

重要事項説明書

- 1 **事業者** 医療法人社団 綱島会 代表者 理事長 綱島陽子
所在地 姫路市御立西4丁目1番25号
連絡先 電話 (079) 292-1109 FAX 298-3067
インターネットアドレス <http://www.kousei-hp.jp>
開設年月日 平成 9年 5月 14日
- 2 **事業所** 名称 居宅介護支援事業所 コウセイ
介護保険指定事業所番号 2874001171
所在地 姫路市御立西4丁目1番6号
連絡先 電話 (079) 292-1751 FAX 292-1753
開設年月日 平成 12年 6月 1日
関連施設 厚生病院 一般病棟・介護医療院 (介護保険適応) 短期入所療養介護
関連事業 通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション
デイサービス (地域密着型通所介護)
訪問看護ステーション あすなろ ・ヘルパーステーション ふくろう
老人保健施設 つなしま・短期入所療養介護
サービス付き高齢者向け住宅コウセイケアホーム
- 3 **事業所の責任者 (管理者)**
居宅介護支援事業所 室長 山下ゆう子 職種 主任介護支援専門員 (介護福祉士)
- 4 **事業実施地域**
姫路市・・・姫路市内とする (家島町を除く)
- 5 **事業の目的及び運営方針**
利用者が、居宅サービスを適切に利用できるように、心身の状況、環境、利用者及びその家族の希望等を考えて居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの提供が確保されるよう中立の立場にたち、居宅サービス事業者その他施設との連絡調整を行い、幅広いサービスの提供に努めます。
- 6 **従業員**
管理者 1名 常勤兼務 主任介護支援専門員・介護福祉士
(管理者と介護支援専門員との兼務)
介護支援専門員 常勤専従1名 主任介護支援専門員・介護福祉士

7 営業時間・利用料及びその他の費用

① 営業時間 月～金…8：30～17：30

※土・日、国民の休日及び年末年始（12月31日～1月3日）は休み。

※ただし、電話により24時間連絡が可能です。

② 居宅サービス計画…要介護認定を受けている方は、介護保険から全額給付されるため自己負担はありません。

※ 保険料の滞納がある場合、自己負担がかかることがあります。

この場合、利用者より料金をいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書をもって、後日払い戻しとなる場合があります。

滞納の期間によっては、全額自己負担となる場合もあります。

※ 居宅介護支援費（1ヶ月あたり）

・要介護1・2 1,086単位（11,088円）

・要介護3・4・5 1,411単位（14,406円）

※ その他の加算（必要に応じて加算されます）

・入院時情報連携加算（1ヶ月あたり）

（I）250単位（2,552円）

（II）200単位（2,042円）

・退院・退所加算（1回あたり）

（I）イ 450単位（4,594円）

（I）ロ 600単位（6,126円）

（II）イ 600単位（6,126円）

（II）ロ 750単位（7,657円）

（III） 900単位（9,189円）

・緊急時等居宅カンファレンス加算

200単位（2,042円）

・初回加算

300単位（3,063円）

・ターミナルケアマネジメント加算

400単位（4,084円）

・通院時情報連携加算

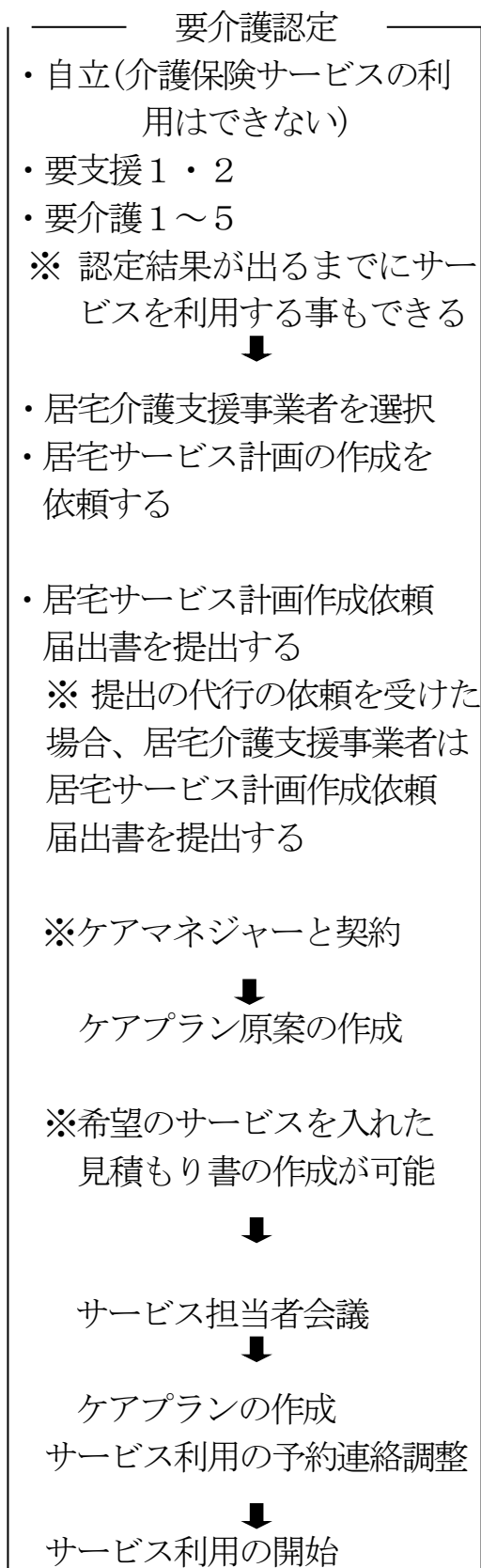
50 単位（510円）

※ 住所変更される場合は、事前にお知らせください。

③ 交通費…通常の事業実施地域外を越えた地点から片道10km未満 500円

通常の事業実施地域外を越えた地点から片道10km以上 1,000円

8 サービス提供の手順



ケアマネジャー＝介護支援専門員
ケアプラン＝居宅サービス計画

ケアプランは居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、本人の心身の状況や生活環境を考えて本人や家族と十分相談したうえで作成します。

(利用者やその家族に対して、次のことを説明します。)

- ・ 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行うことができます。
- ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であります。
- ・ サービス提供開始の際に、前期・後期のうち直近でケアプランに位置付けたサービスの割合などを説明します。
- ・ 重要事項説明書の交付を行い事業者・事業所の説明、サービス提供の手順等を説明します。



同意が得られたら、重要事項説明書・契約書に署名を行ない、契約が締結します。

□ 本人・家族と面接を行い、介護支援を行う上で解決すべき問題を把握します。

本人・家族の希望のサービスを入れた、見積もり書を作成することができます。

サービス担当者会議

□ 本人の力を引き出せるようなサービスを、利用者・家族とサービス担当者を含めて検討します。最終的に利用者本人や家族の同意を得たものが、ケアプランになります。

※ ケアマネジャーが月に1回以上利用者の居宅を訪問し、サービスの内容が適切かどうか話し合います。

サービスの変更は月の途中でも可能です。

- ※ 認定の結果が出るまでに介護サービスを利用される場合は、仮の要介護度を想定した暫定的な内容の居宅サービス計画（暫定ケアプラン）を作成します。
非該当と判定された場合や、想定した要介護度が低く、区分支給限度基準額を上回ったサービス利用が生じた場合は、上回ったサービス利用にかかる費用は全額自己負担となります。
- ※ 区分変更申請中のサービス利用は、変更後の要介護度によって利用者負担額が増加したり、全額自己負担分の料金が発生する事があります。

9 居宅サービス計画

居宅サービス計画を作成し、利用者に交付し同意を得ることとします。
同意が得られたことを確認するため、署名、捺印をいただきます。
要介護度の変更等、利用者の状況が変化した時は、サービス提供前にサービス内容及び利用者負担額を説明し同意を得ます。
同意を得られない場合には、同意が得られるまで計画を変更します。

10 身分証明書の携行

介護支援専門員は、身分証明書を携行し、初回訪問及び利用者または家族から求められた時はそれを提示します。

11 契約の解約

利用者は契約書に添付した解約の通知を、解約する7日前までに事業所に届け出ることにより、自由に契約を解約できます。この場合解約料は徴収しません。

※緊急の入院等やむを得ない場合は、この限りではありません。

当事業所は事業の廃止など、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月以上前に理由を示した文書を通知し、お知らせすることで契約を解約することができます。

この場合他の介護支援事業者に関する情報を提供し、続けてサービスが受けられるよう手配します。

また、利用者が利用料金を3ヶ月以上滞納する等、契約を維持できない程の行為を行い、事業所からの申し入れにもかかわらず改善されない場合等も対象となります。

12 相談窓口

サービスに対する相談、苦情がありましたら事業所の窓口まで遠慮なくお申し出下さい。転送電話により、24時間連絡可能な体制にしています。

居宅介護支援事業所 コウセイ 担当者 山下

TEL (079) 292-1751 FAX (079) 292-1753

※ 下記の窓口でも相談を受け付けています。

姫路市介護保険課 管理担当 TEL (079) 221-2923・2924

国民健康保険団体連合会 相談窓口

1.3 担当者の変更

担当の介護支援専門員については、いつでも変更できます。お気軽にお申し出下さい。

- ※ 当事業所の従業員以外の介護支援専門員を希望される場合は解約となります。ご希望の事業所を紹介させていただきます。

1.4 秘密の保持

介護保険法の規定・個人情報保護法に基づき、知り得た情報について、正当な理由なく決して他に洩らしません。また、サービス計画の作成時に、個人情報をサービス事業者へ提供するため、事前に個人情報使用同意書において情報の提供についての同意を確認し、署名をいただきます。使用する情報は、介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度のものとしします。

同意書の有効期限は、契約期間と同じとします。

(医療との連携)

病院又は診療所に入院する必要がある場合、担当の居宅介護支援事業所（介護支援専門員の氏名）及び連絡先を伝える必要があり、事前に利用者又は家族に情報提供の協力を求めさせていただきます。

- ※ 同意が得られない場合、サービスの調整ができず、一体的なサービスの提供ができないことにより、希望されるサービスを受けられないこともあります。

1.5 記録の保管

サービス提供の記録は、5年間保管します。記録の閲覧や実費を支払っての写しの交付は本人及び家族に限り可能です。

1.6 緊急時の対応

サービス提供時の事故発生や利用者の体調悪化等の緊急時における対応として、家族や医師への連絡等は事業者が行います。

また、ご希望のある家族へは、緊急時の連絡以外に、利用者に連絡するのと同様の通知を家族へも行います。

1.7 損害賠償

サービスの提供により、当事業者に責任がある賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を行います。

- ※ 当事業所は、あいおいニッセイ同和損害保険の介護保険事業総合保険に加入しています。保険契約の内容については、事業所で情報開示します。

1.8 担当者の禁止行為

サービス提供契約以外の営利行為、宗教勧誘を禁止しています。

19 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる場合には、利用者にその内容について書類を交付して口頭で説明又は郵送で通知します。その都度同意書はいただきませんが本説明書をもって同意したものとします。

20 ハラスメントについて

ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を与えます。状況によっては、サービス提供の中止、又は契約の解除を行うことがあります。

重要事項説明日時 令和 年 月 日（午前・午後） 時 説明者

私は、重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。

| | | | | | |
|-----|------|-----|---|-----|-------|
| 利用者 | 氏名 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | () | — | FAX | () — |

| | | | | | |
|--------|-----------|-----|---|-----|-------|
| 家族・代筆者 | 氏名 | 続柄 | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | () | — | FAX | () — |
| | 署名を代行した理由 | | | | |