「指定居宅介護支援」重要事項説明書

雨竜寿園居宅介護支援事業所

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（北海道指定 第 0177400140 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、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。

※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。

◇◆目次◆◇

1．事業者 2
2．事業所の概要 2
3．事業実施地域及び営業時間 3
4．職員の体制 3
5．当事業所が提供するサービスと利用料金 3
6．サービスの利用に関する留意事項 5
7．緊急時及び事故発生時の対応 5
8．苦情の受付について 5
9．サービス提供における事業者の義務. 6
10．損害賠償について. 6
11．サービス利用をやめる場合. 6

１．事業者

（１）法 人 名　　社会福祉法人　雨竜ことぶき会

（２）法人所在地　　北海道雨竜郡雨竜町字満寿 37 番地

（３）電話番号　　0125－78―3560

（４）代表者氏名　　理事長 猪股　浩徳

（５）設立年月　　昭和 54 年 8 月 29 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

（２）事業の目的　社会福祉法人雨竜ことぶき会が開設する雨竜寿園居宅介護支援事業所(以下「事業所」という)の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という)にある高齢者に対して、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。

（３）事業所の名称　雨竜寿園居宅介護支援事業所・平成 16 年 4 月 1 日指定
北海道 0177400140 号

（４）事業所の所在地　北海道雨竜郡雨竜町字満寿 37 番地 43

（５）電話番号　　0125－79－2060

（６）事業所長（管理者）氏名　松浦 義徳

（７）当事業所の運営方針

① 事業所の介護支援専門員は、要介護状態等になった利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営む事が出来るよう配慮し、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じ、利用者の選択に基づき、適正な保健医療サービス及び福祉サービス(以下「指定居宅サービス等」という)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支援します。

② 事業の実施に当たっては、指定居宅サービス事業者、介護保険施設、地域の保健･医療･福祉サービス等との綿密な連携を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるよう指定居宅サービス等が特定の種類又は指定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公平中立な業務に努めます。

（８）開設年月　　平成 16 年 4 月 1 日

（９）事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

[指定訪問介護事業]　平成 16 年 4 月 1 日指定　北海道指定 0177400140 号

[指定短期入所生活介護事業]　平成 12 年 4 月 1 日指定　北海道指定 0177400140 号

[指定介護老人福祉施設] 平成 12 年 4 月 1 日指定　北海道指定 0177400140 号

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　雨竜町

（２）営業日及び営業時間

営　　業　　日	月曜日から金曜日　但し祝日、12 月 31 日から 1 月 4 日を除く
営　業　時　間	平日　月～金　　8 時 30 分～17 時 30 分
サービス提供時間帯	平日　月～金　　8 時 30 分～17 時 30 分

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	配置数	職務の内容
１．事業所長（管理者）[常勤兼務]	１名	運営規程の管理
２．介護支援専門員　[常勤専従]	１名以上	居宅介護支援

※ 介護支援専門員は常勤換算法による

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）サービスの内容と利用料金（契約書第 3～5 条、第 10 条・第 11 条参照）

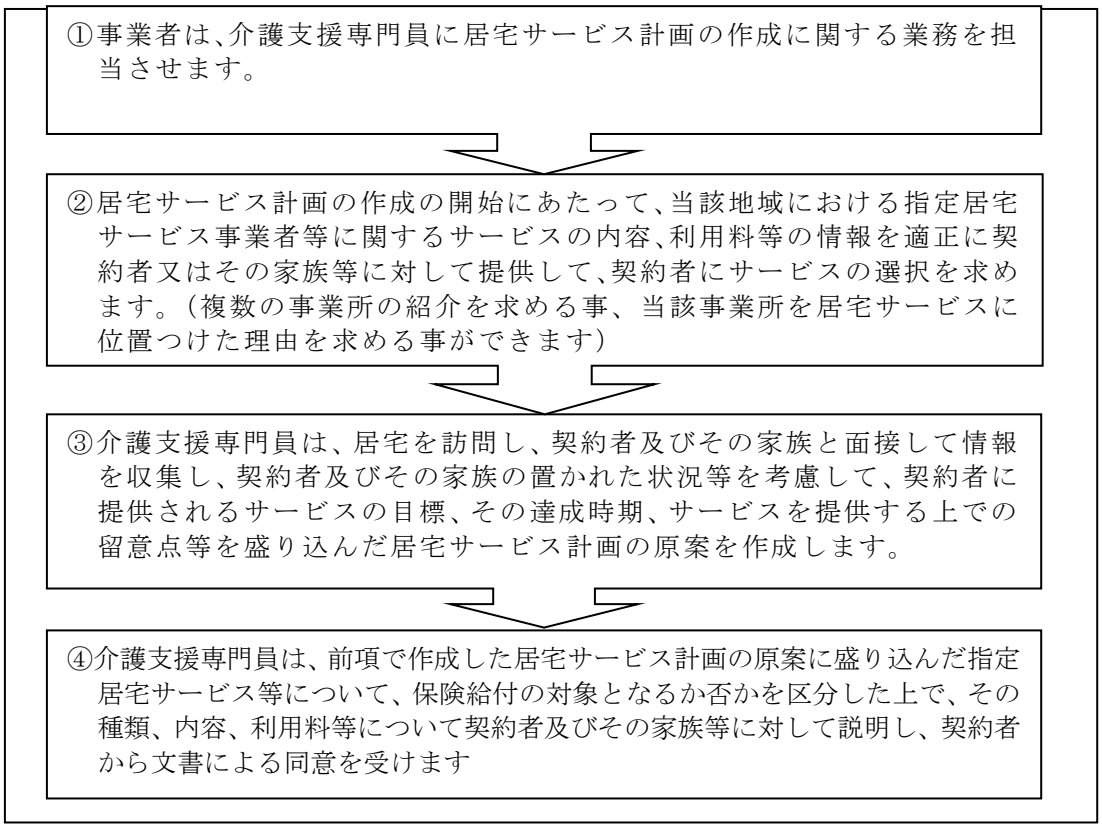
＜サービスの内容＞

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。

・ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、ご契約者に当事業所が前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与（以下、訪問介護等という。）の各サービスの利用割合及び、前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護等の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合を説明し、期間ごとに別紙にて各サービスの利用割合を提示します。

＜居宅サービス計画の作成の流れ＞



②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。

③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。

④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。

＜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。

要介護１、２	要介護３～５
１２，４９０円	１６，２３０円

（２）交通費（契約書第 10 条参照）

交通費は無料です。

（３）利用者及び家族の方は、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。

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。

７．緊急時及び事故発生時の対応

訪問時において、利用者の体調等が急変した際、主治医又は、医療機関に適切に連絡を取り、必要な行為を行います。また、事故等により、財産の破損等の際は速やかに契約者及び利用者に連絡いたします。

８．苦情の受付について（契約書第 19 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専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

［職名］　　管理者　松浦 義徳

○受付時間　　毎週月曜日～金曜日　午前 8 時 30 分～午後 17 時 30 分

（２）行政機関その他苦情受付機関

雨竜町役場住民課福祉係	所 在 地　雨竜郡雨竜町字フシコウリュウ 104 番地 電話番号　0125-77-2211　FAX 0125-78-3122 受付時間　午前 8 時 45 分～午後 17 時 15 分
雨竜町 地域包括支援センター	所 在 地　雨竜郡雨竜町字フシコウリュウ 104 番地 電話番号　0125-74-5717　FAX　0125-78-3122 受付時間　午前 8 時 45 分～午後 17 時 15 分
空知中部広域連合	所 在 地　空知郡奈井江町字奈井江 10-28 電話番号　0125-66-2152　FAX 0125-66-2138 受付時間　午前 8 時 30 分～午後 17 時 00 分
国民健康保険団体連合会	所 在 地　札幌市中央区南２条西 14 丁目 電話番号　011-231-5161　FAX 011-231-5178 受付時間　午前 9 時 30 分～午後 17 時 00 分
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所 在 地　札幌市中央区北２条西 7 丁目 電話番号　011-204-6310　FAX 011-204-6311 受付時間　午前 9 時 00 分～午後 17 時 00 分

９．サービス提供における事業者の義務（契約書第 12 条、第 13 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご契約者に提供した居宅介護支援について記録を作成し、その完結の日から 2 年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

②ご契約者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合その他ご契約者から申し出があった場合には、ご契約者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。

③事業者、介護支援専門員または従業員は、居宅介護支援を提供するうえで知り得たご契約者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。（守秘義務）

- サービス担当者会議など、契約者に係る他の居宅介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

10. 損害賠償について（契約書第 14 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況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

11. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の日までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で自動更新され、以後も同様となります。（契約書第 2 条参照）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 15 条参照）

①ご契約者が死亡した場合

②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が非該当（自立）と判定された場合

③ご契約者が介護保険施設に入所した場合

④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）

⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 15 条、第 16 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

① 事業者が作成した居宅サービス計画に同意できない場合
② 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
③ 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
④ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 18 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

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。

事業者

事業者所在地　雨竜郡雨竜町字満寿３７番地４３

事業所名称　社会福祉法人雨竜ことぶき会

雨竜寿園指定居宅介護支援事業所

説明者氏名　介護支援専門員　　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の提供開始に同意しました。

契約者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

契約者は、身体の状況等により署名ができないため、契約者本人の意思を確認の上、私が契約者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※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 条の規定に基づき、利用申込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。