

居宅介護支援重要事項説明書

〈平成27年 4月 1日現在〉

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 38-9283 (午前8時30分～午後5時30分)

FAX 38-9281

担当介護支援専門員 氏名 _____

*ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. あさむつ苑居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	社会福祉法人 新清会
所在地	福井市引目町21-9-2
介護保険指定番号	居宅介護支援 (福井県1870100227号)
サービスを提供する地域*	福井市橋南地区、(みのり、木田、清明、麻生津)

*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名 (兼)		1名
介護支援専門員	4名		4名
事務職員	1名 (兼)		1名

(3) 営業時間

平日	午前8時30分～午後5時30分
----	-----------------

休業日：土日、年末・年始 (12/29～1/3,)、国民祝日

都合上、休日に利用希望の場合はご相談ください。

電話連絡先 38-9283 (時間外緊急電話38-9280)

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

- 1) 利用者やその家族等の相談に応じる。
- 2) かかりつけ医等と情報交換を行い、利用者の健康状態、ADL家族の状態など専門的に評価する。
- 3) アセスメントの結果をふまえてケアプランを作成する。
- 4) 利用者に対するケアの方針樹立 (サービス内容、提供者、頻度)

4. 利用料金

(1) 利用料

通常は、要介護または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。

保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月の居宅介護支援費は全額自己負担となります。

支払いを頂いたのち、当苑からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、福井市介護保険課の窓口へ提出し、所定の手続きを経ますと、滞納の状況により払い戻しを受けられる場合があります。

<加算体制>

居宅介護支援費 I	I 1042単位 II 1353単位	要介護1又は要介護2 要介護3、要介護4又は要介護5 中山間地域等に居住する者にサービス提供した場合の加算・・・ 所定単位数の5%増
特定事業所加算 II	400単位	基準のいずれにも適合し、常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置して いること <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の主任介護支援専門員を配置 ・利用者に関する情報又はサービス提供にあたって留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催 ・24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保 ・介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施 ・地域包括支援センターから困難事例を紹介された場合においても当該支援が困難な事例に係るものに指定居宅介護支援を提供 ・居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていない ・指定居宅介護支援の提供を受ける利用者が介護支援専門員1名あたり40名未満である ・法定研修等における実習受入事業所になるなど人材育成への協力体制の整備
入院情報連携加算	I 200単位 II 100単位	利用者が病院又は診療所に入院するにあたって当該病院又は診療所の職員に対して、情報提供した場合、1人につき1月に1回を限度として算定 <ul style="list-style-type: none"> I) 病院又は診療所に訪問し、情報提供 II) I 以外の方法で情報提供
退院・退所加算	300単位	当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成、調整をおこなった場合

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位	指定居宅小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を提供し、居宅サービス計画作成に協力した場合
初回加算	300単位	新規に居宅サービス計画を作成した場合および要介護区分の2段階以上の変更認定を受けた場合
複合型サービス事業所連携加算	300単位	指定複合サービスの利用を開始する際に、必要な情報を事業所に提供し、当該複合型サービス事業所の居宅サービス計画書の作成に協力した場合
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位	病院又は診療所の求めにより、当該病院または診療所の医師、看護師と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて必要なサービス利用の調整をおこなった場合、1人につき1月に2回を限度として所定単位数を加算
地域区分ごとの報酬単価（7級地）	1単位＝10.21	

（2）交通費

前記2の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。実施地域以外の方は境界より起算し片道1kmに当り20円、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費が必要になります。

（3）解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

（4）その他

支払方法

月ごとの精算とし、毎月10日までに前月分の請求をさせていただきます。月末までに指定の銀行口座より引き落としさせていただきます。契約時に口座自動引き落としの手続きをお取り下さい。なお、口座振替手数料を負担していただきます。

口座からの引き落とし日から10日目以降に請求書を持参いただきますと、領収印を押させていただきます。

（5）利用料金の変更

上記の各利用料については、国の基準等の改正、その他社会経済情勢の変動に伴って変更することができるものとします。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当苑職員がお伺い致します。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合、文書でお申し出下されば、いつでも解約できます。

②当苑の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、施設の閉鎖・縮小等で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。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

利用者やその家族等が、当苑及び介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 事故発生時の対応および損害賠償

*サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置をとります。

*事業所の責めに帰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。

*利用者の責めに帰すべき事故が発生した場合は損害賠償の請求をいたします。

7. サービス内容に関する苦情

(1) 当苑の窓口

①苑の窓口

居宅介護支援に関するご相談・苦情を承ります。窓口までお申しつけください。なお窓口の詳細は、当施設正面玄関に掲示してあります。

担当者 坂下 邦恵 電話：38-9283

FAX：38-9281

②苦情相談第三者委員

苦情相談第三者委員を下記のように設けておりますので、委員に相談・苦情・意見等を申し出ることできます。

苦情相談第三者委員

酒井 郷 衛 福井市江端町24-22 電話 38-2172

福野 家 光 福井市安保町9-13 電話 38-1243

下川 道 雄 福井市宝永3丁目7-22 電話 22-5253

近藤 喜代美 福井市種池2-82 電話 35-8009

③理事長へ直通の私書箱

〒918-8691 福井南郵便局 私書箱12号（住所記入不要です）

社会福祉法人 新清会 理事長 吉田新内 宛

(2) 当苑以外の窓口

市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

福井市役所介護保険課

電話：20-5715

福井県国民健康保険団体連合会

苦情処理窓口

電話 57-1614 まで

8. 苦情処理の体制

苦情があつた場合は、次の体制で行います。

- ① 苦情内容の把握と説明
- ② 苦情への具体的対応
- ③ 申立者への結果報告
- ④ 苦情処理台帳の作成
- ⑤ 関係機関への報告

居宅介護支援のサービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

平成____年____月____日

事業者 所在地
名称

代表者

説明者 所属 あさむつ苑 居宅介護支援事業所

氏名 _____印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____印

代理人兼連帯保証人

住所 _____

氏名 _____印

○緊急時の対応

利用者氏名		生年月日			
			年	月	日生

体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先 1					
氏名					
	(続柄)				
住所	〒		—		
電話番号	()		—		
勤務先電話	()		—		
携帯電話	()		—		
緊急連絡先 2					
氏名					
	(続柄)				
住所	〒		—		
電話番号	()		—		
勤務先電話	()		—		
携帯電話	()		—		

主治医 1	
病院または 診療所名	
医師	
医師	
主治医 2	
病院または 診療所名	
医師	
医師	

利用者に関する個人情報の第三者への提供に関する同意書

利用者氏名 (以下「利用者」という) と社会福祉法人新清会あさむつ苑居宅介護支援事業所 (以下「事業者」という) は、利用者に関する個人情報を第三者機関へ提供することに関して、以下の3項に同意する。

- 1、事業者および事業者の使用するものは、サービスを提供する上で知りえた利用者およびその家族等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務はサービスに関する契約が終了した後も同様とする。
- 2、事業者および事業者の使用するものが、サービスを提供する上で知りえた利用者およびその家族等に関する情報に関して、事業者が提供するサービス以外に利用者が利用するサービスを提供する第三者の機関等 (病院・居宅介護支援事業所等) に対して、提供することが必要かつ適切であると判断した内容の情報を事業者が提供することに、利用者あるいは、その代理人はこの書面にて同意する。
- 3、事業者および事業者の使用する者が、サービス提供をする上で知りえた利用者およびその家族等に関する情報に関して、事業者は、前項に関する情報の提供以外に利用者あるいはその代理人から予め文書で同意を得ない限り、第三者への情報の提供をしないこと。

契約締結日 平成 年 月 日

契約者氏名

利用者

[住 所]

[氏 名]

印

代理人兼連帯保証人

[住 所]

[氏 名]

印

事業者

[住 所]

[事業者名]

[代表者名]

印