

居宅介護支援重要事項説明書

《令和 7 年 10 月 1 日現在》

1. 事業所の運営方針

- ①事業所の介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等及びその家族の意思を尊重した上で、心身の特性を踏まえ自立した日常生活を営むことができる居宅サービス、あるいは必要に応じ施設サービス等が、総合的且つ効率的に提供されるよう関係市町村、居宅介護サービス事業者、施設等との連絡調整を行います。
- ②指定居宅介護支援の提供に当っては利用者の意向及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って利用者に提供される指定居宅介護サービスが、特定の種類又は特定の居宅介護サービス事業所に不当に偏ることのないように公平中立に行います。
- ③事業の実施に当っては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービス及びインフォーマルなサービス機関、団体等とも有機的な連携を図り、総合的な居宅介護支援の提供に努めます。
- ④利用者やその家族が、複数の事業所の紹介を求める事が可能である事や、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求める事が可能です。
- ⑤居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具のサービス事業者又は指定地域着サービス事業者によって提供されたサービスを占める割合（上位 3 位まで）等について説明希望があれば交付致します。
- ⑥一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入は、利用者負担を軽減し、制度の接続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。

2. 支援事業者（法人）の概要

法 人 名	合同会社 ジャストライト
代 表 者 氏 名	代表社員 大島 伸城
法 人 所 在 地	大分県中津市大字今津 620-1
連絡先：T E L	0979-64-9203
F A X	0979-64-9197
設立年月日	令和 2 年 1 月 27 日

2. 事業所の概要

(1) 名称等

事 業 所 の 名 称	介護相談支援センター ケア・ラボ
所 在 地	大分県中津市大字今津 620-1
管 理 者 の 氏 名	大島 伸城
電 話 番 号 F A X 番 号	0 9 7 9 - 6 4 - 9 2 0 3 0 9 7 9 - 6 4 - 9 1 9 7
事業者指定番号	4 4 7 0 3 0 1 3 8 5
通常サービス 提供地域	大分県中津市（旧中津市内）宇佐市 福岡県豊前市、吉富町、別府市、豊後高田市

(2) 営業日及び営業時間

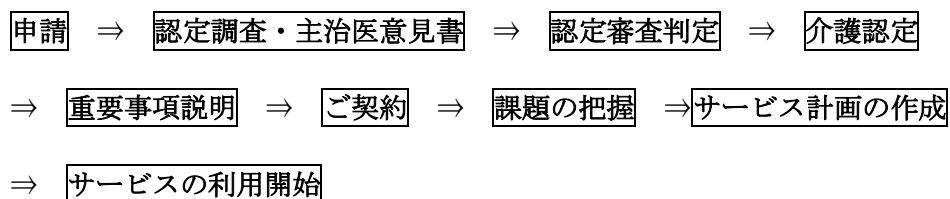
営 業 日	月～金 (但し、12 月 30 日～1 月 3 日までを除く)
営 業 時 間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで (電話等により 2 4 時間常時連絡が可能)

(3)職員体制

職種	常勤専従	常勤兼務	計	備考
管理者		1名	1名	介護支援専門員兼務
主任介護支援専門員	2名	1名	2名	
介護支援専門員	3名	1名	5名	相談員兼務1名

4.居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

利用者の同意を得た上で居宅サービス計画作成の支援を行います。また、居宅において適正なサービス確保が確保されるように、サービス提供事業者と連絡調整を行うなど、その他必要な便宜を図ります。



★居宅介護支援の提供の開始に当たり、病院や診療所に入院する際は担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に提供するようにお願い致します。

5.利用料

要介護又は要支援認定を受けられた方は、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。

ただし、利用者の介護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は、1ヶ月につき、居宅介護支援費として厚生労働大臣の定めるところによる金額を当事業所に支払い、サービス提供証明書の発行を受けます。このサービス提供証明書の後日、市町村の介護保険担当課に提出しますと、全額払い戻しを受けることが出来ます。

- | | | | |
|--------------------|-----------|----------|-----------|
| ① 居宅介護支援費（Ⅰ）要介護1・2 | 1086 単位/月 | 要介護3・4・5 | 1411 単位/月 |
| ② 特定事業所加算（Ⅰ） | 519 単位/月 | | |
| 特定事業所加算（Ⅱ） | 421 単位/月 | | |
| 特定事業所加算（Ⅲ） | 323 単位/月 | | |
| 特定事業所加算（A） | 114 単位/月 | | |
| 特定事業所医療介護連携加算 | 125 単位/月 | | |
| ③ 入院時情報連携加算（Ⅰ） | 250 単位/月 | | |
| 入院時情報提供加算（Ⅱ） | 200 単位/月 | | |
| 退院・退所加算（Ⅰ）イ | 450 単位/月 | | |
| 退院・退所加算（Ⅰ）ロ | 600 単位/月 | | |
| 退院・退所加算（Ⅱ）イ | 600 単位/月 | | |
| 退院・退所加算（Ⅱ）ロ | 750 単位/月 | | |
| 退院・退所加算（Ⅲ） | 900 単位/月 | | |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 200 単位/回 | | |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 400 単位/回 | | |
| 通院時情報連携加算 | 50 単位/月 | | |
| ④ 初回加算 | 300 単位/月 | | |

6.虐待防止

虐待防止に関する責任者	管理者 大島 伸城
-------------	-----------

事業者は、虐待防止に関する責任者の設置、従業者に対する虐待防止啓発のための研修の実施、成年後見制度を活用した権利擁護、苦情解決体制の整備、市町村における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止のための措置を行います。また、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。

8.秘密保持

- ①事業所の従業者は、サービスを提供する上で知りえた利用者及びその家族に関する秘密を正当なく第三者には洩らしません。この守秘義務は解約後も同様です。
- ②事業所の重要事項説明書の同意をもって、以下に挙げる理由に限り、利用者及びその家族に関する情報を提供します。
 - ・ サービス事業所および主治医との連絡調整
（居宅サービス計画作成・介護支援・モニタリング・評価）
 - ・ 居宅サービス計画に関するサービス担当者会議
 - ・ 居宅介護支援介護給付費請求および審査支払機関への照会、照会への返答
 - ・ 保険者への報告義務のある事項の報告・照会、照会への返答

9.個人情報の保護

当事業所は、個人の権利・利益を保護するために、個人情報を適切に管理することを社会的責務として考えます。

個人情報保護に関する方針を以下のとおり定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、これまで以上に個人情報の保護に努めます。

- ①個人情報の収集・利用・提供
個人情報を保護・管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集、利用及び提供に関する内部規則を定め、これを遵守します。
- ②個人情報の安全対策
個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏洩などに関する万全の予防措置を講じます。万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。
- ③個人情報の確認・訂正・利用停止
当該本人（利用者）などからの内容の確認・訂正あるいは利用停止を求められた場合には、別に定める内部規定により、調査の上適切に適応します。
- ④個人情報に関する法令・規範の遵守
個人情報に関する法令及びその他の規範を遵守します。
- ⑤教育及び継続的改善
個人情報保護体制を適切に維持するため、職員の教育・研修を徹底し、内部規則を継続的に見直し、改善します。
- ⑥居宅サービス計画に対する情報の提供・開示
居宅サービス計画の提供・開示に関しては、別に定めます。

問合わせ窓口

個人情報に関しては、管理者又は担当介護支援専門員へお問い合わせください。

10. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに対応します。また、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

11. サービス内容に関する相談・苦情

事業所の居宅介護支援に関する相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情は当事業所、各市町村及び各県国民健康保険団体連合会で承っています。

当事業所が提供するサービス及び個人情報・苦情・虐待についての相談窓口

電 話	0 9 7 9 - 6 4 - 9 2 0 3 (午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 まで)
管 理 者	大島 伸城
担当介護支援専門員	

中津市	0 9 7 9 - 2 2 - 1 1 1 1	吉富町	0 9 7 9 - 2 4 - 1 1 1 1
豊前市	0 9 7 9 - 8 2 - 1 1 1 1	宇佐市	0 9 7 8 - 2 7 - 8 1 4 9
大分県国民健康保険団体連合会		0 9 7 - 5 3 4 - 8 4 7 0	
福岡県国民健康保険団体連合会		0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 0 0	

当事業者は、居宅介護支援の提供開始に当り、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。「医療機関入院の際の担当介護支援専門員の氏名等の提供」についても前記の重要事項説明書に基づき説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】

<住 所> 大分県中津市大字今津 620-1

<事業者名> 介護相談支援センター ケア・ラボ

<代表者> 大島 伸城 印

<説明者> _____ 印

私は、本書面に基づいて、当事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービス計画の提供開始に同意しました。また、各サービスに様々なサービス事業所から選択できる事の説明を受け、自分で事業所を選択しました。

「医療機関入院の際の担当介護支援専門員の氏名等の提供」の説明を受け、医療機関へ入院の際は、担当介護支援専門員の名前を伝えるようにします。

令和 年 月 日

【利用者】

<住所> _____

<氏名> _____ 印

<代筆者> _____ 印

【利用者家族又は代理人】

<住所> _____

<氏名> _____ 印