

居宅介護支援 重要事項説明書

居宅介護支援事業所
くるま花水木

特定非営利活動法人

淡路島シャロームの会

重要事項説明書

1. (事業者が提供するサービスについての相談窓口)

利用者へのサービス提供を担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望がありましたら、何でもお申し出ください。

電話番号	受付時間 午前 9 時～午後 6 時	電話 0799-74-0087
担当者	介護支援専門員： 岡田光正	

2. (事業者の概要)

名称・法人種類	特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会
設立年月日	平成 18 年 2 月 20 日
代表者名	岡田光正
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県淡路市久留麻 221 番地 3 (電話) 0799-74-3583 (FAX) 0799-74-3583
法人の行う他の業務	グループホーム、訪問介護、通所介護、サービス付き高齢者向け住宅

3. (事業所の概要)

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名称	居宅介護支援事業所 くるま花水木
開設年月日	平成 27 年 11 月 10 日
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県淡路市久留麻 235 番地 (電話) 0799-74-0087 (FAX) 0799-74-0088
事業者番号	2871601155
管理者の氏名	岡田光正
事業の実施地域	淡路市(東浦・岩屋圏域)

(2) 事業所の職員体制

	人 数	常 勤	非常勤	備 考
管 理 者	1 名	1 名		
介護支援専門員	1 名	1 名		
事務職員等	1 名	1 名		

(3) 営業日及び営業時間

		営業時間
営業日	月曜日～金曜日	午前 9 時～午後 6 時
休業日	土日曜日・祝日 12 月 30 日～1 月 3 日	—

※ 休業日に関しては、電話による受付とし緊急の場合は担当者へ連絡対応致します。

4. (事業の目的・運営方針)

(1) 事業の目的

特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会（以下「法人」という。）が開設する指定居宅介護支援事業所 くるま花水木（以下「事業所」という。）が行う指定居宅介護支援の事業（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が、要介護状態にある高齢者の依頼に基づき指定居宅介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

1 当事業所は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、利用者の立場にたって援助を行います。

2 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、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、総合的かつ効率的に提供されるよう中立公正な立場でサービスを調整します。

3 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健医療及び福祉サービス事業所との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4 その他

アセスメント方法として、新居宅サービス計画ガイドラインを使用します。

5. (利用料金)

(1) 利用料金

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るので自己負担はありません。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、その実費を徴収させていただきます。なお、自動車を使用する場合は、事業者の実施地域を超えた地点から 1 km に対して 20 円とし、使用した距離分を徴収させていただきます。

6. (提供する居宅介護支援サービスの内容)

(1) 要介護等認定の申請代行。

(2) 当居宅介護支援事業者との「契約」、「重要事項説明書」、「個人情報使用同意書」についての説明と書類作成を行います。

(3) 「居宅サービス計画」(ケアプラン) の作成

- ・「新居宅サービス計画ガイドライン」を使用して課題分析(アセスメント)を行います。
- ・必要事項の情報収集のために在宅訪問、電話連絡等を行います。
- ・作成されたケアプランは定期的に見直します。

(4) 毎月のサービス利用の計画については利用票を確認していただきます。

7. (サービスの利用方法)

(1) サービスの利用開始

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合文書でお申し出があれば、いつでも解約できます。

②事業者の都合でサービスを終了する場合は、終了 30 日以上前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の文書が無くとも自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護区分が介護保険の非該当と認定された場合。
- ・利用者が亡くなられた場合、又は被保険者資格を喪失された場合。

④その他

利用者やご家族の方等が事業者やその介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合があります。

8. (利用者自身によるサービスの選択等)

- (1) 居宅サービス計画の作成にあたっては、利用者から求めがあれば複数の事業者等を紹介するとともに、誠実に対応します。
- (2) 利用者には、当該事業者を選んだ理由を明らかにするよう求める権利があります。
- (3) 前 6 か月間に当該居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画における、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、および前 6 か月間に作成された居宅サービス計画における、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、同一事業者によって提供されたものの割合について、別表の通り利用者に説明し、理解を得るようにします。

9. (介護支援専門員の氏名及び連絡先の通知)

居宅介護支援事業者は、居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めるものとする。

10. (主治の医師等への情報の提供)

介護支援専門員は、居宅サービス事業者等から利用者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、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者的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、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

11. (苦情相談窓口)

(1) 苦情相談窓口受付

当事業者が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業者が提供したサービスに関する苦情だけでなく、当事業者が作成した「居宅サービス計画」(ケアプラン)に位置づけたサービスに関する苦情相談も、遠慮なくお申し出ください。

窓口設置場所	居宅介護支援事業所 くるま花水木
担当者	岡田 光正
連絡先 (電話番号)	0799-74-0087

(2) 苦情受付機関

利用者が利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
(市町村の窓口) 健康福祉部長寿介護課	0799-64-2511
(公的団体の窓口) 兵庫県国民健康保険団体連合会	078-332-5601

12. (損害賠償について)

事業者が利用者に対して賠償すべき問題が起こった場合は、契約書の本文第17条に基づき、事業者は金銭等により賠償いたします。

事業者は、以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

○ 加入保険名

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社

保険の種類 居宅介護事業者倍賞責任保険

○ 保険の内容

居宅介護支援事業者が行う居宅介護サービス。

○ 賠償できる事項

- 1 居宅介護支援業務の遂行中、又は遂行の結果（飲食物の提供を含む）に起因する対人・対物事故
- 2 居宅介護支援業務の遂行に起因する対人・対物事故を伴わない純粋経済損害
- 3 名誉毀損、秘密漏洩等による損害
- 4 受託物の損壊、紛失、詐取などの事故

13. (利用者へのお願い)

事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、利用者の介護に関する重要な書類ですので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

14. (重要事項説明書の変更)

重要事項の内容を変更する場合、事業者は利用者にその旨をお伝えします。変更する際は、あらかじめ書面にてお伝えし同意を得ることに専念します。

次に掲げる事業者は居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者及びそのご家族等に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

〈事業者〉

法 人 名 特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会
事 業 所 名 指定居宅介護支援事業所 くるま花水木
事 業 所 番 号 2871601155
住 所 兵庫県淡路市久留麻221番地3

代表者氏名 岡田光正 (印)

説明者氏名 _____ (印)

契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要な説明を受けました。その上で、貴事業所が提供する居宅介護支援事業を利用します。又、居宅介護支援における個人情報の使用について同意しました。

令和 年 月 日

〈ご利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

〈ご家族、代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)