

「指定居宅介護支援」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(大分県指定 第4471100083号)

当事業所はご利用者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

☆居宅介護支援とは

ご利用者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ご利用者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- ご利用者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご利用者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、事業者とご利用者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆ 説明内容 ◆◆

- 1 . 事業者
- 2 . 事業所の概要
- 3 . 事業実施地域及び営業時間
- 4 . 職員の体制
- 5 . 当事業所が提供するサービスと利用料金
- 6 . サービスの利用に関する留意事項
- 7 . 苦情の受付について
- 8 . サービス提供における事業者の義務
- 9 . 損害賠償について
- 10 . サービス利用をやめる場合

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 宇水会
(2) 法人所在地 大分県宇佐市大字辛島 299 番地の 2
(3) 電話番号 0978-33-0111
(4) 代表者氏名 理事長 石田 敦子
(5) 設立年月 昭和 56 年 6 月 24 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
(2) 事業の目的 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮して居宅介護支援を行う。
(3) 事業所の名称 宇水園介護保険サービスセンター
平成 11 年 9 月 14 日大分県指定 4471100083 号
(4) 事業所の所在地 大分県宇佐市大字辛島 299 番地の 2
(5) 電話番号 0978-33-0077
(6) 管理者 氏名 高 橋 香 澄
(7) 当事業所の運営方針
①居宅介護支援は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業主体から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。
②そのサービスの提供に当たっては、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、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立の立場を保持する。
③事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険事業者等との連携に努める。
(8) 開設年月 平成 12 年 4 月 1 日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 宇佐市
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（12月31日～1月3日を除く）
サービス提供時間帯	月～土 8：00～17：30 (緊急対応が必要な場合はこの限りではない)
受付時間 (24時間対応)	サービス提供時間内： 0978-33-0077 サービス提供時間外： 090-2096-9337 連絡を受けた職員が担当の 介護支援専門員へ連絡

4. 職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。尚、介護支援専門員一人あたりの担当者数45名未満としています。※**居宅介護支援費（Ⅰ）に準拠**

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準
1. 管理者（介護支援専門員兼務）	1名
2. 介護支援専門員	3名以上
3. 事務職員	実情に応じた適当数

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、居宅介護支援として次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご利用者の利用料負担はありません。

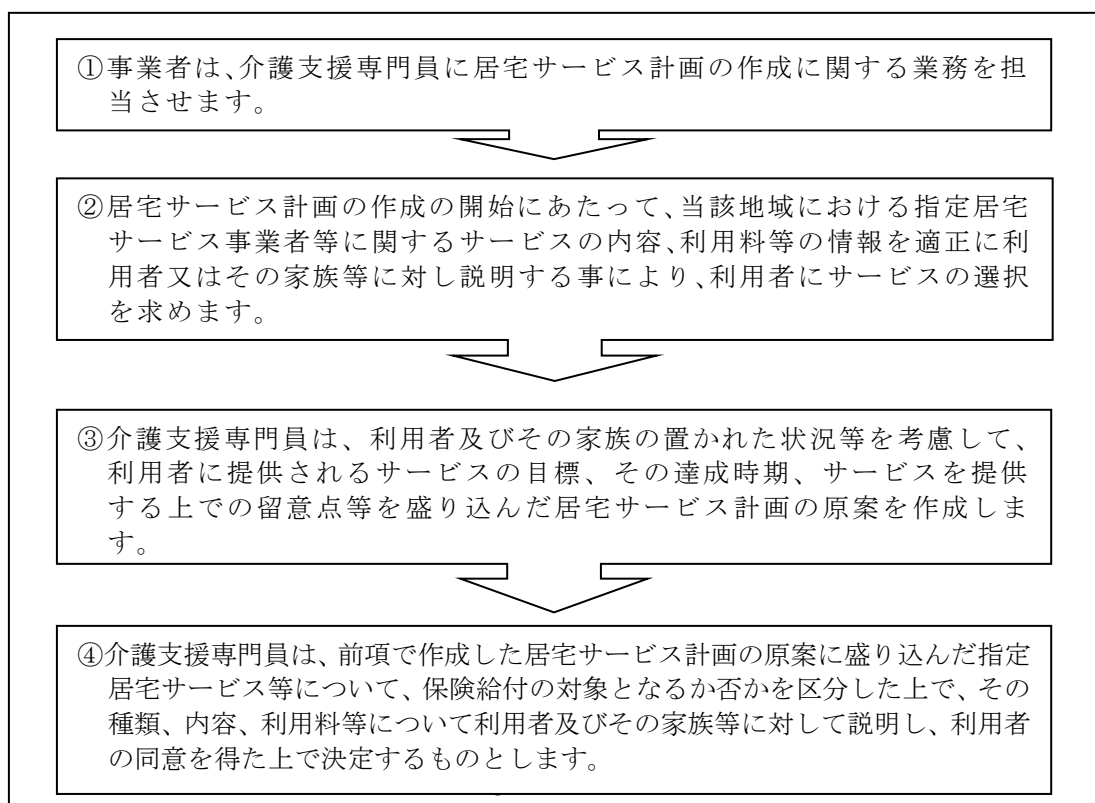
（1）サービスの内容と利用料金

＜サービスの内容＞

① 居宅サービス計画の作成

ご利用者のご家庭を訪問して、ご利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

＜居宅サービス計画の作成の流れ＞



② 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・ご利用者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ・居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・ご利用者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③ 居宅サービス計画の変更

- ・ご利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご利用者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

④ 介護保険施設への紹介

ご利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は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の提供を行います。

＜サービス利用料金＞

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご利用者の自己負担はありません。

- （１）但し、ご利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

要介護１～要介護２	１０，８６０円
要介護３～要介護５	１４，１１０円

（２）諸加算（各算定要件に満たす場合に適用するもの）

- | | |
|----------------------------|--------|
| １．初回加算 | ３，０００円 |
| ２．特定事業所加算（Ⅱ） | ４，２１０円 |
| ３．入院時情報連携加算（Ⅰ） | ２，５００円 |
| ４．入院時情報連携加算（Ⅱ） | ２，０００円 |
| ５．緊急時等居宅カンファレンス加算 | ２，０００円 |
| ６．退院退所加算（カンファレンス参加無・連携１回） | ４，５００円 |
| ７．退院退所加算（カンファレンス参加無・連携２回） | ６，０００円 |
| ８．退院退所加算（カンファレンス参加有・連携１回） | ６，０００円 |
| ９．退院退所加算（カンファレンス参加有・連携２回） | ７，５００円 |
| １０．退院退所加算（カンファレンス参加有・連携３回） | ９，０００円 |
| １１．通院時情報連携加算 | ５００円 |

（３）交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、下記の料金をいただきます。

- ①通常の事業実施地域を越えた地点より、１キロメートルにつき２０円
- ②有料道路を使用する場合は、実費相当分を頂きます。

(4) 利用料金が発生した場合のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月20日までにお支払い下さい。

前記(3)の交通費は、サービス利用終了時にその都度お支払い下さい。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う介護支援専門員

担当の介護支援専門員を決定し、サービス提供を行います。

(2) 介護支援専門員の交替

①事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

②ご利用者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご利用者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

(3) 医療と介護の連携について

ご利用者が医療機関に入院される際には、医療機関に担当の介護支援専門員の氏名を必ずお伝えください。

7. 苦情の対応について（契約書第14条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（管理者） 高橋 香澄

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

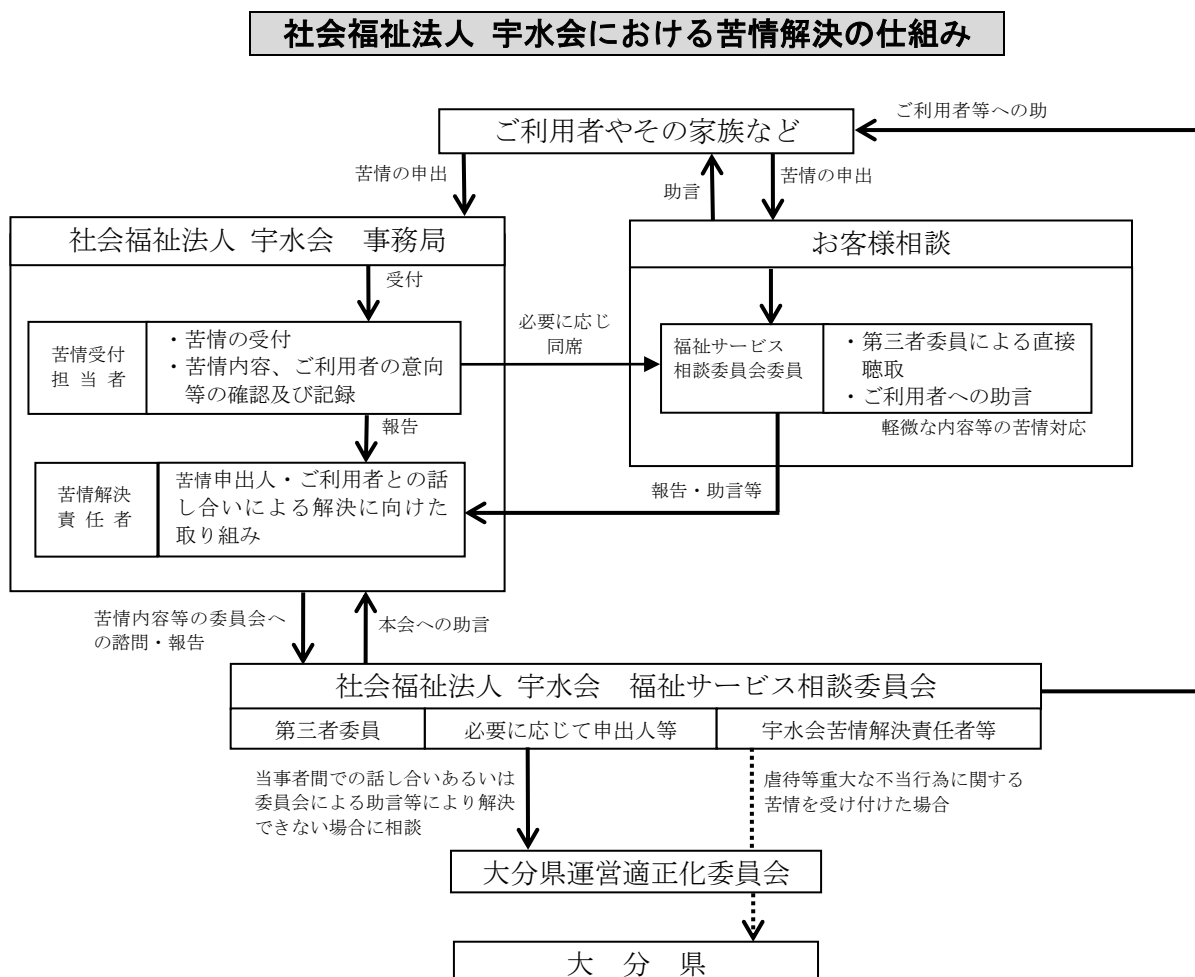
8:00～17:30

また、苦情受付ボックスを介護保険サービスセンターカウンターに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

宇佐市役所 介護保険担当課	所在地 宇佐市大字上田1030-1 電話番号 0978-32-1111 FAX 0978-32-2331 受付時間 随時
国民健康保険団体連合会	所在地 大分市荷揚町2-31（市町村会館5階） 電話番号 097-534-8470 （内線591・592） FAX 097-537-8652 受付時間 随時
大分県社会福祉協議会	所在地 大分市大津町2-1-41 電話番号 097-558-0300 FAX 097-558-6001 受付時間 随時

(3) 苦情の処理と措置の概要



8. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対しサービスを提供するにあたって次のことを守ります。

- ①ご利用者に提供した居宅介護支援について記録を作成し、その完結の日から5年間保管するとともに、ご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。その他、事業に関する書類の閲覧について、当事業所は情報開示を行っており、閲覧の希望をされる方は事業所までお申し出下さい。
- ②ご利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、その他ご利用者から申し出があった場合には、ご利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。
- ③事業者、介護支援専門員または従業員は、居宅介護支援を提供するうえで知り得たご利用者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。(守秘義務)
- ④ご利用者より医療系サービスの利用ご希望があった場合は、ご利用者の同意を得て医師等に意見を求め、意見を求めた医師等にケアプランを交付します。
- ⑤訪問事業所等から伝達されたご利用者の口腔に関する問題や服薬状況、また、ケアマネジャーが把握したご利用者の状態などについて、主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報をお伝えします。
- ⑥ご利用者やそのご家族に、利用する居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介をいたします。また、ケアプランに位置付けた理由についても説明いたします。
- ⑦当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は、別紙②のとおりです。

9. 損害賠償について

事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

10. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスが利用できますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１） ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 事業者が作成した居宅サービス計画に同意できない場合
- ② 事業者もしくは介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める居宅介護支援を実施しない場合
- ③ 事業者もしくは介護支援専門員が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（２） 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

西暦 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書の交付と重要事項の説明を行いました。

居宅介護支援事業所 宇水園介護保険サービスセンター

説明者職名 介護支援専門員 氏 名

印

私は、本書面を受領し事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名

印

利用者代理人住所

氏 名

印