

# 指定居宅介護支援事業所 社協ケアプランセンター佐野 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(佐野市指定 0970400628号)

当事業所は利用者に対して指定居宅介護支援を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## 目次

1	事業者	1
2	事業所の概要	1
3	職員の体制	2
4	当事業所が提供するサービスと利用料金	2
5	緊急時等における対応方法	3
6	苦情の受付について	4
7	権利擁護及び虐待防止のための措置	4

## 1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 佐野市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 栃木県佐野市大橋町3212-27
- (3) 電話番号 0283-22-8100
- (4) 代表者氏名 会長 半谷 昌弘
- (5) 設立年月日 平成17年2月28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・平成17年2月28日指定  
佐野市0970400628号
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、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。
- (3) 事業所の名称 社協ケアプランセンター佐野
- (4) 事業所の所在地 栃木県佐野市大橋町3212番地27
- (5) 電話番号 0283-22-8159
- (6) 事業所長（管理者）氏名 坂井 真子
- (7) 当事業所の運営方針  
利用者の心身の特性を踏まえて、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配慮して、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、その計画に基づく介護サービスが適正且つ円滑に提供されるよう、実施状況の把握を行います。
- (8) 開設年月日 平成17年2月28日
- (9) 事業者が行っている他の業務  
当事業者では、次の事業もあわせて実施しています。  
[通所介護事業・第1号通所介護事業]  
佐野市デイサービスセンターふくしの里
- (10) 通常の実業の実施地域 佐野市全域
- (11) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日及び12月29日～1月3日までは除く
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

### 3 職員の体制

当事業所では、利用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、次の職員を配置しています。

職 種	常 勤	非常勤
管 理 者	1 名	
介護支援専門員	4 名	

貴方を担当する介護支援専門員は

です。

### 4 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 居宅サービス計画（ケアプラン）作成の依頼からサービス提供まで

→訪問調査

→サービス利用の希望聴取（介護報酬及び利用者負担額の見積り）

→暫定ケアプラン作成（介護報酬及び利用者負担額の見積り）

→サービス事業者との調整

→ケアカンファレンス（各サービス担当者会議）の開催

→ケアプラン修正の同意

→サービス提供の開始

- ① 利用者が可能な限り自宅において、自らの能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行います。
- ② 利用者の心身の状況・環境に応じて、適切な保健・医療・福祉サービスが公正・中立に提供されるよう配慮します。
- ③ 介護支援専門員は、利用者やその家族に対して、利用者は居宅サービス計画（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を説明します。
- ④ 介護支援専門員は、利用者やその家族に対して、当該事業所を居宅サービス計画（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ことを説明します。
- ⑤ 利用者の意思・人格を尊重し、利用者の立場に立った支援を行います。
- ⑥ 要介護認定をされていない方は、認定申請に必要な支援（申請代行等）を行います。

※居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するに当たり、利用者の居宅を訪問し、心身の状況等について調査しますが、その際、市（町）介護保険担当課が所有する利用者に係る情報としての「認定調査票」及び「主治医意見書」を必要とする場合は、情報提供に係る申請に対して利用者の同意をされるようお願いいたします。

- ⑦ 当事業所社協ケアプランセンター佐野の訪問介護、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とおりになります。

(2) 利用料金（契約書第10条参照）

本契約に基づく指定居宅介護支援に対する利用料金は、要介護を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。

\*保険料の滞納等がある場合は、1 箇月につき次の料金をいただくこととなりますが、社会福祉協議会が発行するサービス提供証明書を、後日、市（町）の介護保険担当課に提出することにより、全額払戻を受けられます。

基 本 項 目	金 額
要介護 1・要介護 2	10,860円
要介護 3・要介護 4・要介護 5	14,110円
加 算 項 目	
初回加算	3,000円
特定事業所加算Ⅱ	4,210円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,500円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,000円
退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,500円
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,000円
退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,000円
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,500円
退院・退所加算（Ⅲ）	9,000円
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円
通院時情報連携加算	500円

(3) 交通費

佐野市にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域の方については、佐野市外からお住まいまでの間の交通費として、1キロメートル当たり20円の実費が必要となる場合があります。

(4) 契約解除料（契約書第11条参照）

契約後、居宅サービス計画（ケアプラン）の作成段階途中で、契約解除した場合、次の料金をいただきます。

要介護 1・要介護 2	10,860円
要介護 3・要介護 4・要介護 5	14,110円

(5) その他の料金（契約書第9条第3項参照）

記録等のコピー代 1面 10円

## 5 緊急時等における対応方法

事業所の介護支援専門員は、居宅介護支援を行うために利用者の居宅を訪問していた際に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の処置を講ずるとともに、管理者に報告をします。

## 6 苦情の受付について（契約書第15条参照）

### （1）当事業所における苦情・相談窓口

受付担当者 坂井 真子  
受付時間 毎週月曜日から金曜日まで（国民の祝日は除きます。）  
午前8時30分から午後5時15分まで  
電話番号 0283-22-8159  
FAX 0283-22-8199  
メールアドレス careplan@sanoshakyo.or.jp

### （2）当事業者第三者委員

佐野市社会福祉協議会監事 久村 純二  
佐野市社会福祉協議会監事 小林 光秀

《第三者委員への受付窓口》

佐野市社会福祉協議会 総務福祉課法人経営係	所在地	佐野市大橋町3212番地27
	電話番号	0283-22-8100
	FAX	0283-22-8199
	受付時間	午前8時30分から午後5時まで

### （3）行政機関その他苦情受付機関

佐野市役所 介護保険課	所在地	佐野市高砂町1番地
	電話番号	0283-20-3022
	FAX	0283-21-3254
	受付時間	午前8時30分から午後5時まで
栃木県国民健康保険 団体連合会 介護福祉課 介護サービス担当	所在地	宇都宮市本町3-9 合同ビル6階
	電話番号	028-643-2220
	FAX	028-643-5411
	受付時間	午前8時30分から午後5時まで
栃木県運営適正化委員会	所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内
	電話番号	028-622-2941
	FAX	028-622-2316
	受付時間	午前8時30分から午後5時 受付時間 午前8時30分から午後5時

## 7 権利擁護及び虐待防止のための措置

- （1）虐待を未然に防止するため、研修などを通じて、全ての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上を努めます。
- （2）利用者の生活状況を観察しながら早期発見に努め、虐待の疑いがある場合や、虐待の事実を発見した場合には関係機関に速やかに通報するとともに、関係機関と連携し虐待をうけた利用者やその家族への支援を行い、状況に応じた適切な措置を講じます。
- （3）支援や介護に関する悩みや苦労を相談出来る体制を整えるほか、利用者の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

指定居宅介護支援サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【遵守事項】

- (1) 介護保険に関する情報以外は提供しません。
- (2) 情報提供先の事業者等が本人の同意を得ることなく本人以外の者に介護保険の情報を提供しないよう必要な措置を講じます。

説 明 者 事業所名 社協ケアプランセンター佐野  
職 名 介護支援専門員  
氏 名 .....

私は、本書面に基づいて事業所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、介護保険法に基づく介護サービス等の利用について、介護保険サービスの提供のために必要があるときは、業務上知り得た私（利用者）及び私（利用者）の家族等に関する個人情報について、介護サービスを提供する事業者等（居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、介護保険施設、主治医）に介護保険に関する情報を提供することについて承諾します。

利 用 者 住 所 佐野市  
氏 名 .....

署名代行者 住 所 .....  
又は代理人  
氏 名 .....

親族代表者 住 所 .....  
又は立会人  
氏 名 .....