

重要事項説明書

1 事業者の概要

- ・法人種別の名称 医療法人社団 大徳会
- ・代表者名 理事長 内田太郎
- ・所在地 熊本県阿蘇市一の宮町宮地5833
- ・連絡先 (電話) 0967-22-2111
(FAX) 0967-22-2114

2 事業所の概要

- ・事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
熊本県指定 4312710983
- ・指定年月日 平成11年11月26日
- ・事業所名称 大阿蘇病院介護支援センター
- ・所在地 熊本県阿蘇市一の宮町宮地5833
- ・連絡先 (電話) 0967-23-1536
(FAX) 0967-23-1535
- ・管理者名 市原祥子
- ・事業の実施地域 阿蘇市 産山村

3 営業日及び営業時間

- ・営業日 月曜日～土曜日
- ・受付時間 午前9時～午後5時まで

※上記以外でのご相談をご希望される場合は、あらかじめご連絡ください。

- ・休日 日曜日、祝祭日
8月13日～8月15日 (お盆)
12月30日～1月3日 (年末年始)

4 事業所の職員体制

	資格	常勤	業務内容
管理者	介護支援専門員	1 (兼務)	管理運営
介護支援専門員	介護支援専門員	2 (専従1兼務1)	ケアプラン作成

5 当事業所の運営方針

利用者の、心身の状況に応じて、可能な限り自立した在宅生活を営むことが出来るよう、市町村、地域の保健、医療、福祉サービスと連携を図り、総合的かつ効率的なサービスの提供に努めます。

6 提供される居宅支援の内容

- ・介護保険に関する申請代行等
- ・居宅サービス計画（ケアプラン）の作成、交付
- ・居宅サービス事業者等との連絡調整
- ・給付管理 等

7 費用について

- ・居宅介護支援に関する費用は、国の定める介護保険法に準じます。

- ・令和6年現在

下記の料金が該当する場合介護保険で全額支払われます。

居宅介護支援費（Ⅰ）【一月につき】

要介護1・2 1,086 単位/月

要介護3・4・5 1,411 単位/月

初回加算

入院時情報連携加算（Ⅰ・Ⅱ）

退院・退所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

特定事業所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

複合型サービス事業所連携加算

緊急時等居宅カンファレンス加算

特定事業所医療介護連携加算

ターミナルケアマネジメント加算

通院時情報連携加算

8 サービス内容に関する苦情の受付

- ・苦情受付窓口

担当者	管理者兼介護支援専門員	市原 祥子
	介護支援専門員	一色 沙知子
	介護支援専門員	松野 綾乃

受付時間 平日の午前9時～午後5時

- ・苦情処理手順

- 1) 利用者などから苦情があった場合は担当の介護支援専門員が速やかに事実の確認を行います。
- 2) サービス提供に関する苦情の場合は担当のサービス事業者へ連絡し事情の確認を行います。
- 3) 居宅サービス計画に関する苦情の場合は、必要に応じサ

- サービス担当者会議を行いその結果を説明いたします。
- 4) 苦情の内容如何によらず苦情を受け付けた場合には必ずそのサービス提供者及び管理者に報告します。
 - 5) 自ら提供したサービスにおいても苦情があった場合には速やかに改善を行います。
 - 6) いずれの場合も苦情を受け付けた2日以内には対応方針を決め担当の介護支援専門員が説明を行います。
 - 7) 苦情の記録及び当センターの対応方法は記録し台帳として保管し再発防止に努めます。
 - 8) 苦情があったサービス事業者には担当の介護支援専門員が速やかに連絡を取り事実の確認を行いサービス提供の改善が必要な場合には今後の対応方針を提示してもらいます。
 - 9) サービス内容の改善が見られない場合は他の事業者への紹介なども考慮し検討を行います。また、国民健康保険団体連合会へ苦情申し立てを行う場合には必要な手続きなど行います。

9 秘密保持について

サービスを提供する上で知り得た、利用者や家族に関する個人情報については、正当な理由なしに第三者にはもちません。契約終了後についても同様です。

10 事故発生時の対応、損害賠償について

- 1) 利用者に対する居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には速やかに保険者、家族等への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- 2) 利用者に対する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、損害賠償を速やかに行うものとします。

11 情報の保存義務について

利用者の居宅サービス計画、その実施状況等に関する記録書類等を5年間保存します。

12 公正中立なケアマネジメントの確保について

- 1) 利用者の意思に基づいた契約であることを確保する為にケア

プランに位置づける居宅サービス事業所について利用者・家族へ複数の事業所の紹介を行います。

- 2) 該当サービス事業所をケアプランに位置付けた理由を求められた際には説明を行います。

13 契約の終了、一時休止について

以下の事由が発生した場合には、この規約は終了するものとします。

- ① 利用者より契約解除の意思表示がなされた時
- ② 利用者からの著しい不信行為により当事業所が支援困難と判断した時（一ヶ月以上の予告期間を持って契約解除する）
- ③ 利用者の死亡又は要介護認定を受けられなかった時
- ④ 利用者が介護保険施設、医療施設へ入所又は入院された時（退所、退院時に利用者より連絡あれば受け入れ状況によりサービス利用再開の調整を行います）

14 その他契約外事項

利用者が入院、入所になった際には、入院、入所先へ介護支援専門員についての情報提供の協力をお願いするものである。

附則

1. 平成21年4月1日付け、一部改正。
1. 平成26年4月1日付け、一部改正。
1. 平成27年4月1日付け、一部改正。
1. 平成30年4月1日付け、一部改正。
1. 平成31年3月18日付け、一部改正。
1. 令和元年5月1日付け、一部改正。
1. 令和元年10月1日付け、一部改正。
1. 令和3年4月1日付け、一部改正。
1. 令和4年6月1日付け、一部改正。
1. 令和5年4月1日付け、一部改正。
1. 令和5年10月1日付け、一部改正。
1. 令和6年4月1日付け、一部改正。
1. 令和6年9月1日付け、一部改正。
1. 令和6年10月1日付け、一部改正。
1. 令和7年3月1日付け、一部改正。

1. 令和7年4月1日付け、一部改正。
1. 令和7年7月1日付け、一部改正。

令和 年 月 日

居宅介護支援事業の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 事業者名 医療法人社団 大徳会
事業所名 大阿蘇病院介護支援センター
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居宅介護支援事業の提供開始に同意しました。

利用者 住所

電話番号 ()

氏名 _____ 印

個人情報に関する同意

介護支援専門員及びそのサービス事業者が、居宅介護支援サービスの業務上知り得た私や私の家族等の個人情報を、サービス担当者会議等においてその情報を用いる事、及び必要な情報を収集する事に同意します。

利用者 住所

電話番号 ()

氏名 _____ 印

代筆者 住所

電話番号 ()

氏名 _____ 印

家族 住所

電話番号 ()

氏名 _____ 印