

福祉総合相談支援センター あい 居宅介護支援事業 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 愛光会
主たる事務所の所在地	〒891-2303 鹿児島県鹿屋市海道町729-6
代表者（職名・氏名）	理事長 指宿章子
電話番号	0994-46-2821

2. 利用事業所の概要

利用事業所の名称	福祉総合相談支援センター あい
サービスの種類	指定居宅介護支援事業
事業所の所在地	〒891-2303 鹿児島県鹿屋市海道町729-6
電話番号	0994-46-2811
事業所番号	4670302415
管理者の氏名	野元裕稔
施設長の氏名	古川泰賀

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。居宅サービスが特定の種類、事業者（法人）に不当に偏るような誘導または指示を行いません。そのために、あなたが希望するサービス、地域等をお聞きした上で、希望に当てはまる居宅サービスを複数提示します。
- あなたは複数の居宅サービス事業者等を紹介するように求めること、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できます。
- あなたの居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。
- 指定居宅介護支援の利用の開始に際し、前6月間に作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護等（訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合と、前6月間に作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの各事業所における提供回数のうち、同一事業所によって提供されたものの割合を文書により説明・交付を行います。

5. 事業実施地域及び営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後5時まで。ただし、利用者の希望に応じて、24時間連絡可能な体制を整えるものとします。
事業実施地域	鹿屋市（輝北町、吾平町、串良町は除く） その他の地域については要相談

6. 職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容
管理者	1	-	業務統括（主任介護支援専門員兼務）※
介護支援専門員	2名以上	-	・居宅サービス計画の作成 ・サービス実施状況の把握と評価 ・介護保険施設への紹介等

※令和9年3月31日まで経過措置あり

7. 利用料金

(1) 居宅介護支援の利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は別紙1のサービス料金をお支払いいただきます。

(2) 交通費

通常のサービス実施地域にお住いの方は無料です。

それ以外の地域の方は介護支援専門員が訪問を行うために交通費の実費が必要です。

- ・公共交通機関を利用した場合 ～ 公共交通機関の定める運賃
- ・事業者の自動車を使用した場合 ～ 移動距離 (km) × 20 円

(3) 料金の支払いが発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 25 日までに請求しますので、2 週間以内にお支払いください。

8. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 本事業所は前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するものとします。
- 3 本事業所は利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行うものとします。

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

解決責任者	施設長 古川泰賀
総括責任者	理事長 指宿章子
電話番号	0994-46-2811
受付曜日・時間	月曜日 ～ 金曜日 8時00分 ～ 17時

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10. 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

12. 苦情相談窓口

- (1) 本事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

< 苦情受付窓口 >

苦情受付担当者	管理者 野元 裕稔
苦情解決責任者	施設長 古川 泰賀
電話番号	0994-46-2811
受付曜日・時間	月曜日 ～ 金曜日 8時00分 ～ 17時

< 第三者委員 > 第三者委員会事務局（桜島学園内） 099-221-2344

氏名	東 秀哉	電話番号 0994-44-7824
	新地 憲二	電話番号 090-2519-1281
	西菌 美恵子	電話番号 0994-46-5477
	野田 順子	電話番号 099-221-2208
	友岡 善寛	電話番号 0994-42-3589

- (2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

鹿屋市役所 介護保険係	所在地	鹿児島県鹿屋市共栄町20-1
	電話番号	0994-43-2111
	F A X	0994-41-0701
	受付曜日・時間	月曜日 ～ 金曜日 8時30分 ～ 17時

鹿児島県国民健康 保険団体連合会	所在地	鹿児島県鹿児島市鴨池新町7-4
	電話番号	099-206-1084
	F A X	099-220-6089

	受付曜日・時間	月曜日 ～ 金曜日	8時30分 ～ 17時
--	---------	-----------	-------------

福祉サービス運営適正化委員会	所在地	鹿児島県鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター5F	
	電話番号	099-286-2200	
	F A X	099-257-5707	
	受付曜日・時間	月曜日 ～ 金曜日	9時 ～ 16時

13. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者名	社会福祉法人 愛光会
事業所名	福祉総合相談支援センター あい
住 所	鹿屋市海道町 729-6
施 設 長	古川 泰 賀

説明者職・氏名 介護支援専門員

私は、事業者より上記の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 _____

家族または代表者

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 (_____)