

令和 6年 4月 1日

居宅介護支援 重要事項説明書

指定居宅介護支援事業所 長与リハビリセンター

介護保険事業所番号 4271100531

指定年月日 平成11年12月1日

1. 指定居宅介護支援事業所 長与リハビリセンターの概要

<居宅介護支援事業者の所在地およびサービス提供地域>

事業所名	指定居宅介護支援事業所 長与リハビリセンター		
所在地	西彼杵郡長与町高田郷623-5		
電話番号	095-857-0602 080-8097-9376 (常勤専従 携帯用)		
職員体制	管理者	常勤専従	1名 業務の実施状況の把握 その他総合的な管理
	介護支援専門員	常勤専従	1名 居宅サービス計画の作成、 給付管理業務等 (管理者)
サービスを提供する地域	長与町、時津町、長崎市(除く旧香焼・旧伊王島・旧高島・旧野母崎・旧三和町・旧外海町・旧琴海町)		

<営業日・営業時間>

営業日・時間	月曜日～土曜日(土曜日は正午まで) 午前9時～午後6時
	ただし、電話等により、24時間常時連絡が可能な体制
休日	国民の祝日に関する法律に規定する日、 12月30日、12月31日並びに1月2日、1月3日

2. 事業の目的

事業者は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が要介護状態にある高齢者等に対し、適正な介護支援を提供することを目的とする。

3. 運営方針

事業所の介護支援専門員は、利用者が要介護状態にあっても、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に営むことができるように配慮し、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、公正中立な居宅介護支援を行う。又、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求めることが可能であること。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る旨、説明致します。

4. 居宅支援の申し込みからサービス提供までの流れ: 主な内容

- ①居宅介護支援利用申し込みの受付
- ②契約
- ③課題分析、居宅サービス計画の作成
- ④サービス担当者会議またはサービス担当者への照会による担当者間の調整
- ⑤居宅訪問:ご利用者(ご家族)の同意の確認
- ⑥各事業所よりサービスの提供
- ⑦計画対象期間中の実施状況の把握と連絡調整

5. 利用料金：厚生労働大臣が定める基準によるものとし、介護報酬の告示上の額とする（別紙1）のとおり。

6. 居宅支援のサービス終了

- ① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合、お申し出て下さればいつでも解約できます。
- ② 以下の場合には自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ ご利用者の方が介護保険施設に入所された場合
 - ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者が要介護認定区分が非該当（自立）、もしくは要支援と認定された場合
 - ・ ご利用者の方がお亡くなりになった場合

7. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村・家族・主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が賠償すべきものである場合には、速やかに損害賠償を行います。

8. 秘密保持

当事業所の従業者は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。なお、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合はあらかじめ文書により個人情報を用いる同意を得ます。これに係る個人情報の利用目的は（別紙3）のとおり。

9. 相談・苦情窓口

居宅介護支援に関する相談・要望・苦情は、下記窓口までいつでもお申し出ください。苦情における事業所以外の受付は以下の機関までお申し出ください。

電話番号(FAX)：	095-857-0602	(FAX)095-857-5962
担当部署：	居宅介護支援事業所 管理者	
担当者：	深山 慎二	

※相談・苦情に講じる措置の概要（別紙2）のとおり。

<その他の機関>

長崎県運営適正化委員会	電話番号： 095-842-6410
長崎県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情処理委員会)	電話番号： 095-826-1599

※受付時間 月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00

別紙 1 料金規定

(令和 6年 4月 1日 現在)

- ① 介護支援利用料は要介護認定の区分により、居宅サービスの提供開始以降
1ヶ月あたり次の額となります。(厚生労働大臣の定める基準による)

区 分	介護報酬告示額	
	◆居宅介護支援費(Ⅰ)	
要介護1	10,860円/月	
要介護2	10,860円/月	
要介護3	14,110円/月	
要介護4	14,110円/月	
要介護5	14,110円/月	

<加算項目>

初回加算	3,000円/月		
入院時情報連携加算(Ⅰ)	2,500円/月		
入院時情報連携加算(Ⅱ)	2,000円/月		
退院・退所加算 連携1回(カンファレンス参加 有無)	4,500円/回	6,000円/回	
退院・退所加算 連携2回(カンファレンス参加 有無)	6,000円/回	7,500円/回	
退院・退所加算 連携3回(カンファレンス参加 有)		9,000円/回	
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円/回		
通院時情報連携加算	500円/月		

ただし、法定代理受領により当事業所の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はございません。介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、いったん1ヶ月あたり上記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村役場の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

- ② 要介護認定の申請代行は無料です。

別紙 2 相談・苦情を処理するために講じる措置の概要

(令和 6年 4月 1日 現在)

事業所名	指定居宅介護支援事業所 長与リハビリセンター
サービスの種類	居宅介護支援事業

措置の概要

1. 利用者からの相談又は苦情等に対する常設の窓口担当者の設置

相談・苦情に対する常設の窓口として下記の者をあてる。なお、担当者が不在の場合は、他の従業員が対応できるように引継ぎを行う。

(相談担当者) 深山 慎二
(電話番号) 095-857-0602
(FAX番号) 095-857-5962

2. 円滑かつ迅速に相談・苦情処理を行うための処理手順・体制

サービス利用者からの相談・苦情の申し立てがあった場合、次の体制並びに手順で処理する。

- ① 始めに相談・苦情窓口の担当者が、利用者及びその家族から相談・苦情を受けその内容を充分聴き、その内容を確認した上で、その段階で解決できると判断されるものはその場で解決する。
- ② 窓口担当で解決が困難な場合は、処理を保留し、介護老人保健施設長与リハビリセンター施設長と協議し解決する。
- ③ 当該事業所内で解決が困難な場合は、第三者等の立会いのもと、当該利用者との話し合いを行い解決する。
- ④ ③での解決が困難な場合は、当該利用者及びその家族に国保連合会内の窓口への申し立てができる旨を伝え、速やかに当該事案の概要を県当局に伝え、その指示を仰ぐものとする。

別紙 3 個人情報利用目的

(令和 6年 4月 1日 現在)

指定居宅介護事業所 長与リハビリセンターでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[事業所内部での利用目的]

- * 当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- * 介護保険事務
- * 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ◇ 利用予定、実績等の管理
 - ◇ 会計・経理
 - ◇ 事故等の報告
 - ◇ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業所等への情報提供を伴う利用目的]

- * 事業所が利用者等に提供する介護サービスうち
 - ◇ 利用者に居宅サービスを提供する居宅サービス事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ◇ 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ◇ 家族等への心身の状況説明
- * 介護保険事務のうち
 - ◇ 保険事務の委託
 - ◇ 審査支払機関への給付管理票等の提出
 - ◇ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ◇ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[事業所の内部での利用に係る利用目的]

- * 事業所の管理運営業務のうち
 - ◇ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ◇ 事業所において行われる学生の実習への協力
 - ◇ 事業所において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- * 事業所の管理運営業務のうち
 - ◇ 外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、重要事項を説明しました。

事業所 所在地 西彼杵郡長与町高田郷 6 2 3 - 5

名 称 指定居宅介護支援事業所
長与リハビリセンター

説明者 印

サービス契約の締結に当たり、説明を受け同意しました。

《利用者》 住 所 _____

氏 名 _____ 印

《代理人》 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄 _____

*代理人欄は、利用者様の判断能力に障害が見られる場合、家族もしくは成年後見人等
が代わって記載をする。