

居宅介護支援重要事項説明書

居宅介護支援契約の締結にあたっては、「居宅介護支援重要事項説明書」の内容について十分確認され、かつ同意のうえで行っていただきますようお願いいたします。

なを、ご利用者の心身の状況により、ご判断等に支障がある場合は、ご家族または成年後見人等の立会のうえでご契約をお願いいたします。

1. サービスの提供主体

(1) 居宅介護支援事業者

<名称> 医療法人社団 慈友会
<代表者> 理事長 田中 慈雄
<所在地> 北海道亀田郡七飯町大川三丁目5番28号

(2) 居宅介護支援事業所

<名称> 医療法人社団慈友会 望ヶ丘医院 居宅支援事業所
<所在地> 北海道亀田郡七飯町大川三丁目5番28号
<電話番号> 0138-65-8111 (代)

(3) サービスの提供窓口

<電話番号> 0138-65-8111 (代)
<営業時間> 月、火、水、金曜日 8:30~17:30
木、土曜日 8:30~12:30

(4) 事業所の職員体制

<介護支援専門員> 常勤 4 名、うち管理者 1 名

2. 提供するサービスの内容

北海道より居宅介護支援事業所の指定を受け、以下の体制のもと居宅介護支援事業を行います。

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	医療法人社団慈友会 望ヶ丘医院 居宅支援事業所
所在地	北海道亀田郡七飯町大川三丁目5番28号
介護保険指定番号	居宅介護支援 (0111512299号)
サービス提供地域	・函館市 (但し旧恵山町・旧榎法華村・旧戸井町・旧南茅部町を除く) ・七飯町

(2) 営業時間

事業所	月、火、水、金曜日 8:30~17:30 木、土曜日 8:30~12:30 電話 0138-65-8111 (代)
-----	---

※日曜・祝日・お盆 (8/13 前後)・年末年始 (12/30~1/3 頃) は休業日です。

* ケアプラン作成等のご依頼につきましては、事業所の営業時間内での対応となりますのでご了承ください。

3. サービスの利用料金

(1) 利用料

利用料につきましては、厚生労働大臣の定める基準による金額となります。

ただし、要介護度についての認定を受けられた場合には、介護保険制度から全額給付されますので、ご自分で負担される必要はありません。

なお、保険料の滞納等がある場合、保険給付金が直接事業者を支払われないことがあります。この場合は、厚生労働大臣の定める基準による金額をご利用者より直接頂戴し、あわせて事業所よりサービス提供証明書を発行させていただきます（後日、ご利用者から市区町村の窓口はこのサービス提供証明書をご提示されますと払い戻しされます）。料金表は別紙ご参照ください。

(2) 交通費

介護支援専門員がご利用者のご自宅を訪問させて頂く時の交通費は、事業所が負担いたします（ご利用者にご負担頂くことはありません）。

(3) 解約料

ご利用者は、いつでも契約を解約することができ、これに伴う解約料の発生はございません。

(4) お支払い方法

ご利用者ご自身に料金をご負担頂く場合には、月ごとの精算とし、毎月 15 日までに事業者より前月分の請求をさせていただきます。請求書を受け取られてから 10 日以内にお支払いいただきますようお願いいたします。

4. サービスのご利用方法

(1) サービスの利用・契約の開始

まず、相談窓口の電話番号にお電話ください。事業所の介護支援専門員がご自宅に伺い、契約を締結した後、サービスの提供を開始させていただきます。

(2) 契約期間について

契約は、契約手続きを行った日に開始となり、ご利用者の要介護状態区分の有効期限が満了する日をもって終了いたします。

但し、ご利用者から文書でのお申し出がない場合には、次回の要介護状態区分の有効期限満了日まで自動的に更新されます。

(3) サービス・契約の終了

ア、ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

契約の解約について、事業所窓口まで随時ご連絡ください。事業所より解約の手続書類を送付させていただきますので、お手数ですが必要事項をご記入のうえ、ご返送ください。

イ、事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、ご利用者への居宅介護サービス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 ヶ月前までに事業所よ

り文書でお知らせするとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。ご了承ください。

ウ、自動終了となる場合

以下の場合、自動的にサービスは終了となりますのでご了承ください。

- ①ご利用者の希望によりご利用者が介護保険施設に入所された場合
- ②ご利用者の要介護認定区分が要介護から要支援2または要支援1もしくは自立と認定された場合。ただし、この場合は、担当地域の地域包括支援センターにご利用者の情報を提供する等、連携を取らせていただきます。
- ③ご利用者がお亡くなりになられたとき

エ、その他

事業者は、正当な理由がなく、居宅介護サービスの提供を拒否することはありません。ただし、以下の場合、居宅介護サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該市区町村に状況報告をいたします。

- ① 介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合
- ② 偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合

5. 個人情報の保護

(1) 情報の保護および利用の制限

事業所は、業務上知り得たご利用者およびご家族等の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはございません。

ただし、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので、予めご理解ください。

(2) 個人情報の利用目的の変更

次に記載される事項に該当する場合は、必要とされる情報を提供するとともに、利用目的の変更についてご連絡いたします。

ア、法令に基づく場合。

イ、人の生命、身体または財産の保護のために必要であって、事前に同意を得ることが困難であるとき。

ウ、国の機関もしくは地方公共団体、またはその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要があるため、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

(3) 守秘義務の継続

この守秘義務は、ご利用者と事業者のご契約が終了した後も守られます。

6. 事故発生時の対応

(1) 事業所は、ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、およびご利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

(2) 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

7. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 次のことについて、ご相談や苦情などがございましたら、事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

ア、事業所が提供するサービスについて

イ、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

事業所名	住所	北海道亀田郡七飯町大川三丁目5番28号
	電話番号	0138-65-8111 (代)
	FAX番号	0138-65-1532
	受付時間	
	月、火、水、金曜日	8:30~17:30
	木、土曜日	8:30~12:30
責任者・役職	主任ケアマネジャー	氏名 伊藤 清子

(2) 当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受け付けています。

苦情相談窓口	電話番号
北海道保健福祉部福祉局指導監査課事業指導グループ	011-231-4111
北海道国民健康保険団体連合会介護保険問合せセンター	0120-544-515
函館市介護高齢福祉課高齢者介護総合相談窓口	0138-21-3025
七飯町保健福祉課介護福祉係（内線136）	0138-65-2511
北斗市役所保健福祉課 福祉・介護グループ（内線144）	0138-73-3111

8. 苦情処理の体制および手順

- (1) ご利用者から苦情および相談があった場合、ご利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じて状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行います。
- (2) 特にサービス提供事業者に関する苦情である場合には、ご利用者の立場を考慮しながら、事業所の責任者に対して慎重に事実関係の特定をおこないます。
- (3) 担当者は把握した状況を管理者とともに検討し対応方法を決定します。
- (4) 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者へは必ず対応方法を含めた結果の報告を行ないます。

9. その他

(1) 運営の方針

ア、事業所の介護支援専門員は、ご利用者の心身の状況、能力、そのおかれている環境に応じて、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、必要な情報の提供および居宅介護サービス計画または居宅支援サービス計画ならびに指定サービス事業者との連絡調整等をおこないます。

イ、居宅サービス計画の作成にあたってのサービス事業者の選定については、ご利用者およびご家族の希望を踏まえつつ公正中立に行います。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1のとおりです。

ウ、適切なサービスの提供のため、関係市区町村、地域のサービス提供事業者との綿密な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 居宅介護支援実施概要

ア、使用するアセスメント手法

MDS-HC方式

イ、ケアプラン作成手法

TAI手法

以上、本書に関して双方の合意を証するため、本書2通を作成し、当事者双方が記名押印のうえ、各自1通を所持することとします。

令和 年 月 日

事業所は居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対し重要事項の説明を行いました。

事業者

住 所 北海道亀田郡七飯町大川三丁目5番28号

事業者名 医療法人社団 慈友会 望ヶ丘医院

管理者名 院 長 藤 崎 志保子 ㊞

居宅介護支援サービスについて、事業者より重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ ㊞

<代理人>

住所 _____

氏名 _____ ㊞

利用者が身体の状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

<署名代筆者>

住所 _____

氏名 _____ (利用者との続柄: _____)

電話番号 _____