

介護相談 ケアサポートさかえ  
(指定居宅介護支援)

重要事項説明書

一般社団法人 栄福社会

2024年4月1日 改訂

## 「指定居宅介護支援」重要事項説明書

あなた（又はあなたのご家族）が利用しようと考えている指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第4条の規定に基づき、指定居宅介護支援の提供に係る契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明したものです。

### 第1条 指定居宅介護支援を提供する事業者について

事業者名称	一般社団法人 栄福社会
代表者氏名	理事長 尾上 哲
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	東京都立川市栄町三丁目2番地 電話：042-540-1034 FAX：042-540-1035
法人設立年月日	平成23年4月12日

### 第2条 利用者に対しての指定居宅介護支援を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	介護相談 ケアサポートさかえ
介護保険指定 事業者番号	指定事業者番号 1373003423
事業所所在地	東京都立川市栄町三丁目2番地
連絡先 相談担当者名	電話：042-540-1034 FAX：042-540-1035 相談担当者：保科 和央
事業所の通常の 事業の実施地域	立川市全域

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	一般社団法人栄福社会が開設する介護相談ケアサポートさかえ（以下「事業所」という。）が行う指定居宅介護支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員その他従業者（以下「介護支援専門員等」という。）が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対する適正な居宅介護支援を行うことを目的とします。
運営の方針	1 介護支援専門員は、利用者が要介護状態となった場合においても、ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように配慮します。 2 ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者自らの選択に基づき、公正中立な立場で、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ます。

	3 事業を行うにあたっては、ご利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業所、介護保険施設、指定特定相談支援事業所等と密に連携を取り事業を行います。特に市町村及び地域支援センターとは日ごろから密に連携を行い、利用者が有する能力に応じた自立した生活を営むことが出来るように配慮します。
--	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし、祝日及び夏季休業、年末年始等、事業所が定める休業日を除く。
営業時間	8:30～16:00

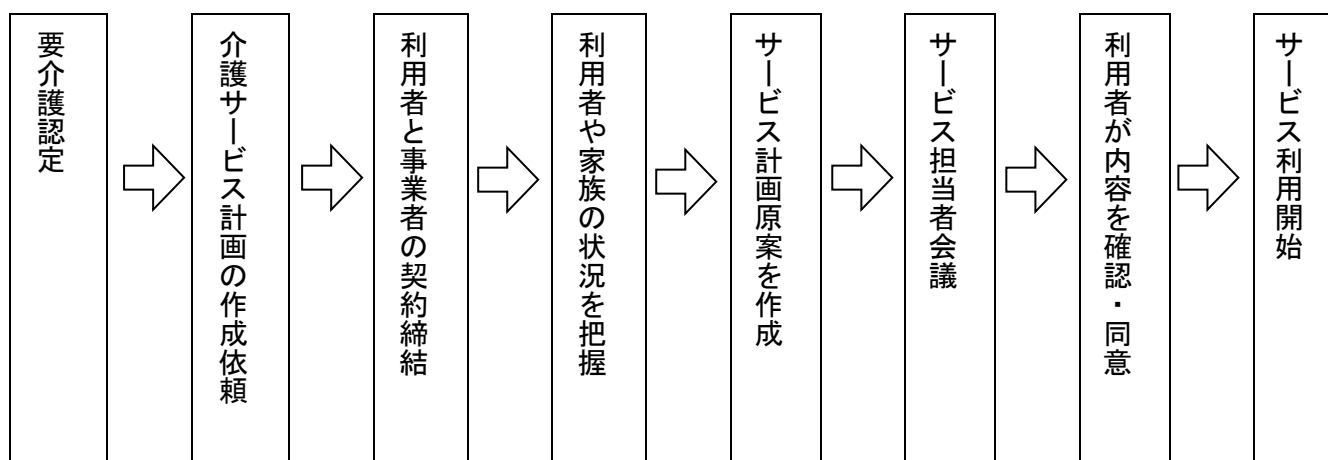
(4) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 保科 和央
-----	------------

職	職務内容	人員数
管理者	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに法令的に規定されている居宅介護支援事業の実施に関し、厳守すべき事項についての指揮命令を行います。	常勤 1名
介護支援専門員	介護支援専門員は、申請書の作成、居宅介護サービス計画の作成、その他の居宅介護支援業務の提供を行います。	常勤 1名

第3条 居宅介護支援の主な内容（詳細は別紙1参照）

ご利用者の居宅を訪問して、心身の状況、おかれている環境等を把握した上で居宅介護支援及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。



#### 第4条 利用料金

##### (1) 居宅介護支援利用料(別紙2参照)

当事業所が提供するサービスについて、利用料金は介護保険から給付されるのでご利用者の利用料負担はありません。

ただし、ご利用者の保険料の滞納などにより、法定代理受理が出来なくなった場合は、一旦利用料金を頂くこととなります。その場合は、当事業所が発行したサービス提供証明書及び領収書を市町村の窓口へ提出すると、保険給付相当分の払い戻しを受けられます。

#### 第5条 その他の費用について

① 交通費	ご利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は1kmを超えるごとに100円請求します。
-------	--

#### 第6条 利用者の居宅への訪問頻度の目安

介護支援専門員がご利用者の状況把握のため、居宅に訪問する頻度の目安
利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1月に1回

※ ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、ご利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合でご利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員はご利用者の居宅を訪問することがあります。

##### ※ テレビ電話装置等を活用したモニタリングの実施

利用者の同意を得てサービス担当者会議等において主治医や担当者等の同意を得ている場合は、少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問します。その際はテレビ電話装置を使ったモニタリングも2月に1回は可能となります。

#### 第7条 利用料及びその他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料及びその他の費用の請求方法等	ア 利用料及びその他の費用が発生する場合は、1か月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月10日以降にお届け(郵送)します。	
② 利用料及びその他の費用の支払い方法等	上記①の料金は請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 金融機関口座からの自動引落 指定の口座振替申込書をご記入いただき、事務所に提出してください。 金融機関での手続きが完了するまでは(イ)(ウ)の方法でお支払いをお願いします。 (イ) 下記口座への振込 <table border="1" style="margin: 10px auto;"><tr><td>多摩信用金庫 栄町支店 普通 0527906 イッパンシャダンホウジンサカエフクシカイ</td></tr></table> (ウ) 当事業所窓口での現金支払い	多摩信用金庫 栄町支店 普通 0527906 イッパンシャダンホウジンサカエフクシカイ
多摩信用金庫 栄町支店 普通 0527906 イッパンシャダンホウジンサカエフクシカイ		

※ 利用料及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から1か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

#### 第8条 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

- (1) ご利用者は、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の紹介を求めるとか、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について説明を求めることができます。
- (2) 居宅介護支援提供に先立って、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）を確認します。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかにお知らせください。
- (3) ご利用者が要介護認定を受けていない場合は、ご利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くともご利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとしします。
- (4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。

#### 第9条 各サービス利用割合について

ケアプランの公正中立性の確保を図る観点から、訪問介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況をお知らせします。

#### 第10条 虐待の防止について

- (1) 事業所は、虐待の発生及び再発を防止するため、下記に掲げる措置を講じます。
  - ① 虐待の防止に係る対策を検討するための委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知します。
  - ② 虐待の防止のための指針を整備します。
  - ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
  - ④ 前③号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

虐待防止に関する責任者	保科 和央
-------------	-------

- (2) 前項①号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとしします。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) 苦情解決体制を整備します。
- (5) 身体拘束に係る対策を講じます。
- (6) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

## 第11条 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、ご利用者の個人情報を用いません。また、ご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議や地域ケア会議等でご家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、ご利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、ご利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 第12条 事故発生時の対応方法について

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、指定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は、損害賠償を速やかに行います。

なお、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保険名	ウォームハート
保障の概要	施設損害賠償責任保険

## 第13条 身分証携行義務

常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

#### 第14条 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した指定居宅介護支援に係るご利用者及びご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	所在地 東京都立川市栄町三丁目2番地 電話番号 042-540-1034 ファックス番号 042-540-1035 受付時間 8:30~16:00
【市町村(保険者)の窓口】 立川市福祉保健部介護保険課	所在地 東京都立川市泉町1156-9 電話番号 042-523-2111 ファックス番号 042-522-2481 受付時間 8:30~17:00
【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険団体連合会	所在地 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京九政会館11階 電話番号 03-6238-0177 ファックス番号 03-6238-0022 受付時間 9:00~17:00

#### 第15条 感染症や災害対策について

(1) 事業所は、感染症及び災害に備え、下記に掲げる措置を講じます。

- ① 感染症及び災害の対策を検討するための委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知します。
- ② 感染症及び災害のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、感染症及び災害のための研修を定期的実施します。
- ④ 前③号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

感染症及び災害に関する責任者	保科 和央
----------------	-------

(2) 前項①号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	(西暦)	年	月	日
-----------------	------	---	---	---

上記内容について、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）」第 4 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	東京都立川市栄町三丁目 2 番地
	法人名	一般社団法人 栄福社会
	代表者名	理事長 尾上 哲 印
	事業所名	介護相談 ケアサポートさかえ
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、その内容に同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印