

天寿園在宅介護支援センター重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 天寿園会
- (2) 法人所在地 青森県上北郡七戸町字舟場向川久保308番地
- (3) 電話番号 0176-68-4888
- (4) 代表者氏名 理事長 工藤 要一
- (5) 設立年月日 平成6年2月17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・事業所番号 0272500133号
※当事業所は特別養護老人ホーム天寿園に併設されております。
- (2) 事業所の目的 在宅介護に関する総合的な相談に応じ、個々のニーズに適切な各種保健・医療・福祉サービスが受けられるように関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整の便宜を供与し、地域の要介護老人及びこれらの家族の在宅における生活福祉の向上を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 天寿園在宅介護支援センター
- (4) 事業所の所在地 青森県上北郡七戸町字舟場向川久保308番地
- (5) 電話番号 0176-68-4888
- (6) 管理者氏名 向中野 志津子
- (7) 事業所の運営方針 在宅介護に関するトータル的なケアマネージに努める。
- (8) 開設年月日 平成7年4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 東北町・七戸町・野辺地町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
受付時間	24時間対応 ※
サービス提供時間	8:30～17:30

※上記営業日以外及び営業時間外は併設施設である介護老人福祉施設の職員が対応し、電話連絡等により24時間常時連絡が可能となっています。

4. 当事業所の職員体制

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。

職名	資格	常 勤	非常勤	兼務の別	合計	兼務内容
管 理 者	介護支援専門員	1名		介護支援専門員	1名	従業者及び業務の管理
介護支援専門員	介護支援専門員	1名		管 理 者	1名	居宅介護サービス計画の作成・評価・変更等
		2名		な し	2名	

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以下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) サービスの内容と利用料金（契約書第3～6条、第8条参照）

<サービスの内容>

①居宅サービス計画の作成

居宅サービス計画の作成に当たってのサービス事業者の選択については、利用者又はその家族の希望を踏まえつつ、公正中立に行います。

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上で、居宅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、総合的かつ効果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。

②居宅サービス計画作成の便宜の供与

- ・ 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、又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、事業所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と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便宜の提供を行います。

⑤サービスの提供の記録等

事業者は、指定居宅介護支援の提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間はこれを適正に保存します。

利用者は、本人及びその家族の希望により、当該利用者に関する第1項のサービス提供記録を閲覧することができます。

利用者は、本人及びその家族の希望により、当該利用者に関する第1項のサービス提供記録を複写物で受けることができます。

<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。

ただし、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の全額をいったんお支払いください。

利 用 者	料 金
要介護度 1. 2	10,420 円
要介護度 3. 4. 5	13,530 円

【加算料金】各々についての要件を満たし場合に算定されます。

加 算	料 金	要 件
特定事業所加算（Ⅲ）	3,000 円	常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置し、かつ常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置している。 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制を整備している。
初回加算	3,000 円	新規に居宅サービス計画を策定した場合、もしくは要介護状態が2段階以上変更になった場合。
退院・退所加算	3,000 円	30 日を超える入院・入所期間後の退院・退所に当り病院・施設等と当事業所が連携を図り、居宅サービス計画を策定した場合。
入院時情報連携加算	2,000 円	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。
	1,000 円	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を行った場合。
小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算	3,000 円	小規模多機能型居宅介護への利用へと移行する際に利用者の必要な情報を事業所に提供した場合。
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円	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。

（2）交通費（契約書第8条参照）

通常の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

（3）利用料金のお支払いの方法

前項（1）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、国民健康保険団体連合会へ請求します。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、利用料金の全額をいったんお支払いいただくこととなり、翌月10日までにお支払ください。

前項（2）の交通費は、サービス利用終了時に、その都度お支払ください。

6. 守秘義務について

- (1) 事業者、サービス従事者又は従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。利用を終了した後も継続されません。
- (2) 事業者は、利用者の医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の状況を提供できるものとします。
- (3) 事業所は利用者の円滑な援助を行う為に必要性がある場合には、利用者に関する情報を提供できるものとします。

7. 事故発生時の対応について

- ①サービスの提供により、事故が発生した場合は速やかに市町村、及び家族に対して連絡を行う等の必要な措置をとります。
- ②事故の状況及び事故に際して採った処置を記録し、採った記録は2年間保存します。
- ③サービスの提供により損害賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

8. 苦情の受付について（契約書第17条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

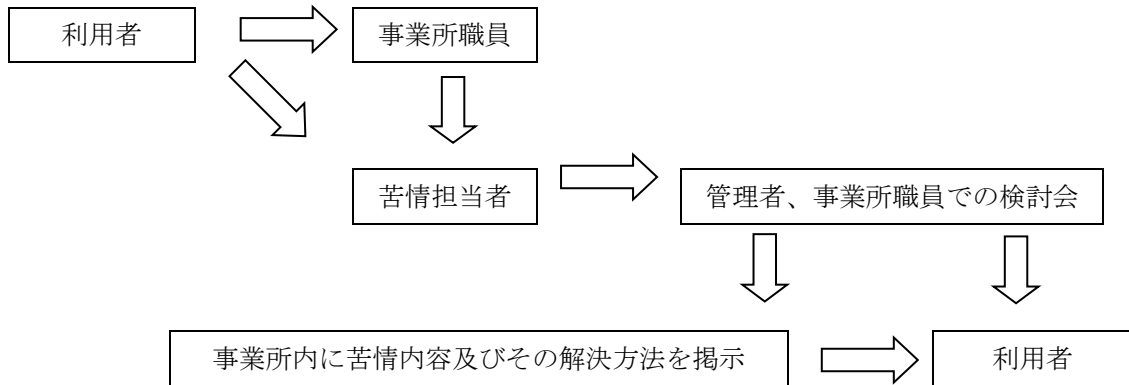
○ 苦情受付窓口（担当者：管理者）

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを玄関前に設置しています。

(2) 苦情処理体制（苦情処理フロー）



(3) 行政機関の他苦情受付機関

七戸町保健センター 健康福祉課	所在地 電話番号 受付時間	青森県上北郡七戸町字森ノ上131-4 0176-68-3500 8:30~17:00
青森県 国民健康保険 団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	青森県青森市新町2丁目4-1 県共同ビル3階 017-723-1336 8:30~17:00
社会福祉法人 青森県 社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	青森県青森市中央3-20-30 県民福祉プラザ2階 017-777-0012 8:30~17:00

平成 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。また、守秘義務についても説明を行いました。

天寿園在宅介護支援センター

説明者職名 介護支援専門員

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。また、守秘義務についても同意しました。

利用者住所

氏 名 印

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

代行者住所

氏 名 印

電話番号

続 柄