居宅介護支援重要事項説明書

１　　当事業所が提供するサービスについての相談窓口

　　管　理　者　　　本間　玲子　　　　　電話　　０２３８－２２－８５１１

　（介護支援専門員）

* ご不明の点は、なんでもお尋ねください。

２　　事業所の概要

　（１）事業所番号およびサービス提供地域

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 居宅介護支援事業所やまぼうし |
| 所在地 | 米沢市直江町２－３５ |
| 介護保険事業所番号 | ０６７０４０１５４６ |
| サービス提供地域 | 米沢市、南陽市、長井市、高畠町、川西町、飯豊町 |

＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

　（２）事業所の職員体制（令和６年５月１日現在）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 資　格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
| 管理者 | 介護支援専門員 | 兼務 |  | 事業所を代表し、従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。 | 1.0 |
| 計画作成担当 | 介護支援専門員 |  | 兼務 | 介護支援専門員は居宅サービス計画の作成を行なうとともに、作成後においても利用者及びその家族、指定居宅サービス事業所との連絡調整を継続的に行なう。 | 1.0 |
| 事務職員 |  |  | 兼務 | 所内の事務処理を行なう。 | 1.0 |

　（３）営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 月～金 | 午前８時３０分～午後５時３０分 |

　　居宅介護支援事業に関する相談、要望、苦情等にはいつでも応じる体制をとって

います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　-5-

３　居宅介護支援の申込からサービス提供までの流れと主な内容

　（１）　契約の締結

　　　　　お電話でお申し込みください。担当者が説明にお伺いいたします。当事業所に

　　　　ケアプラン作成について相談することでご了解いただけましたら、契約書を取り

交わします。指定居宅介護支援の提供の開始に際し、前６か月間に作成した居宅

サービス計画における訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護

の各サービス割合、また、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所

介護の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合等につき十

分説明を行い同意を得ます。

　（２）　居宅サービス計画の作成

　　　　　利用者の方やご家族と解決すべき課題を明らかにします。必要があれば関わっ

ている居宅サービス担当者等にもお聞きし、できるだけ正しい情報収集に努めま

す。課題を解決するための居宅サービス計画の原案を作成し利用者およびご家族

に説明し利用者から文書により同意を得ます。サービス担当者会議の開催に関し

ては、テレビ電話装置を活用して行うこともあります。ただし、利用者又はその

家族が参加する場合は、当該利用者などの同意を得ます。

　（３）　指定居宅サービス事業所等の選定

　　　　　①利用者から介護支援専門員に対して、複数の指定居宅サービス事業者等の紹

介を求める場合には十分に説明を行います。

　　　　　②利用者から介護支援専門員に対して、居宅サービス計画原案に位置付けた指

定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求める場合には十分に説明を行いま

す。

　（４）　医療機関との連携

　　　　　入院時には、利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診

療所に伝えるよう利用者及び家族へ依頼します。

　（５）　経過観察・連絡調整と再評価

　　　　　利用者の方やご家族と毎月連絡を取り、利用者の状態やサービスの利用状況に

ついて把握します。同時にサービス事業者より実施状況を把握し、必要な連絡　　調整を行います。状態の変化や利用者の希望に応じて、居宅サービス計画の変更や要介護認定の再申請のお手伝いをいたします。

　（６）　施設入所への支援

　　　　　利用者が介護保険施設の利用を希望した時は、施設の紹介をする等のお手伝い

　　　　を行います。

　（７）　居宅サービス計画の変更

　　　　　利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合や、当事業所がその必要性を

　　　　判断したときは、双方で話し合い、ご了解を受けた後居宅サービス計画を変更い

たします。

　（８）　給付管理

　　　　　居宅サービス事業者より実施状況を把握し、それに基づいて毎月給付管理票を

　　　　作成した後、山形県国民健康保険団体連合会へ提出します。

-6-

４　利用料金

　（１）　利用料

　　　　　要介護又は要支援者として認定された方は、介護保険で全額給付されますので

　　　　自己負担はありません。

　　　　　保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、厚生労働大臣が定める額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたしま

す。このサービス提供証明書を、後日、市等の担当窓口に提出しますと全額払い

戻しを受けることができます。

　（２）　交通費

　　　　　前期２の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以

　　　　外の地域の方は、介護支援専門員がお伺いするための交通費の実費を請求する場

合があります。

　（３）　解約料

　　　　　利用者はいつでも文書により契約を解消することができ一切料金はかかりませ

　　　　ん。

　（４）　支払方法

　　　　　料金が発生する場合、月毎の精算とし、毎月、１５日までに前月分の請求をい

　　　　たしますので、１５日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収

書を発行いたします。

５　サービスの利用方法

　（１）　サービスの利用開始

　　　　　まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

　　　　契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

　（２）　サービスの終了

　　①　　利用者のご都合でサービスを終了する場合

　　　　　文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

　　②　　当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、終了１カ月前までに文書で通知するとと

もに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

　　③　　自動終了

　　　　以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

　　　　・利用者が介護保険施設に入所した場合

　　　　・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自

立）要支援と認められた場合

　　　　・利用者がお亡くなりになった場合

　　④　　その他

　　　　利用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本契約を継

続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサー

ビスを終了させていただく場合がございます。

-7-

６　当事業所の居宅介護支援の特徴等

　（１）　運営の方針

　　①　　利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう総合的かつ効率的にサービスの提供をいたします。

　　②　　利用者の意志および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、十分な情報提供と説明を行うとともに、公正な援助を行います。

　　③　　関係市町村、地域の保健医療および福祉サービスと綿密に連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

　　④　　職務上知り得た情報は、正当な理由なく第三者に提供しません。

（２）　サービス利用のために

　　①　　介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

　　②　　調査（課題把握）の方法については「居宅サービスガイドライン」方式を原則とします。

　　③　　介護支援専門員の研修については、内外の研修に参加させます。

７　サービス内容に関する苦情

1. 居宅介護支援事業所やまぼうしの居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画書に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

|  |
| --- |
| 居宅介護支援事業所やまぼうし　　　　管理者　　本間　玲子  　電話：０２３８－２２－８５１１　ＦＡＸ：０２３８－２２－６５０１  　受付時間　　午前８時３０分～午後５時３０分（月曜日～金曜日）  　　　　　　ただし、いつでも受け付けるようにしていますので、お気軽に  　　　　　　ご連絡下さい。 |

1. その他

　　　　当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

　　　　米沢市の場合は下記の窓口があります。

　　　　山形県置賜総合支庁地域保健福祉課　　　　　電話　０２３８－２６－６０２８

　　　　米沢市健康福祉部高齢福祉課　　　　　　　　電話　０２３８－２２－５１１１

８　当事業所の概要

　　法人名称　　　　株式会社　菊地組

　　代表者　　　　　　代表取締役　菊地　正規

　　所在地　　　　　〒９９２－００５６　　米沢市直江町２－３５

　　電話番号　　　　０２３８－２２－８５１１

　　法人設立　　　　昭和４４年

　　施設等（種別）　居宅介護支援

-8-

令和　　　年　　　月　　　日

　居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて

重要な事項の説明を行いました。

事業者

所在地　　　〒992-0056　　米沢市直江町２－３５

名　称　　　居宅介護支援事業所やまぼうし

説明者　　　氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援について重要事項の

説明を受けました。

利用者　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　氏　名

代理人　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　氏　名

-9-