

重要事項説明書（居宅介護支援サービス）

居宅介護支援サービス提供の開始に当たり、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３月３１日厚生労働省令第３８号）第４条の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。

１ 事業者

事業者の名称	潮来市社会福祉協議会
事業者の所在地	茨城県潮来市辻７６５番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	市川 隆 男
電話番号	０２９９－６３－１２９６ ・ １２１６
指定年月日及び指定番号	平成１１年１０月１８日 茨城県介保指令第１５９号

２ ご利用の事業所

事業所の名称	潮来市社協 指定居宅介護支援事業所
事業所の所在地	茨城県潮来市辻７６５番地
管理者の氏名	茂 木 絵 利 子
電話番号	０２９９－７７－５０８５
ファクシミリ番号	０２９９－６３－１２６５
指定事業所番号	０８７２３０００５８

３ ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	茨 城 県 の 事 業 者 指 定		利用 定数	潮来市基準該当 サービス
	指 定 年 月 日	指 定 番 号		
訪問介護サービス	平成１２年２月１８日	介 保 指 令 第２７６号	人	該当・非該当

４ 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者に対し、適切な介護支援を提供すること。
設置運営の方針	自立した日常生活が営めるよう利用者の選択に基づき、適切なサービスが多様な業者から総合的かつ効率的に提供されるような介護支援を行う。 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場にたって、公平中立な支援を行う。

5 職員の職種、人数及び職務内容

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算後の 人 数	事業者 の指定 基 準	保有資格の 内 容
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管 理 者	1		1				1	
介護支援専門員	4	3	1				1 以上	
その他の職員	1	1						

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯(8:30～17:15)常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯(8:30～17:15)常勤で勤務	4週8休
	正規の勤務時間帯(8:30～17:15)非常勤で勤務	特に定めない
その他の職員	正規の勤務時間帯(8:30～17:15)常勤で勤務	4週8休

7 営業日

営 業 日	月曜日～金曜日（土・日・年末年始（12/29～1/3）除く）
営 業 時 間	午前8時30分 ～ 午後5時15分

8 居宅介護支援サービスの概要

種 類	内 容	提 供 方 法	利 用 料
要 介 護 認 定 の 申 請 代 行	利用者に代わり、市への申請書届出	利用者宅及び事務所窓口で預かり	無 料
サービス計画の立案	利用者の意向に沿った計画立案	訪問による	厚生労働省基準による
情 報 提 供	パンフレット	訪問及び事業所備え付け	無 料
連 絡 調 整	各事業所・関連機関との連絡調整	サービス担当者会議等	無 料

9 事業の実施区域

実 施 区 域	潮来市の全区域
---------	---------

1 0 苦情等申立先

当施設のご利用相談室	窓口担当者 茂 木 絵 利 子 ご利用時間 営業日の午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 1 5 ご利用方法 電話 0 2 9 9 - 7 7 - 5 0 8 5 面接 随時
行政機関・その他 苦情受付機関	① 潮来市役所 高齢福祉課 電話 0 2 9 9 - 6 3 - 1 1 1 1 ② 茨城県保健福祉部 介護保険室 電話 0 2 9 - 3 0 1 - 3 3 4 3 ③ 茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 0 2 9 - 3 0 1 - 1 5 6 5

1 1 協力医療機関及び福祉機関

医 療 機 関 の 名 称 と 電 話 番 号	状況により当該機関と連絡をとる。
ショートステイ 受入施設の名称 と電話番号	介護老人福祉施設「あやめ荘」 0 2 9 9 - 6 7 - 5 5 1 1 介護老人福祉施設「福楽園」 0 2 9 9 - 6 4 - 6 7 6 7 介護老人福祉施設「いたこの郷」 0 2 9 9 - 6 6 - 5 5 3 3 介護老人保健施設「あおぞら」 0 2 9 9 - 6 6 - 4 8 1 1 他、市外の各施設があります。

1 2 事故発生時の対応については、速やかに主治医や家族等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

1 3 秘密の保持

介護支援専門員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ個人情報利用同意書により得ます。

1 5 虐待の防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止のため、以下の措置を講じます。

- ① 高齢者虐待防止検討委員会の設置
- ② 虐待防止のための指針の整備

- ③ 虐待防止するための研修の実施
- ④ 高齢者虐待防止担当者の配置
- (2) 事業所は当該事業従業者又は養護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、速やかに市町村に通報するものとします。

1.6 身体拘束について

事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の心身の状況や緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録するものとします。

1.7 業務継続計画について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に必要なサービス提供を継続的に実施するための「業務継続計画」を策定し、必要な措置を講じるものとします。担当職員に対し、業務継続計画の周知と必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

サービス内容説明（居宅介護支援サービス）

当事業者が、あなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

1 提供するサービス

居宅サービス計画の作成

＊ サービス計画までの手順は、次のとおりです。

- ・ ご自宅を訪問し、あなたやご家族からお話を伺います。
- ・ あなたの了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。
- ・ 介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。
- ・ サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し、了解を得ます。

情報の提供

要介護認定の申請、変更の代行

関連機関等との連絡調整

給付管理票の作成・提出

＊ 毎月、国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスをチェックします。

- (1) このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。

- (2) サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明をします。
もし、分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。

2 担当の職員

あなたを担当する介護支援専門員は（ ）です。

- (1) 職員は常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求め下さい。

- (2) なお、当事業所の管理者は、「茂木 絵利子」です。苦情等ありましたらご遠慮なくご連絡下さい。

電話番号 0299-77-5085

3 担当職員の変更

あなたは、いつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

当事業者は、担当の職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

4 利用料

このサービスの利用料及びその他の費用は、以下のとおりです。

- ・ 利用料 — 要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されます。保険料の滞納により、法定代理受領が出来なくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じてお支払いいただき、当社会福祉協議会からサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日潮来市の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

・ 居宅介護サービス計画費（1ヶ月当たり）

・ 要介護1、2	10,860円
・ 要介護3、4、5	14,110円
・ 初回加算	3,000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	4,500円
（入院または入所期間中3回を限度）	
・ 通院時情報連携加算	500円
（一月に1回を限度）	

- ・ 高齢者虐待防止措置未実施減算

(厚生労働大臣が定める高齢者虐待防止のための基準を満たさない
場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算)

- ・ 交通費 — 潮来市内にお住まいの方は無料です。
それ以外の区域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通
費の実費が必要です。
- ・ その他 — 記録の謄写費用などをいただくことがあります。

5 計画費等の交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付しま
すので、お申し出下さい。

令和 年 月 日

事業者 所在地 潮来市辻 765 番地
名 称 潮来市社協 指定居宅介護支援事業所

説明者 介護支援専門員 氏名 _____ (印)

私は、本書面より事業所から重要事項の説明を受けました。

ご本人 住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

個人情報利用同意書

本事業を行うにあたって聴取する個人情報は、下記の目的で使用します。それ以外の目的では使用しません。また今後の支援において、関係者間で共有することに同意します。なお、関係者間で共有する際には、必要最小限での共有とし、担当介護支援専門員が有するすべての情報を共有するものではありません。

使用目的

- 1 居宅介護支援を行うために使用します。
- 2 居宅介護支援とは別紙「居宅介護支援サービス」に記したとおりです。

今後、私の個人情報を居宅介護支援を行うために使用することに同意します。

令和 年 月 日

ご本人 住所_____

氏名_____⑩

代理人 住所_____

氏名_____⑩