

居宅介護支援事業重要事項説明書

お客様（お客様のご家族）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 0799-35-1166 / FAX 0799-35-1167

営 業 日	月曜日～金曜日 ※土曜日、日曜日、祝祭日及び 年末年始（12月29日から1月3日）は休業します。
営業時間	8：30～17：15
担 当	東 佑 樹 ・ 幸田 みゆき ・ 嶋末 久美子

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 洲本市社会福祉協議会
所在地	【本部・洲本支部】兵庫県洲本市山手2丁目2番26号 【五色支部】兵庫県洲本市五色町広石中90番地5
連絡先	本部・洲本支部 電話番号 0799-26-0022 FAX番号 0799-26-0021 五色支部 電話番号 0799-35-1166 FAX番号 0799-35-1167
代表者（役職・氏名）	会 長 阿萬田 美恵子
設立年月日	平成18年2月14日 設立
主な事業内容	① 洲本市訪問介護事業所 運営の受託 ② 洲本市五色地域福祉センター 運営の受託 ③ 居宅介護支援事業所みやま ④ 日常生活自立支援事業 ⑤ 成年後見制度に関する事業 ⑥ 心配ごと相談事業 ⑦ 介護相談事業 ⑧ 生活福祉資金貸付制度 ⑨ ボランティアセンターの運営

3. お客様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	居宅介護支援事業所 みやま
所在地	兵庫県洲本市五色町広石中90番地5 洲本市五色地域福祉センター内
連絡先	電話番号 0799-35-1166 FAX番号 0799-35-1167
	営業日・営業時間外の連絡先 電話番号 <u>080-2536-7602</u>
事業所の指定番号	洲本市指定 2871500910 平成24年5月1日指定
事業開始時期	平成24年5月1日
サービスを提供する実施地域	洲本市内 ※上記地域内での交通費はサービス利用料金に含まれています。

(2) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	お客様が、<u>可能な限り居宅において</u>、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支援します。 <u>お客様やご家族の希望等に合せ</u>、ご利用になる介護サービス等の種類及び内容、居宅サービス計画を作成し、計画通りに各サービスの提供が確保されるよう<u>各事業者等との連絡調整</u>その他の便宜の提供を行います。 また、お客様が介護保険施設への入所を希望される場合は、介護保険施設への紹介等の便宜の提供を行います。
事業の方針	お客様の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、<u>お客様の選択に基づき</u>、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率的に提供されるよう配慮して行います。 お客様の意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立ち、提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないよう<u>公正中立</u>に行います。

4. 当事業所の従業員について

事業所の管理者	洲本市社会福祉協議会 介護支援専門員：東 佑 樹
---------	--------------------------

職 種	員数	業務内容	勤務体制
介護支援専門員	3 名	①要介護（支援）認定申請に対する代行・援助 ② 居宅サービス計画の作成 ③ 居宅サービス事業者との連絡調整 ④ サービス実施状況把握・評価 ⑤ 利用者状況の把握 ⑥ 給付管理 ⑦ 相談業務	常勤兼務：1 名 常勤専従：2 名

5. 提供するサービスの内容と料金について

（１）サービス内容 別紙①参照

（２）料金【厚生労働大臣の定める基準額】

要介護１・２	10,860円
要介護３・４・５	14,111円
初回加算	3,000円
特定事業所加算（Ⅰ）	5,190円
特定事業所加算（Ⅱ）	4,210円
特定事業所加算（Ⅲ）	3,230円
特定事業所加算（Ａ）	1,140円
通院時情報連携加算	500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
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円

注１） 介護保険が適用される場合は、以上の報酬は直接介護保険から事業所に給付されますので、お客様のご負担はありません。

注２） ただし、お客様に保険料の滞納がある場合は、お客様より全額料金をいただき、当事業所が発行する証明書をもって後日払い戻しとなる場合があります。

注３） 滞納の期間によっては、全額お客様のご負担となる場合もあります。

- 注4) 要介護認定等の前に居宅介護支援サービスが提供され、認定後お客様が「自立」と判定された場合、居宅サービス計画作成に伴う費用は頂きませんが、「暫定居宅サービス計画」に基づいて実施された居宅サービスについては、その費用を全額自己負担していただく場合があります。
- 注5) 今後この料金体系は変更される場合があります。その際は利用者に事前に文書をお渡しして、説明します。

6. その他の費用について

交 通 費	お客様のお宅が当事業所の通常の事業実施地域以外にあるときは、下記のとおり交通費の実費をいただきます。 <table> <tr> <td>交通機関を利用の場合</td><td>実 費</td></tr> <tr> <td>交通機関以外の手段による場合</td><td>1 回 当 り 5 0 0 円</td></tr> </table>	交通機関を利用の場合	実 費	交通機関以外の手段による場合	1 回 当 り 5 0 0 円
交通機関を利用の場合	実 費				
交通機関以外の手段による場合	1 回 当 り 5 0 0 円				
複写物の交付	1 枚につき 1 0 円。そのつどお支払い下さい。				
サービス実施のため にお客様のお宅で使用する電話料金	やむを得ずお宅の電話を使用した場合、お客様の負担となります。				

7. 料金の支払い時期と支払方法について

利用料、その他の費用の請求	①利用料、その他の費用は、利用者負担がある場合に、利用の月ごとにその合計金額を請求いたします。 ②請求書は、利用明細を添えて、利用のあった月の翌月 1 0 日までに利用者宛にお届けいたします。ただし、請求額のない月はお届けしません。
利用料、その他の費用の支払い	①請求書を受け取られましたら、お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求月の 2 5 日までに、下記のいずれかの方法を選択した上でお支払い下さい。 ☐事業者指定口座への振込み 三井住友銀行洲本支店 普通口座 1 1 2 5 8 2 0 口座名義 社会福祉法人 洲本市社会福祉協議会 会長 あ ま た み え こ 阿萬田 美恵子 ☐お客様指定口座からの自動振替 ☐現金支払い ②お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

8. 介護支援の担当者（介護支援専門員）について

（1）介護支援専門員のお客様宅への訪問頻度の目安について

当事業所の介護支援専門員が、お客様の状況を把握するために、おおむね月に1回、お宅を訪問します。

また、お客様からご依頼がある場合や、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お客様の承諾を得た場合は、介護支援専門員はお客様のお宅を訪問します。

（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ご連絡下さい。
- 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お客様に通知します。

（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、初回訪問時およびお客様またはそのご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。

9. 事業者の責務について

（1）居宅介護支援の提供について

居宅介護支援の提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

（2）居宅介護支援の提供内容の記録について

お客様に提供したサービス提供の記録は、お客様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、お客様とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

（3）秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、お客様やご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、お客様もしくはご家族の情報を使用

します。この場合には、あらかじめお客様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、お客様のご家族からの希望があった場合には、お客様に連絡すると同様の通知をご家族にも行う場合があります。

(４) 賠償責任について

- ① 当事業所の責任において、お客様の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所はお客様にその損害を賠償いたします。
- ② 当事業所が加入している賠償補償制度の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。

(５) サービス事業者の選定について

- ① サービス事業者の選定にあたって、お客様は介護支援専門員に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。
- ② お客様は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を介護支援専門員に求めることができます。

(６) 医療機関との連携に関することについて

- ① お客様が医療機関等に入院した際、お客様から入院先（医療機関）に対して、担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えてもらうように依頼いたします。
- ② 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等からお客様に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、お客様の服薬状況、口腔機能その他のお客様の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、お客様の同意を得て主治医もしくは歯科医師又は薬剤師に提供いたします。
- ③ 介護支援専門員は、お客様が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用をご希望の場合、その他必要な場合には、お客様の同意を得て主治医等の意見を求めます。またこの場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治医等に交付いたします。

(７) 虐待の防止について

事業者は、お客様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ア 虐待防止に関する責任者を選定しています
- イ 洲本市社会福祉協議会権利擁護デスクや洲本市地域包括支援センター等と連携し、成年後見制度の利用を支援します
- ウ 当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	管理者兼介護支援専門員 東 佑樹
-------------	------------------

（８）公正中立性の確保について 別紙②参照

以下について、お客様に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表いたします。 過去６か月以内に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

- ① 過去６か月以内に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

（９）ハラスメントの防止対策

事業者は、職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向けた取り組みを実施しています。

- ① 居宅介護支援の提供時に優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ア 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - イ 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ウ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じま

す

(10) 業務継続計画の策定

- ① 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援の提供を継続的に実施するため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、計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 職員に対し、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。

(11) 災害対策

- ① 非常災害に備えて、火災、風水害、地震等に対処する計画を策定し、防火管理者等の責任者を定め、避難、救出その他必要な訓練を実施します。

10. 契約の解約について

(1) お客様からの契約解約について

①お客様は当事業所に対し、契約書に添付した「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出ることによって、この契約を解約することができます。

②次の場合は、お客様は事業者に対し申し出を行うことによって、「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。

ア 事業者が正当な理由なしに居宅介護支援の提供を行わない場合

イ 事業者が守秘義務に反した場合

ウ 事業者がお客様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 お客様の緊急入院等、やむを得ない場合

③解約料は、無料です。

(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、お客様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、お客様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．お客様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．お客様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お客様にお渡しします。）

1 1. 契約の終了

つぎの場合には、自動的に契約は終了します。

- 1．お客様が介護保険施設に入所した場合
- 2．お客様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の受給を開始した場合
- 3．お客様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．お客様の要介護認定区分が、自立・要支援1及び2に認定された場合
- 5．お客様が当事業所の営業ができない程遠くに移転された場合
- 6．お客様がお亡くなりになった場合

1 2. 緊急時の対応

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

1 3. 相談・苦情窓口

つぎのことについて、ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

①当事業所が提供するサービスについて

②居宅サービス計画にもとづいて提供している各サービスについて

担 当	兵庫県洲本市五色町広石中 9 0 番地 5
東 佑 樹	電話番号 0 7 9 9 - 3 5 - 1 1 6 6
幸田 みゆき	携帯電話 0 8 0 - 2 5 3 6 - 7 6 0 2
嶋末 久美子	F A X 番号 0 7 9 9 - 3 5 - 1 1 6 7
	受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 月～金

当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口でも受け付けています。

洲本市 介護福祉課 介護保険係	洲本市本町三丁目 4 番 1 0 号 電話番号 0 7 9 9 - 2 2 - 9 3 3 3 F A X 番号 0 7 9 9 - 2 6 - 0 5 5 2 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 月～金
洲本市地域包括 支援センター	洲本市本町三丁目 4 番 1 0 号 電話番号 0 7 9 9 - 2 6 - 3 1 2 0 F A X 番号 0 7 9 9 - 2 6 - 0 5 5 2 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 月～金
兵庫県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相 談窓口	神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 - 1 - 1 8 0 1 号 電話番号 0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7 F A X 番号 0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 5 0 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 1 5 月～金

14. 重要事項を説明した年月日

この重要事項説明書の説明 年月日・場所	令和 年 月 日

※なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、お客様にその内容を文書にて通知し、口頭にてご説明します。

居宅介護支援の提供開始にあたり、お客様に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明し、本書面を交付しました。

事業者 所在地 兵庫県洲本市山手二丁目 2 番 2 6 号
 名 称 社会福祉法人
 洲本市社会福祉協議会
 代表者 会長 阿萬田 美恵子 印

説明者 所 属 洲本市社会福祉協議会
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、同意し、本書面を受領しました。

(お客様)

住 所 洲本市
氏 名 印

(代理人)

住 所
氏 名 印 （お客様との関係： ）

(署名代行者)

住 所
氏 名 印

(立会人)

住 所
氏 名 印 （お客様との関係： ）