

居宅介護支援 重要事項説明書

〈 平成 年 月 日 現在 〉

1.利用者(被保険者)

要介護状態区分	
要介護認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
認定審査会意見	

2.事業者

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所の名称	居宅介護支援事業所 長 光 園
所在地	福岡県直方市大字頓野 259 番地の 53
管理者氏名	原 裕人
電話番号	0949-26-8586
F A X 番号	0949-26-3626
事業者指定番号	福岡県 4071701090 号
サービス提供地域	直方市、宮若市及び北九州市八幡西区

※上記地域以外でもご希望の方は、ご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

職 種	人 数
管 理 者	1名 (介護支援専門員との兼務)
介護支援専門員	2名以上

(3) サービス提供の時間帯

営 業 日	月～土曜日 8:30 ～ 17:30 但し、電話等により 24 時常時受付等が可能な状態とし、必要と認められた場合はこの限りではありません。Tel050-3754-5277 (原)
休 日	日・祝日及び年末年始 (12 月 30 日～1 月 3 日)

(4) 事業所であわせて実施するサービス

サービスの種類 (介護保険指定番号)	サービスを提供する地域
通所介護 (4071701116 号)	直方市と宮若市、北九州市八幡西区、福智町、鞍手町の区域
短期入所生活介護 (4071701124 号)	直方市、北九州市八幡西区
介護老人福祉施設 (4071701132 号)	

3.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

対象者及びご家族の要望や意向を踏まえたうえで、係るサービス提供事業者と連携、調整を図り、対象者の居宅サービス計画 (ケアプラン) を作成します。

(2) 運営方針

介護支援専門員は、公正・中立を常とし、対象者の利益を第一に考え対象者が自立した生活を営めるように支援します。

4.サービスの内容

- ① 居宅サービス計画の作成・交付
- ② 要介護認定の申請代行
- ③ 給付管理表の作成
- ④ 介護保険施設の紹介
- ⑤ 居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）
- ⑥ サービス担当者会議の召集
- ⑦ 苦情（相談）の対応

5.利用料金

(1) 利用料

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。

但し、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき別紙の金額をいただき、当事業所より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お住まいの市町村の窓口へ提出し要件を満たすと、全額払戻を受けられます。

(2) 交通費

サービス提供地域にお住まいの方は、無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、次の実費を頂きます。通常の事業実施地域を越えた時点から、片道おおむね20km以上300円、以降5km越えるごとに200円。

6.秘密保持

支援事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持することを厳守します。

また、支援事業者は従業者が退職した後も、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

7.キャンセル料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切の料金はかかりません。

8.利用者へのお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、居宅サービス計画書などは、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明等と一緒に大切に保管してください。

9.相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当施設ご利用相談室	苦情担当責任者：井手上稔弘 窓口担当者：生活相談員 吉田、山口、介護支援専門員 原裕人 ご利用時間：午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法：電話 0949 (26) 3625、来 園 苦情箱（施設内 1 階エレベータ前に設置）
苦情処理第三者委員会	草原祐雄 様 TEL0949-26-0318 岩熊邦男 氏 TEL0949-24-1145

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

直方市役所 保険課 介護保険サービス係	電話番号：0949 (25) 2390
北九州市八幡西区役所 保健福祉課	電話番号：093 (642) 1441 内線 407
宮若市役所 健康増進課 老人福祉係	電話番号：0949 (32) 0515
福岡県 国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号：092 (642) 7859 FAX 番号：092 (642) 7857
福岡県運営適正化委員会（福岡県社協）	所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 4 階（東棟） 電話番号：092 (915) 3511 FAX 番号：092 (915) 3512

★成年後見制度・日常生活自立支援においても、次の機関において相談ができます。

障がい者基幹相談支援センター かのん	所在地：直方市津田町 7-20 電話番号：0949 (24) 1551
社団法人 福岡県社会福祉士会「ぱあとなあ福岡」	所在地：福岡市博多区博多駅前 3 丁目 9 番 12 号 601 号室 電話番号：092 (483) 2944

10.事故発生時の対応

方が一介護支援業務中に事故が発生した場合は、速やかに応急処置を行うと共に、ご家族に連絡致します。必要に応じ、かかりつけ医・協力病院・救急医療センター、関係行政機関等に相談・連絡・連携等の対応を行います。

11.損害賠償責任保険

保 險 会 社	あいおいニッセイ同和損害保険(株)
保 險 内 容	人身事故、財物事故等

平成 年 月 日

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

〈事業者〉所在地 福岡県直方市大字頓野 259 番地の 53
事業所名 社会福祉法人 誠 光 会
居宅介護支援事業所 長 光 園

介護支援専門員 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援サービスについて重要な事項の説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

〈利用者〉 住 所 _____
氏 名 _____ 印

〈署名代行者〉 住 所 _____
氏 名 _____ 印

続柄（利用者との関係） _____

別紙

【基本料金】居宅介護支援費

要介護1又は要介護2	10,420円
要介護3、要介護4又は要介護5	13,530円

【加算について】

ア 初回加算

要介護1・2・3・4・5	3,000円/月
--------------	----------

※算定要件

- ・新規に居宅サービスを作成した場合。
- ・要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合。
- ・要介護状態区分が2段階以上変更となった場合。

イ 入院時情報連携加算

区分	要介護1・2・3・4・5
入院時情報連携加算Ⅰ	2,000円/月
入院時情報連携加算Ⅱ	1,000円/月

※算定要件

- I. 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。
- II. 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

ウ 退院・退所加算

要介護1・2・3・4・5	3,000円/回
--------------	----------

※算定要件

- ・入院等期間中に3回まで算定することを可能とする。

エ 緊急時等居宅カンファレンス加算

要介護1・2・3・4・5	2,000円/回
--------------	----------

※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。
- ・1月に2回を限度として算定できること。

オ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

要介護1・2・3・4・5	3,000円/回
--------------	----------

※算定要件

- ・指定小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、事業所に必要な情報を提供し居宅サービス計画の作成などに協力した場合。

カ 看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

要介護1・2・3・4・5	3,000円/回
--------------	----------

※算定要件

- ・小規模多機能型居宅介護事業所連携加算と同様の加算。

キ 特定事業所加算（Ⅲ）

要介護 1・2・3・4・5	3,000 円／月
---------------	-----------

※算定要件

- (i) 特定事業所加算Ⅰの要件(3)(4)(6)(7)(9)(10)(11)の要件を満たしていること。(以下抜粋)
- (3) 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(概ね週1回以上)開催すること
 - (4) 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する体制を確保していること
 - (6) 介護支援専門員に対し計画的に研修を実施していること
 - (7) 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、居宅介護支援を提供していること
 - (9) 運営基準減算・特定事業所集中減算を受けていないこと
 - (10) 利用者数(予防含む)が、介護支援専門員1人当たり40名未満であること
 - (11) 介護支援専門員実務者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
(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)
- (ii) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置すること
(管理者との兼務可)
- (Ⅲ) 常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置すること
(管理者との兼務可)

個人情報の使用に係る同意書

社会福祉法人 誠光会が、利用者及び家族の個人情報を以下の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

平成 年 月 日

〈利用者〉 氏 名 _____ 印 _____

〈ご家族〉 氏 名 _____ 印 _____

続柄（利用者との関係） _____