊本市西区島崎6丁目1番27号
事業者（法人）名		社会福祉法人 聖母会
		聖母の丘指定居宅介護支援事業所
（事業所番号）		（4370100135）

代表者名 理事長 高山 貞美 印

管理者 村岡 研太 印

説明者 職種・氏名 介護支援専門員 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
受けたことを確認します。

令和____年____月____日

ご利用者甲	住所
	氏名 印

ご親族	住所
続柄（ ）	氏名 印

代理人	住所
（選任した場合）	氏名 印