

# 居宅介護支援重要事項説明書

<2015年4月1日現在>

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0739-47-3659 (午前9時00分～午後6時00分)

担当 崎山 賢士 (社会福祉士 介護支援専門員)

※ご不明な点はお気軽にお問い合わせください。

## 2. 居宅介護支援事業者 愛の園 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	居宅介護支援事業者 愛の園
所在地	和歌山県西牟婁郡上富田町生馬 316 番地の 56
介護保険指定番号	3072400413
サービスを提供する地域	上富田町 ※左記地域以外の方でもご利用いただけます。

### (2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	社会福祉士	1名			1名
介護支援専門員	社会福祉士	2名		居宅介護支援	2名
	介護福祉士	2名		居宅介護支援	2名

### (3) 営業時間

平日	午前9時00分～午後6時00分
営業時間外 (緊急連絡先)	転送電話 (0739-47-3659 に電話をかけていただくと原則 24 時間いつでも担当者の携帯電話につながります。)

## 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 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、またサービス事業所の選定については中立公正に配慮した上で、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。

## 4.利用料金

### (1)利用料

要介護1・2 15,980円 要介護3・4・5 19,550円

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ため、利用者の方の自己負担はありません。

- 上記利用料には特定地域居宅介護支援加算(基本単価の15%増し)が加算されています。加えて、居宅介護支援特定事業所加算Ⅱ(400単位)が加算されますが、この居宅介護支援特定事業所加算Ⅱの要件は以下の通りです。

・専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を2名以上配置しています。  
・専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を3名以上配置しています。  
・利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催しています。  
・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しています。  
・当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施しています。  
・地域包括支援センターから支援が困難な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者に指定居宅介護支援を提供しています。  
・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ません。  
・指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり40名未満です。  
・介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。

- この他、利用者の状況や状態により、退院退所加算等が加算されます。これらについてはその都度その内容をご説明させていただきますが、いずれも介護保険制度から全額給付されるため、利用者の方の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ヶ月につき要介護度に応じて上記の金額を頂き、当事業所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、上富田町などの窓口に出しますと、全額支払を受けられます。

### (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。

それ以外の地域の方は、交通費の実費として、下記の通り通常の実施地域を越えた地点から徴収しています。(有料道路料金は別途)

- 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道30Km未満 1,000円
- 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道30～50Km未満 1,500円
- の事業の実施地域を越えた地点から片道50Km以上の場合は10Km毎300円加算

### (3)解約料

利用者の方のご都合により解約した場合、下記の料金をいただきます。

- 契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約した場合  
→ 居宅サービス計画作成費(利用料)の30%
- 保険者(市町村)への居宅サービス計画の届出が終了後に解約した場合  
→ 料金は一切かかりません

### (4)その他

支払方法

- 料金が発生する場合、月ごとの清算とし、毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内にお支払いください。
- お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払方法は、銀行振込、現金集金の2通りの中からご契約際にご選べます。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用方法

居宅介護支援契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

- ① 利用者の方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 当事業所の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情により、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。
  - 利用者の方が介護保険施設等に入所もしくは遠方に転居した場合
  - 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、要支援1・要支援2、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。
  - 利用者の方が亡くなられた場合
- ④ その他
  - 利用者の方やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続しがた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、即座にサービスを終了させていただきます。
  - 利用者の要介護認定区分が、要支援1もしくは要支援2となった場合は「予防給付」となりますので、当事業所での居宅サービス計画作成ができません。その場合は、各市町村に設置されている地域包括支援センターに引き継ぐ事となります。

## 6. 個人情報の保護

- ① 当事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- ② 当事業所は、介護支援専門員その他の従業者であったものが、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- ③ 当事業所は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報をを用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報をを用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書により得ます。

## 7. サービス内容に関する苦情

当事業所利用者相談・苦情担当

当事業所介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談、苦情を承ります。

担当 ① 当事業所管理者 崎山 賢士  
② 当法人代表者 宮崎 靖子  
電話 0739-47-3659

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

1. 上富田町 住民生活課 介護保険係 担当窓口  
電話 0739-47-0550

〒649-2192 西牟婁郡上富田町朝来 763

2. 和歌山県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口  
電話 073-427-4662

〒640-8137 和歌山市吹上 2-1-22 日赤会館内

3. 和歌山県福祉サービス運営適正化委員会 介護保険課 担当窓口  
電話 073-435-5527

〒640-8545 和歌山市手平 2-1-2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 7 階

### 8. 事故発生時の対応

1. 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
2. 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
3. 利用者に対する指定居宅支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、賠償保障を速やかに行ないます。

平成 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、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、交付しました。

事業所

所在地 〒649-2103  
和歌山県西牟婁郡上富田町生馬 316 番地の 56

名称 居宅介護支援事業者愛の園 印

説明者 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、これに同意し、交付を受けました。

利用者

<住 所>

<氏 名> \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

<住 所>

<氏 名> \_\_\_\_\_ 印