

「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。
(岐阜県指令東福第36号の32)

当事業者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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「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ない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会
- (2) 所在地 岐阜県恵那市大井町727-11
- (3) 電話番号 0573-26-5221
- (4) 代表者氏名 会長 宮地 政臣

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 居宅介護支援
(平成16年10月25日指定、第2171700558号)
- (2) 事業所の目的 指定居宅介護支援サービスは、介護保険法令に従いご契約者(利用者)が、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、公正 中立に居宅介護支援サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 恵那市社協ケアプラン明智・山岡
- (4) 事業所の所在地 岐阜県恵那市山岡町上手向 1228 番地1
- (5) 電話番号 0573-57-3131
- (6) 事業所長(管理者)氏名 鈴木 美子
- (7) 開設年月 平成16年10月25日
- (8) 通常事業の実施地域 恵那市山岡町・明智町 串原
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日(国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く)
受付時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時15分(なお、携帯電話により、24時間常時連絡が可能な体制をとっています。)

3. 職員の配置状況

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	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名		1名
2. 介護支援専門員(ケアマネジャー)	5名	名	5名

☆ 介護支援専門員の指定基準は利用者35人に対して介護支援専門員1人です。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
介護支援専門員	勤務時間: 8:30~17:15

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所ではご契約者に対して以下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

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス(契約書第3条から第6条参照)

以下のサービスについては、利用料金の全てが介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

当該事業の目的達成に必要な情報提供を公正中立に行い、要介護者または要支援者とその家族の意見の尊重を前提に、医療保険サービス並びに福祉サービス等の社会資源を最大限活用します。各事業所及び関係機関との連携をもとに、効果的な居宅サービス計画を作成し、要介護者または要支援者とその家族の同意を得た後、計画の実現のための手続き及び連絡調整を行います。また高齢者虐待防止法に基づき ご契約者の人格を尊重し、その職務を遂行します。

居宅サービス計画作成後においても、1か月に1回以上の訪問を行うことによって、要介護者または要支援者の状況を確認し、計画事業の実施状況についても把握を行うものとし、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行います。

要介護認定の更新申請についても、有効期間が終了する概ね1か月前からできるように必要な支援を行います。

地域包括支援センターから紹介のあった困難事例等においては、当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合等、正当な理由がある場合を除き、居宅介護支援を提供することとします。

〈サービス利用料金(1月当り)〉(契約書第8条、第9条参照)

ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、下記サービス利用料金の全額を一旦

お支払いいただきます。要支援又は要介護認定を受けた後、介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

サービス利用料金 居宅介護支援費 (I)	要介護1・2 1,042単位 要介護3.4.5 1,353単位	介護保険により 全額負担されます。
	初回加算 300単位 特定事業所加算(II) 400単位 特定事業所加算(III) 300単位 入院時情報連携加算(I) 200単位 入院時情報連携加算(II) 100単位 退院・退所加算 300単位 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算300単位 看護小規模多機能型介護支援事業所連携加算 300単位 緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位	

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第8条参照)
以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

○通常の事業実施地域以外へのサービスの提供(契約書第8条参照)

通常の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、お住まいと当事業所との間の交通費をいただく場合があります

ア. 自動車利用の場合 25円/km

イ. 公共交通機関の場合 実費

☆ 経済状況の著しい変化その他やむをえない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第8条参照)

利用料金は、1ヶ月ごとに請求しますので、翌月末日までに事業者が発行する納付書によりお支払いください。

5. 守秘義務等

(1) 事業者、介護支援専門員は業務上知り得たご契約者およびそのご家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は本契約の終了した後も継続します。

(2) 前項に関わらずご契約者のケアプランにかかるサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合にはその個人情報を用いられるご契約者等の事前の同意を文書によ

り得た上で、ご契約者またはそのご家族等の個人情報を用いることができるものとし
ます。

6. 損害賠償責任(契約書第12条)

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、契
約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者のおかれた心身の状況を勘案して
相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 契約の解除(契約書第14条、第15条)

ご契約者は、契約期間中、契約を解除できます。ただし、ご契約者は契約終了を希望する7
日前までに事業者へ通知してください。その他、ご契約者は、事業者または介護支援専門員
が次の事項に該当する行為を行った場合、契約を解除できます。

- ① 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
- ② 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
- ③ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失により契約者もしくはその家族等の身体・
財産・信用等を傷つけ、又著しい不信行為、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

8. 苦情の受付について(契約書第17条参照)

(1) 苦情の受付 当事業所における苦情の受付

当事業所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(担当者) 管理者 鈴木 美子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

電話番号 0573-57-3131

<苦情解決責任者> 恵那市社会福祉協議会 常務 小林 規男

電話番号 0573-26-5221

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場か
ら本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への
苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

名 前	連 絡 先
古山 昭次	電 話 0573-25-4489
緩目 章	電 話 0573-43-2786

(3) 行政機関その他苦情受付機関

恵那市役所 介護保険担当課	所在地 岐阜県長島町正家 1-1-1 電話番号 0573-26-2111(内 125) F A X 0573-25-7294 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-275-9826・FAX058-275-7635 受付時間 午前8時 30 分から午後 5 時 15 分
岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-278-5136・FAX058-278-5137 受付時間 午前8時 30 分から午後 5 時 15 分

平成 年 月 日

指定居宅介護支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

恵那市社協ケアプラン明智・山岡

説明者氏名

㊞

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、指定居宅介護支援の提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名

㊞

代理人

㊞