

重要事項説明書（指定居宅介護支援）

指定居宅介護支援のサービス提供の開始にあたり、厚生労働省令第38号に基づいて当事業所の概要・サービス内容・契約上に関する事項を次のとおり説明致します。

当事業所は介護保険法第79条の2第1項の規定に基づき、同法第46条第1項本文の指定居宅介護支援事業者として、指定を受けています。（事業所番号 0113511505）

※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1～5」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られていない方でも、緊急時等はサービス利用可能です。

1. 事業所が提供するサービスについての相談窓口（電話番号・担当者）

TEL 0143-83-3810

指定居宅介護支援事業所あおい（愛桜）

担当者 介護支援専門員（ケアマネジャー）

氏名 _____

2. 事業者及び事業所の概要

(1) 事業者

- ◇所在地 登別市中登別町24番地12
- ◇法人名 医療法人社団 千寿会
- ◇代表者氏名 理事長 千葉泰二

(2) 事業所

- ◇所在地 登別市登別東町3丁目1番地2
- ◇事業所名 指定居宅介護支援事業所あおい（愛桜）
- ◇電話番号等 Tel 0143-83-3810 Fax 0143-83-0811
URL <http://www.sanai-hospital.or.jp> E-mail kyotaku.aoi@sanai-hospital.or.jp
- ◇サービス提供地域 登別市全域、室蘭市・白老町は一部地域
- ◇介護保険指定番号 0113511505

(3) 職員の勤務体制等

- ◇事業開始（指定）年月日 平成12年 4月 1日
- ◇営業日 月曜日～金曜日 土曜日～事務処理
- ※ 但し、土・日・祝祭日・法人開院記念日・12月31日から1月3日は休み
- ◇営業時間及び受付時間 午前8時30分～午後5時00分
- ◇職員体制
管理者 1名
介護支援専門員 常勤専従1名 常勤兼務1名
事務職員 1名
苦情処理担当 1名

3. 指定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) 居宅サービス計画の作成（MDS方式）

- ・ ご自宅を訪問し、あなたやご家族からお話をお伺い致します。
- ・ あなたのご了承を得て、主治医にご意見をお聞きすることがあります。
- ・ 介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いてご検討致します。
- ・ サービス計画の内容、利用料、保険等についてご説明し、ご了解を得ます。

(2) 手続き等の代行

- ・ 要介護認定の申請、更新等の代行
- ・ サービス事業所等への連絡調整
- ・ 給付管理票の作成、提出

※毎月、国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスチェック致します。

(3) このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切にサービスを提供致します。サービスの提供にあたっては、わかりやすいよう懇切丁寧に説明致します。

- ・ ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所は、複数の紹介を求める事ができます。
- ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求める事ができます。
- ・ 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は、別紙のとおりです。

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定(要介護1～5)を受けられた方は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はございません。

※保険料の滞納等により保険給付金が直接事業所に支払われない場合、1ヶ月につき下記の料金を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行致します。このサービス提供証明書を保険者(市町村)の介護保険担当課に提出しますと原則、全額払い戻しを受けられます。

◎居宅介護支援費 I i <取扱件数が45件未満の場合>

要介護1・2 10,860円/月

要介護3・4・5 14,110円/月

◎居宅介護支援費 I ii <取扱件数が45件以上60件未満の場合>

要介護1・2 5,440円/月

要介護3・4・5 7,040円/月

(45件以上60件未満の部分のみ適用) ※45件未満の部分は居宅介護支援費 I i を適用。

◎居宅介護支援費 I iii <取扱件数が60件以上の場合>

要介護1・2 3,260円/月

要介護3・4・5 4,220円/月

(45件以上の部分のみ適用) ※45件未満の部分は居宅介護支援費 I i を適用。

◎初回加算 3,000円/月

※算定要件：新規に居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合。

◎入院時情報連携加算 I 2,500円/月(月1回を限度)

※算定要件：利用者が入院した日のうちに、医療機関へ情報提供した場合。

◎入院時情報連携加算 II 2,000円/月(月1回を限度)

※算定要件：利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、医療機関へ情報提供した場合。

◎退院・退所加算(入院または入所中につき月1回を限度。初回加算との同時算定不可。)

連携1回 4,500円/月(カンファレンス参加なし) 6,000円/月(カンファレンス参加あり)

連携2回 6,000円/月(カンファレンス参加なし) 7,500円/月(カンファレンス参加あり)

連携3回 9,000円/月(カンファレンス参加あり)

※算定要件：退院又は退所にあたり病院等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報を得、ケアプランの作成、サービス調整を行った場合。

◎通院時情報連携加算 500円/月

※算定要件：利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の情報提供を行い、医師等から利用者に関する情報提供を受けた上で、ケアプランに記録した場合。

◎緊急時等居宅カンファレンス加算 2,000円/月(月2回を限度)

※算定要件：病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合。

(2) 交通費の料金は一切かかりません。

(3) 解約料

ご契約者はいつでも本契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

*サービス終了の場合

①ご契約者のご都合でサービスを終了する場合

※文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

②介護保険施設などに入所、又は180日以上医療入院した場合

※入院時には、担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関にお知らせ下さい。

③介護保険給付でサービスを受けていたご契約者の要介護認定区分が、非該当（自立）、または要支援1、要支援2と認定された場合

④ご契約者がお亡くなりになった場合

*計画書等の交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付致しますので、お申し出ください。

5. 事故発生時の対応について

(契約書第14条、第15条、第16条参照)

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。当事業所において、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。但し、その損害の発生について、ご契約者にも故意又は重大な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限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. サービス内容に関する苦情

(契約書第17条参照)

① 当事業所の指定居宅介護支援に関するご相談、苦情及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は、対応委員会及び第三者委員会で承ります。

尚、第三者委員へ直接申し出ることもできます。

- | | |
|----------|-------------------------------|
| 1. 受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時00分 |
| 2. 電話番号 | 0143-83-3810 |
| 3. 苦情担当者 | 吉田 美樹 (指定居宅介護支援事業所あおい(愛桜)管理者) |
| 4. 第三者委員 | 成田 光男 |

② 行政機関その他苦情受付機関

当事業所で解決できない苦情等は、下記機関に申し立てることができます。

1. 北海道福祉サービス運営適正化委員会
〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 3F
Tel 011-204-6310 Fax 011-204-6311
E-mail tekisei@vesta.ocn.ne.jp
2. 北海道国民健康保険団体連合会
〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
Tel 011-231-5161 Fax 011-233-2178
3. 登別市役所 登別市保健福祉部 高齢・介護グループ
〒059-8701 登別市中央町6丁目11番地
Tel 0143-85-5720 Fax 0143-81-3293

7. 高齢者虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、高齢者虐待防止のための指針を定め、研修等を通じて従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努め必要な措置を講じます。

8. 業務継続計画について

事業所は、感染症及び自然災害が発生した場合において、業務継続のための計画書を作成し、緊急時の対処から平常回復までの対応を定め、利用者及びその家族への影響を最小限に留める環境を整えます。

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	実施した直近の年月日	実施した評価機関の名称	評価結果の開示状況
無			

10. 重要事項説明確認

令和 年 月 日

指定居宅介護支援事業所あおい(愛桜)の居宅介護支援の提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職氏名 介護支援専門員

私は、本書面に基づいて上記事業所職員から説明を受けたことを確認します。

利用者 住 所

氏 名 _____

利用者の家族等 住 所

氏 名

(続 柄)