

「居宅介護支援事業所」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。

(和歌山県知事指定 3071600203)

当事業所はご契約者に対して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険医療サービス、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態やご契約者とその家族等の希望をおうかがいして「居宅サービス計画」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、指定居宅サービス事業者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。

目次

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. 事故発生時の対応方法
8. 守秘義務
9. 損害賠償について
10. 苦情の受付について

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 明美会 きび在宅介護支援センター
- (2) 法人所在地 和歌山県有田郡有田川町小島 1 6
- (3) 電話番号 0737-52-7643
- (4) 代表者氏名 理事長 南 良暢

2. 事業の概要

- (1) 事業所の種類
- (2) 事業の目的
(運営規程 第 1 条)

医療法人明美会 きび在宅介護支援センターが開設する指定居宅介護支援事業所（以下「事業所」という。）が行う指定居宅介護支援の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態」という。）にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

- (3) 事業所の名称 居宅介護支援事業所 きび在宅介護支援事業所
- (4) 事業所の所在地 和歌山県有田郡有田川町小島 1 6
- (5) 電話番号 0737-52-7643
- (6) 事業所長 南 良暢
- (7) 当事業所の運営方針
- (8) 開設年月 平成 1 2 年 4 月

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 有田川町 湯浅町 広川町 有田市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	下記の通り
受付時間	月～金 8時30分～17時30分
サービス提供時間帯	月～金 8時30分～17時30分
休日	日・祝日 国民の休日 12/30～1/3

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。《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	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1 管理者	1 (兼)	—	1	1	居宅サービスの作成
2・介護支援専門員	3	—	3	3	

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、ご契約者の利用負担はありません。

(1) サービスの内容と利用料金（契約書第3～6条・第8条参照）

〈サービスの内容〉

I 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、置かれている環境を把握した上で、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」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。

〈居宅サービス計画作成の流れ〉

- ① 事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます。
- ② 居宅サービス計画の作成開始にあたって、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また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。（事業者の選定又は推薦に当たり、介護支援専門員は、契約者又はその家族の希望を踏まえつつ、公正中立に行います。）
- 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、その状況、内容、利用料等について契約者及び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する。

II 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、要介護認定の更新認定等に必要な援助を行います。

III 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変更が必要と判断した場合は、当事業所とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画の変更をします。

IV ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難に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、事業所が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受けられない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

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

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

(2) 介護支援専門員の交替（契約書第7条参照）

① 事業者からの介護支援専門員の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には、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。

② ご契約者からの交替を希望する場合には、当該居宅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、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

7. 事故発生時の対応方法（契約書第11条参照）

事業者、介護支援専門員又は従業者が居宅介護支援を提供する上で事故が発生した場合は、速やかに市町及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事業所に連絡するとともに、利用者の主治医又は医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

8. 守秘義務（契約書第12条参照）

事業者、介護支援専門員又は従業者は、居宅介護支援を提供する上で知り得たご契約者の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。

9. 損害賠償について（契約書第13条参照）

事業者の責任によりご契約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契約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態を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

10. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○ 苦情相談窓口

	担当者	受付時間(祝日・年末年始除く)	電話番号
医療法人明美会	事務長	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	0737-52-3730
国保連合会	介護サービス 苦情相談窓口	月～金 9:00～17:00	073-427-4662
有田川町	長寿支援課	月～金 8:30～17:15	0737-52-2111
湯浅町	健康福祉課	月～金 8:30～17:15	0737-64-1120
広川町	住民生活課	月～金 8:30～17:15	0737-63-1122
有田市	高齢介護課	月～金 8:30～17:15	0737-83-1111

(2) 苦情処理の方法

○ 苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。(内容・希望・第三者委員への報告の要否・第三者委員への話し合い等)

○ 苦情受付の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者と第三者委員報告します。

○ 苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は職員代表による苦情解決委員会を別に組織し、十分検討のうえ苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

○ 当法人の第三者委員

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。

医療法人明美会 きび在宅介護支援センター

説明者職名 介護支援専門員 氏名 増田 岳志 印

私は、本書面に基づいて事業所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いたしました。

利用者住所 氏名 印

代理人住所 氏名 印

令和 年 月 日

(代理人を選定した場合)

※ この重要事項説明書は、厚生省令第38号(平成11年3月31日)第4条の規程に基づき利用申し込み者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。