

「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。
(福岡県指定 第 4070000551号)

当事業所はご契約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、契約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

契約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。

- ご契約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。
- ご契約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、ご契約者及びその家族等の意思を優先し、複数の指定サービス事業所から選定できることを説明します。選定された指定サービス事業所について選定した理由を懇切丁寧に説明いたします。また、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、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- ご契約者やその家族はケアプランの作成にあたっては介護支援専門員に対して複数の居宅サービス事業者等の紹介を求める事、およびケアプランにその事業者を位置付けた理由の説明を求める事が可能です。

※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。

誠松園居宅介護支援事業所

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 浄興寺灯明会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県築上郡築上町大字安武 990 番地 |
| (3) 電話番号 | 0930-52-3151 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 竹本 郁世 |
| (5) 設立年月 | 昭和55年8月21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、その契約者が可能な限り、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、サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 誠松園居宅介護支援事業所 平成12年2月1日指定
福岡県 4070000551号
- (4) 事業所の所在地 福岡県築上郡築上町大字安武990番地
- (5) 電話番号 0930-52-3151
- (6) 事業所管理者氏名 瀬口 郁司
- (7) 当事業所の運営方針
- ①契約者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、契約者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
 - ②契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立って、契約者に提供されるサービスが、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
 - ③事業の運営にあたっては、医療、市町村等保険者・他の介護支援事業者・介護保険施設等の多職種との連携に努めます。
 - ④管理者及び介護支援専門員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご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)
 - ⑤利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を行います。
- (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 築上町

(2) 営業日及び営業時間

営業日 月～金

受付時間 8時から17時

※緊急時はこれに限らない。

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約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。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準
1. 主任介護支援専門員（管理者）	1		1	1名

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、ご契約者の利用料負担はありません。

(1) サービスの内容

①居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、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。

②居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者又はその家族等に対して提供して、契約者にサービスの選択を求めます。

③介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を得た

上で決定するものとします。

⑤居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・ご契約者及びその家族等、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。
- ・ご契約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。

⑥居宅サービス計画の変更

ご契約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、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

⑦介護保険施設への紹介

ご契約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。

⑧医療・多職種連携

利用者が病院や診療所に入院された際には、担当の介護支援専門員の氏名や連絡先についてその医療機関へお伝えいただくようお願いします。

介護支援専門員は、居宅サービス事業者等から利用者に関する情報を受けた時や必要があるときは、利用者の同意を得て介護支援専門員が必要と認める口腔に関する問題、服薬に関する状態、心身または生活に必要な情報を主治の医師又は歯科医師もしくは薬剤師に提供します。

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望されている場合は、利用者の同意を得て主治の医師等に意見を求めます。また、介護支援専門員はその意見を踏まえてケアプランを作成した場合はそのケアプランの意見を求めた医師等に交付します。

(2) 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、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご契約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。但し、消費税の変動により若干の上乗せがあります。

要介護 1、2	10,860 円
要介護 3、4、5	14,110 円
初回加算	3,000 円

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) 秘密保持

利用者及び家族の秘密や個人情報は厳守いたします。

個人情報をサービス担当者会議等で、必要最小限使用することもあります。

(2) 介護支援専門員の交替

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、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

(3) 契約解除について

- ①. 要介護から非該当になった場合
- ②. 要介護から要支援になった場合
- ③. 施設入所した場合
- ④. 逝去された場合
- ⑤. その他、本人・家族の要望があった場合

7. 事故発生時の対応について

事故などの緊急時には、生命維持を最優先として、関係機関への連絡を迅速に行い適切な措置を講じます。合わせて家族への連絡を行いません。

8. 苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

9. 業務継続計画について

感染症や非常災害時に、適切なサービスの継続をできるように連携します。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 主任介護支援専門員 瀬口 郁司

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8:00～17:00 TEL.0930-52-3151

福岡県国民健康保険団体連合会 TEL.092-642-7859

広域連合豊築支部 TEL.0979-84-1111

築上町地域包括支援センター TEL 0930-52-0001

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

誠松園居宅介護支援事業所

説明者職名 管理者兼主任介護支援専門員 氏名 瀬口 郁司 印

私は、本書面に基づいて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提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

家族・代理人 (続柄) 印