指定居宅介護支援事業　重要事項説明書

1．事業者

（1）会社名　　　　　株式会社　笑顔いちばん

（2）会社所在地　　各務原市小佐野町六丁目 62 番地

（3）電話番号　　　058-216-8230

（4）代表者氏名　　山口　専太郎

（5）設立年月　　　平成 22 年 2 月 2 日

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

（2）事業の目的　　株式会社　笑顔いちばんが開設する指定居宅介護支援事業所（以下「本事業所」という。）は、指定居宅介護支援（委託による介護予防支援）の事業を行うものであり、居宅要介護（要支援）者等が指定居宅サービス・介護予防サービス等の適切な利用をする事ができるよう、当該居宅要介護（要支援）者等の依頼を受けて、居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成すると共に、計画に基づく指定居宅サービス・介護予防サービス等の提供が確保されるよう、連絡調整、紹介等の便宜の提供を行い、もって地域住民の福祉の増進に貢献することを目的とする。

（3）事業所の名称　　介護保険相談センター笑顔いちばん

（4）指定事業所番号　　2170501262

（5）事業所の所在地　岐阜県各務原市那加雄飛ヶ丘町 18 番地 45

（6）電話番号　　　058-322-8511

（7）管理者兼介護支援専門員　　城口　幸代

（8）当事業所の運営方針

本事業所は、次に揚げる基本方針にもとづき事業を運営する。

1．要介護状態にある利用者が、どのような状態にある場合においても可能な限りその居宅において、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に配慮する。

2．利用者の心身の状況・その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮する。

3．指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス・介護予防サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス（介護予防）事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行うものとする。

4．市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援従事者、介護保険、施設等との連携に努めるものとする。

5．従業者の教育研修を重視する。

6．正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒まないものとする。

7．居宅サービス計画の作成の開始にあたっては、当該地域における複数の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族等に対して提供して、利用者にサービスの選択を求めるものとし、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できることとする。

（9）開設年月　　　平成 23 年 6 月　1 日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施地域　　各務原市・岐南町・岐阜市

(2)営業日及び営業時間

営業日	月～土　但し国民の祝日及び年末年始:12 月 30 日から 1 月 3 日 　　　　お盆 8 月 13 日～8 月 15 日を除く
受付時間	9 時～18 時
サービス提供時間帯	9 時～18 時

4. 職員の体制

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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

・管理者　　　　　　　1 名(介護支援専門員と兼務)

・介護支援専門員　　　1名以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、居宅介護支援として次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

(1)サービスの内容(契約書第 3～6 条)

＜サービスの内容＞

① 居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス(以下「指定居宅サービス等」という。)が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

＜居宅サービス計画の作成の流れ＞

①事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます。

↓

②居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者又はその家族等に対して提供して、契約者にサービスの選択を求めます。

↓

③介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

↓

④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を得た上で決定するものとします。

② 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

・ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。

・居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。

・ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③ 居宅サービス計画の変更

ご契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

④介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

⑤留意事項

病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当ケアマネージャーの氏名及び連絡先等を入院先医療機関等に伝えてください。

＜サービス利用料金＞

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金 10.21 倍の金額を一旦お支払下さい。

ア. 基本料金

居宅介護支援費

要介護 1.2	要介護 3.4.5
1,086 単位	1,411 単位

イ.初回加算 （新規に居宅サービス計画を作成した場合・要介護状態区分が 2 段階以上変更となった場合）

区分	状況	要介護 1・2・3・4・5
Ⅰ	初回時	300 単位

ウ.退院・退所加算

	（Ⅰ）イ	（Ⅰ）ロ	（Ⅱ）イ	（Ⅱ）イ	（Ⅲ）
単位数	450 単位	600 単位	600 単位	750 単位	900 単位
情報提供回数	1 回	1 回	2 回以上	2 回	2 回以上
カンファレンス	無	有	無	うち 1 回以上有	うち 1 回以上有

エ.入院時情報連携加算 （利用者が病院または診療所に入院するにあたって、病院または診療所の職員に対し、利用者の心身の状況や生活環境などの必要な情報を提供した場合 （初回加算を算定する場合は、算定できない））

入院時情報連携加算（Ⅰ）入院した日のうちに情報提供行った場合（提供方法は問わない）	250 単位／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）翌日又は翌々日に情報提供行った場合（提供方法は問わない）	200 単位／月

オ.退院時情報連携加算　　50 単位/月

カ. 居宅支援緊急時カンファレンス加算　200 単位/月 2 回限度

6. サービスの利用に関する留意事項

（1）サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

（2）介護支援専門員の交替（契約書第 7 条参照）

①ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

7. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）

（1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○　苦情受付窓口　　城口　幸代

○　　［職名］　　管理者兼介護支援専門員

電話:058-322-8511　携帯:090-5108-9465

〇受付時間　　月曜日～金曜日　9:00～18:00

（2）行政機関その他苦情受付機関

各務原市役所 介護保険担当課	所在地　岐阜県各務原市那加桜町1丁目69番地 電話番号　058-383-1779 受付時間　平日　9:00～17:00
岐阜市役所 介護保険課	所在地　岐阜県岐阜市今沢町 18 番地 電話番号　058-265-4141 受付時間　平日　9:00～17:00
岐南町役場 健康推進課	所在地　岐阜県羽島郡岐南町八剣 7 丁目 107 番地 電話番号　058-247-1321 受付時間　平日　9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地　岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号 電話番号　058-275-9826 受付時間　平日　9:00～17:00

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第 10 条、第 12 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご契約者に提供した居宅介護支援について記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

②ご契約者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合その他ご契約者から申し出があった場合には、ご契約者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。

③事業者、介護支援専門員または従業員は、居宅介護支援を提供するうえ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。（守秘義務）

９．損害賠償について（契約書第 13 条参照）

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

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

１０．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の２日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。（契約書第 2 条参照）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 14 条参照）

①ご契約者が死亡した場合 ②要介護認定等によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合 ③ご契約者が介護保険施設に入所した場合 ④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。） ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 15 条参照）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の一か月前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

① 事業者が作成した居宅サービス計画に同意できない場合 ② 事業者もしくは介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める居宅介護支援を実施しない場合 ③ 事業者もしくは介護支援専門員が守秘義務に違反した場合 ④ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（2）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、文章により2週間以上の予告期間をもって、本契約を解除させていただくことがあります。その場合担当の介護支援専門員又は契約者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

①ご契約者及びご家族が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ②ご契約者及びご家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

11．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ある。

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。

令和　　　年　　　月　　　日

事業者
所在地　各務原市小佐野町六丁目 62 番地
名称　　株式会社　笑顔いちばん
代表取締役　　　山口　専太郎

事業所　　各務原市那加雄飛ケ丘町 18 番地 45
介護保険相談センター　笑顔いちばん

説明者職名　介護支援専門員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿