

居宅介護支援事業重要事項説明書

利用者(利用者の家族)が利用しようと考えている居宅介護支援業務について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。わかりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口について

電話 079-449-0112 / FAX 079-449-0100

営業日	月曜日から金曜日まで。 但し、国民の休日、12月30日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

営業日・営業時間以外に急を要する事項が発生したときは、随時対応できる態勢を確保します。

2. 当事業所の法人概要について

法人格・名称	社会福祉法人 双恵会
所在地	高砂市阿弥陀町阿弥陀43-1
代表者(役職・氏名)	理事長 高井 利夫
設立年月日	平成10年3月2日設立
事業内容	特別養護老人ホーム、短期入所生活介護事業・介護予防短期入所生活介護事業、(ショートステイ)、通所介護事業・総合事業通所介護事業(デイサービス)、 経費老人ホーム(ケアハウス)

3. 利用者に居宅介護支援サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名	めぐみ苑居宅介護支援事業所
所在地	高砂市阿弥陀町阿弥陀43-1
連絡先	TEL 079-449-0112 FAX 079-449-0100
事業所の指定番号	兵庫県指定 指定事業者番号 2872100108 号 指定年月日 平成12年4月1日
事業開始時期	平成12年4月
サービスを提供する 実施地域	高砂市、加古川市、姫路市、播磨町、稲美町

(2) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	居宅介護支援事業は、要介護者等の依頼を受け、その心身の状況、その置かれている環境、要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、利用する介護サービスの種類、内容及び居宅サービス計画を作成するとともに、サービス計画に基づき、各サービスの提供が確保されるよう、各事業者等との連絡調整その他の便宜提供を行うものとしします。また、要介護者等が介護保険施設の入所を希望する場合は、介護保険施設への紹介等の便宜提供を行うものとしします。
事業の方針	1. 居宅介護支援事業は、利用者が要介護(要支援)状態となった場合においても、可能な限り居宅におい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、身体介護その他生活全般にわたる援助を行います。 2. 利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、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、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。 3. 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行います。 4. 事業の実施に当たっては、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。 5. 上記のほか、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に運営に関する基準(厚生省令第38号平成11年3月31日付)」第13条の具体的取り扱い方針を遵守します。

4. 当事業所の従業員について

事業所の管理者	1名 管理者 井上 智博
---------	--------------

職 種	員数	業務内容	勤務体制
介護支援専門員	4名以上	介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行います。	常 勤
補助職員	1名	補助職員は、管理者及び介護支援専門員の業務を補助します。	兼 務

5. 提供するサービスの内容について

(1) サービス内容

別紙1 参照

(2) 居宅介護支援費(標準の金額)【介護保険 給付対象】

ケアプランが基準通り適切に作成・管理されている場合。

① 居宅介護支援費

項目	要介護度	費用	
利用料	要支援1・2	4,819 円	
	要介護1・2	11,088 円	
	要介護3～5	14,406 円	
特定事業所加算	(Ⅰ)	+5,298 円	* 当事業所は(Ⅱ)を取得しております
	(Ⅱ)	+4,298 円	
	(Ⅲ)	+3,297 円	* 要介護1～5の方が対象です
	(A)	+1,163 円	

※ 特定事業所加算(Ⅱ):主任介護支援専門員資格を持つものを配置し、常勤の介護支援専門員を2名以上配置、1人あたりの平均居宅サービス計画書作成数が国の定める標準件数以内の場合に算定します。

※

(3) その他の費用(加算)の額

別紙3 参照

(4) 上記以外の費用[介護保険給付対象外]

交通費	利用者のご自宅が当事業所の通常の事業実施地域以外にあるときは、1km当たり30円として計算した額を徴収します。タクシーを利用した場合は、実費負担とします。
複写物の交付	1枚につき10円。その都度、お支払い下さい。

6. 虐待防止・身体拘束適正化について

(1) 虐待の発生または拡大しないために講ずべき措置としての内容

- ① 虐待防止・身体拘束適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止・身体拘束適正化のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待防止・身体拘束適正化のための研修を定期的の実施します。
- ④ 上記①～③までを適切に実施するための担当を管理者が行います。

事業所に当該事業所職員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待・身体拘束を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市に通報します。

7. 感染予防対策について

(1) 感染症が発生または拡大しないために講ずべき措置としての内容

- ① 感染症の発生及びまん延等がないように定期的に感染予防対策委員会を開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② マニュアルの見直し、感染予防対策の検討を行った上で指針を整備します。
- ③ 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修、訓練(シミュレーション)を定期的の実施します。
- ④ 上記①～③までを適切に実施するための担当を管理者が行います。

8. 自然災害対策について

(1) 台風、地震等の被害発生時の講ずべき措置としての内容

- ① 非常災害時に適切に対応するため、消防法第8条第1項に基づき、消防計画において当施設における防火管理業務について必要な事項を定めます。
- ② 定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施し災害、震災、その他の災害の予防及び人命の安全並びに被害の極限防止をはかる。
- ③ 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう、連携に努めます。

＊業務(サービス支援)が中断しない、中断した場合においても優先業務が実施できるようにBCP(業務継続計画)の取り組みを行います。

9. ハラスメントについて

(1)業務上必要かつ、職員の就業環境が害されることを防止するべき措置としての内容)

- ① 職員に対するハラスメント指針の周知・啓発を行います。
- ② 職員からの相談に応じ、適切に対処するための体制を整えます。
- ③ その他ハラスメント防止のために必要な措置を講じます。

10. サービス担当者会議・家族等の連絡について

サービス担当者会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし利用者または家族が参加する場合については、テレビ電話装置等の活用について個人情報取り扱いに十分に配慮した上で利用者等の同意を得て実施をさせていただきます。

(本人、家族との連絡についても同意を得て実施)

11. 介護支援の担当者（介護支援専門員）について

(1)介護支援専門員の利用者宅への訪問頻度の目安について

利用者から依頼がある場合や、居宅介護支援業務の遂行のうえで不可欠である と認められる場合で利用者の承諾を得た場合は、必要に応じて介護支援専門員が利用者の自宅を訪問します。

(2)介護支援専門員の変更

- ① 担当の介護支援専門員の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者まで連絡下さい。
- ② 事業者側の都合により、介護支援専門員を交代させる場合は、交代の理由を明らかにし、交代後の介護支援専門員の氏名を契約書別紙により利用者に通知します。

(3)身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証明書を携行し、初回訪問時および利用者またはその家族から求められた時は、いつでも身分証を提示いたします。

12. 事業者の責務について

(1)居宅介護支援の提供内容の記録について

利用者に提供したサービス提供の記録は、利用者の要介護認定等の満了日から5年以上保管します。記録については、利用者とその家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。但し、写しを希望される場合は、コピー料金をいただきます。

(2) 秘密保持と個人情報(プライバシー)の保護について

当事業所及び職員がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で、利用者もしくは家族の情報を使用します。この場合には、あらかじめ利用者もしくはご家族に説明し同意を得たうえで使用します。その際、同意書に署名をいただきます。

なお、利用者のご家族からの希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知をご家族にも行なう場合があります。

(3) 賠償責任について

- ① 当事業所の責任において、利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所は利用者にその損害を賠償いたします。

ただし事業者が故意過失がなかった場合や事業者の責任によらない場合はこの限りではありません。

- ② 当事業所は「社会福祉・介護保険施設総合保険」に加入しています。内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所管理者までご連絡下さい。

13. 契約の解約について

(1) 利用者からの契約解約について

- ① 利用者は当事業所に対し、「契約解約申出書」を解約する日の7日前までに事業所に届けることによって、この契約を解約することができます。

- ② 次の場合は、利用者は事業者に対し申し出を行なうことによって、「契約解約申出書」を提出することなしに、この契約をいつでも解約することができます。

①②の場合、解約料は無料です。

ア. 事業者が正当な理由なしに居宅介護支援の提供を行なわない場合

イ. 事業者が守秘義務に反した場合

ウ. 事業者が利用者やそのご家族に対して契約を継続しがたいほど重大な社会通念を逸脱する行為を行なった場合

エ. 事業者が破産、その他事業者がこの契約に定める居宅介護支援の提供を正常に行ない得ない状況に陥った場合

オ. 利用者の緊急入院等、やむを得ない場合

- ③ ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は、解約料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

(2) 事業者からの契約解約について

当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して契約終了日の 1 ヶ月前までに理由を示した文書でお

知らせすることにより、契約を解約することができます。この場合、当事業所は他の居宅介護支援事業所に関する情報をお伝えするなど、利用者が続けて滞りなく介護保険を利用してサービスを受けることができるように支援します。

ただし、つぎの場合には、1ヶ月以上の事前申し出期間なしに、この契約を解約することができます。

- ア. 利用者がこの契約に定める利用料金等の支払いを3ヶ月以上滞納し、文書による支払い催促を行なったにもかかわらず、催促の日から14日以内にその支払いがなかった場合
- イ. 利用者もしくはそのご家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により円滑なサービスが提供できなくなる場合（この場合は解約する理由を示した文書を利用者にお渡しします。）

14. 契約の終了

(1) つぎの場合には、自動的に契約は終了します。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 利用者が特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設の受給を開始した場合
- ③ 利用者が身体障害者療護施設等の介護保険の被保険者としての資格を失う施設へ入所した場合
- ④ 利用者の要介護認定区分が、自立と認定された場合
- ⑤ 「総合事業通所サービス・総合事業訪問介護サービス」を利用される場合
- ⑥ 利用者が当事業所の営業ができない程遠くに移転された場合
- ⑦ 利用者がお亡くなりになった場合

15. 当事業所のケアプランにおける各サービスの利用割合

別紙2 参照

16. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、必要な対応を行ないます。その際、予め指定する連絡先にも連絡します。

17. 相談・苦情窓口

(1) 当事業所における苦情の受付

ご相談や苦情などがございましたら、遠慮なく、当事業所の担当窓口までお申し出ください。

受付時間 毎週 月曜日～土曜日 8:30～17:30

- | | | |
|----------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ○苦情相談担当者 | 山下 浩二 | TEL(079)449-0112 |
| ○苦情解決責任者 | 社会福祉法人 双恵会
理事 井上 智博 | TEL(079)449-0111 |
| ○第三者委員 | 社会福祉法人 双恵会
理事 山本 忠幸
評議員 白石 直也 | TEL(079)442-5817
TEL090-8750-7918 |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

介護保険の苦情や相談等に関しては他に下記の相談窓口があります。

- | | |
|-----------------|--|
| ○国民健康保険団体連合 | TEL(078)332-5617 FAX(078)332-5650
所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 |
| ○高砂市福祉部介護保険課 | TEL(079)443-9063 FAX(079)443-2304
所在地 高砂市荒井町千鳥1丁目1番1号 |
| ○加古川健康福祉事務所 | TEL(079)421-9296 FAX(079)422-7589
所在地 加古川市加古川町寺家町天神木97番1号 |
| ○加古川市福祉保険部介護保険課 | TEL(079)421-2000 |
| ○姫路市介護保険課 | TEL(079)221-2445 |
| ○播磨町民生部健康福祉課 | TEL(079)435-0335 |
| ○稲美町民生部健康福祉課 | TEL(079)492-1212 |

(附則)

本重要事項は、令和6年4月1日より実施する。

改正 令和6年4月1日 介護報酬改定に伴う変更

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	高砂市阿弥陀町阿弥陀43-1
	名称	社会福祉法人 双恵会
	代表者名	理事長 高井 利夫 印

	事業所名	めぐみ苑居宅介護支援事業所
	管理者名	井上 智博

説明者	所属	めぐみ苑居宅介護支援事業所
	氏名	印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受けました。

契約者(利用者)

住 所

氏 名 _____ 印

(自署の場合は印鑑不要)

契約者は、署名が出来ないため、契約者本人の意思を確認の上、代理人である私が契約者に代わって、その署名を代行いたします。

署名代行者(または代理人)

住 所

氏 名 _____ 印

(署名代行の場合は利用者印署名代行者(または代理人)印必要)

(利用者との続柄:)