

「指定居宅介護支援事業所」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
(第 2470200250 号)

当事業所は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。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 アパティア福祉会
- (2) 法人所在地 三重県桑名市長島町西外面 1070 番地
- (3) 電話番号 0594-42-1600
- (4) 代表者氏名 理事長 桑名 良輔

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
平成17年4月1日指定 2470200250号
- (2) 事業所の名称 ハピネスやさ在宅介護支援センター
- (3) 事業所の所在地 三重県四日市市千代田町325番1
- (4) 電話番号 059-366-3301
- (5) 管理者氏名 山崎 享美
- (6) 当事業所の運営方針
 - ① 事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、地域の多様な事業者から、ご契約者の選択に基づき医療・保健・福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるように配慮します。
 - ② ご契約者の意志及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立って、提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
 - ③ ご契約者の意志に基づいた契約であることを確保するため、ご契約者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、居宅サービス計画原案に位置付けた事業所の選定理由について説明の申し出があった場合は、すみやかに対応します。

＊尚、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通りです。

(7) 開設年月 平成12年4月1日

(8) 同一法人内で行っている介護保険サービス

- 1、居宅介護支援（四日市市・桑名市）
- 2、通所介護、介護予防通所介護（四日市市・桑名市）
- 3、訪問介護、介護予防訪問介護（四日市市）
- 4、介護老人福祉施設（桑名市）
- 5、短期入所生活介護、介護予防短期入生活介護（四日市市・桑名市）
- 6、認知症対応型通所介護、認知症対応型介護予防通所介護（桑名市）
- 7、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（四日市市・桑名市）
- 8、認知症対応型共同生活介護（桑名市）

3.事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

四日市市八郷地区、大矢知地区の一部（千代田町・伊坂町・伊坂台・山村町・広永町・山分町・黄金町・平津町・平津新町・中村町・萱生町・あかつき台・大矢知町）とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休	時間外相談可
営業時間	年中無休	8時30分～17時30分

4.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。

1. 管理者 1名（常勤兼務）
2. 主任介護支援専門員 2名（常勤兼務1名、常勤専従1名）
3. 介護支援専門員 4名（常勤専従1名、非常勤専従3名）

＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

＜サービスの概要＞

- ・要介護認定の基本調査をもとに厚生労働省の示した標準課題分析項目を満たす四日市市の指定アセスメント様式による課題分析により、居宅サービス計画の作成支援を行います。
- ・要介護認定調査に関する資料と主治医意見書等すでに収集した情報と、ご契約者との面接によって収集した情報をもとに、解決すべき課題を的確に分析します。
- ・分析して抽出した課題に対する目標設定を明確に行います。
- ・ご契約者の要望を十分に加味し、居宅サービス等の利用を中心とした居宅サービス計画を作成します。

＜利用料金＞

(1) 利用料

○居宅介護支援費（月額）

要介護 1・2	1, 0 8 6 単位
要介護 3・4・5	1, 4 1 1 単位

○加算

ア 初回加算	3 0 0 単位
イ 特定事業所加算Ⅰ	5 1 9 単位
特定事業所加算Ⅱ	4 2 1 単位
特定事業所加算Ⅲ	3 2 3 単位
特定事業所加算 A	1 1 4 単位
ウ 特定事業所医療介護連携加算	1 2 5 単位
エ 入院時情報連携加算	2 0 0・2 5 0 単位
オ 退院退所加算	4 5 0・6 0 0・7 5 0・9 0 0 単位
カ 通院時情報連携加算	5 0 単位

要介護認定または要支援認定を受けられた方は、原則として介護保険から利用料が全額給付されますので自己負担はありません。ただし、保険料の滞納等により、保険給付が事業者に行われない場合は、いったん上記の料金を利用者が支払ったうえで、当事業所から居宅介護支援提供証明書を発行いたします。保険料の滞納等の理由が解消された後、この居宅介護支援提供証明書を、四日市市の介護保険課に提出すると全額の払い戻しを受けられます。

上記加算につきましては、該当する場合のみです。

また、利用料金については、地域区分ごとの単価（1 単位＝10.42 円）を乗じて計算します。

（2）交通費

通常の事業の実施地域である四日市市及びそれ以外の地域においても交通費は無料です。

（3）支払方法

料金支払が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、その月の 15 日までにお支払いください。お支払い方法は現金でお願いいたします。領収証の発行をいたします。

6. 居宅介護支援の利用方法

（1）居宅介護の利用方法

お電話等でご相談ください。当事業所職員がお伺いいたします。居宅介護支援契約締結後、居宅介護支援提供の開始となります。

（2）居宅介護支援の終了

①ご契約者の都合で居宅介護支援を終了する場合

文書等でお申し出下さればいつでも解約できます。

②当事業所の都合で居宅介護支援を終了する場合

契約の継続を維持しがたいやむをえない事情により、居宅介護支援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 ヶ月前までに文書等で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業所をご紹介します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に居宅介護支援を終了いたします。

- ・ご契約者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付で居宅介護支援を受けていた契約者の要介護認定区分が、非該当及び要支援 1、要支援 2 と認定された場合
- ・ご契約者がお亡くなりになった場合

④継続

契約満了日の 7 日前までに、ご契約者から事業所に対して文書による契約終了の申し出がない場合、契約は更新されるため居宅介護支援も同様のものとします。

⑤その他

ご契約者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、背信行為等を行い、本契約を継続し難い重大な事由があった場合は、文書で通知することにより、直ちに居宅介護支援を終了させていただく場合があります。

7. 緊急時の対応

- ① 指定居宅介護支援サービス実施中に、ご契約者の状態の急変、その他緊急事態が発生したときは、速やかに管理者及び主治医、ご家族等に報告し、生命の安全を図るために適切な措置を講じます。
- ② 指定居宅介護支援事業者は、ご契約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すみやかにご契約者及び家族、市町に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8. 守秘義務

- ① 事業者、従事者又は従業者であったものは、居宅介護支援サービスを提供する上で知り得たご契約者及びそのご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。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
- ② 事業者は、ご契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等にご契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ 前2項にかかわらず、ご契約者に係る他の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、ご契約者又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。

9. 虐待防止

人権の擁護・虐待防止等のため、必要な研修に従事者に実施し、必要な措置に努めます。虐待が疑われる場合は四日市市役所と連携に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

四日市市役所 介護保険課	0 5 9－3 5 4－8 1 9 0
三重県国民健康保険団体連合会	0 5 9－2 2 2－4 1 6 5
四日市市北地域包括支援センター	0 5 9－3 6 5－6 2 1 5
三重県福祉サービス運営適正化委員会 苦情相談室	0 5 9－2 2 4－8 1 1 1

※苦情処理第三者委員

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。
委員の連絡先は事業所内に掲示しております。

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。

事業者住所 三重県四日市市千代田町 3 2 5 番 1

法人名 社会福祉法人 アパティア福祉会
事業所名 ハピネスやさと在宅介護支援センター
指定居宅介護支援事業所

代表者氏名 理事長 桑名 良輔 印

説明者氏名..... 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。

利用者 住所

氏名 印

上記代理人 印
(本人との関係)