

居宅介護支援重要事項説明書

<令和 6年 12月 1日現在>

1. 南和会つづ在宅介護支援センターの概要

(1) 事業所の概要

事業所名	南和会つづ在宅介護支援センター
代表者	南和会在宅支援センター センター長 吉 居 俊 朗
所在地	山口県岩国市通津 2 5 9 4 - 2
電話番号	0 8 2 7 - 3 9 - 0 0 5 0
ファックス番号	0 8 2 7 - 3 9 - 0 0 7 5
介護保険指定番号	3 5 7 0 8 0 0 3 7 9

(2) サービス提供地域

通常の事業の実施地域は、岩国市の下記の領域とします。尚、事業実施地域外の利用は可能ですが、実費を徴収します。(1キロメートル毎100円加算)

由宇町全域、長野地区、通津地区、保津町1～2丁目、青木町1～4丁目、黒磯町1～3丁目、藤生町1～5丁目、海土路町1～2丁目

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(3) 同事業所の職員体制

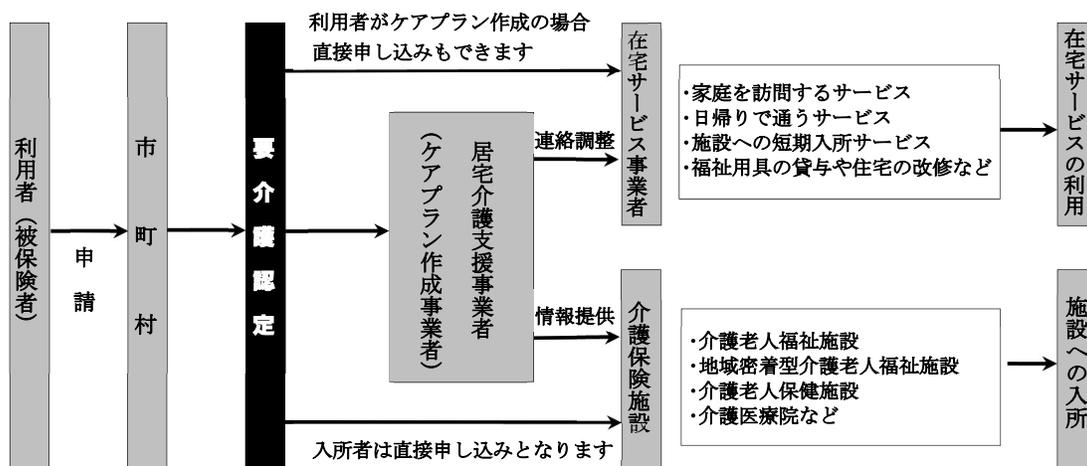
	常 勤	業務内容
管理者(介護支援専門員)	1名	ケアプラン
介護支援専門員	5名	〃

(4) 営業日及び営業時間

営業日は、毎週月曜日から金曜日までとし、営業時間は、午前8時30分から午後5時30分までとします。尚、休日又は夜間に関しては、なんわ荘の施設職員が対応します。

※ 但し、こどもの日(5月5日)、年末年始(12月31日～1月3日)は営業しておりません。

2. 居宅介護支援の申込みからサービス提供までの流れと主な内容



サービス内容説明（居宅介護支援）

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

※ サービス計画中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。
- ・サービス事業所選定にあたり、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。
- ・当該事業所をケアプランに位置付け理由を求めることが可能です。
- ・あなたの了解を得て、主治の医師の方に意見をお尋ねすることがあります。
- ・あなたの了解を得て、主治の医師の方に報告必要事項は情報提供を致します。
- ・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、保険の適用等一切をご説明し、了解を得ます。

情報の提供

- ・要介護認定の申請、変更の代行
- ・関連申請者等の連絡調整
- ・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り、あなたの要介護状態の軽減若しくは悪化の防止になるよう、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下さい。
- (3) 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。

②担当の職員

- ・あなたを担当する介護支援専門員は（ ）です。
介護支援専門員は、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。
- ・あなたが病院又は診療所に入院する必要が生じた場合、あなたを担当す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てください。担当する介護支援専門員が入院先と連携を図ります。

③担当の職員の変更

あなたはいつでも担当の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。その際には、事前にあなたの了解を得ます。

④計画書等の交付

居宅サービス計画書を介護支援専門員は、あなたに対し交付します。又、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、お申出下さい。

3. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から居宅介護支援費等については全額給付されるので自己負担はありません。

但し、保険料の滞納等により、保険給付が受けられない場合、所定の居宅介護支援費等の全額を当事業所にお支払いいただくこととなります。その場合、当事業所が発行する一ヶ月単位のサービス提供証明書を市町村の窓口に提出いただきますと、全額払い戻しを受けられます。

(2) 交通費

サービスの提供実施地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域の方は、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な場合があります。

(3) 解約料

お客様はいつでも解約することができ、一切料金はかかりませんが、交通費実費については、清算いただくことがあります。

(4) その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの清算とし、毎月、10日頃に前月分の請求をいたしますので、月末迄にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。
お支払い方法は、銀行振込、現金持参からご契約の際に選べます。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込み下さい。当事業所職員がお伺いいたします。
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お客様の都合でサービスを終了する場合

文書でお申出くださればいつでも解約できます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月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、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)・要支援1・要支援2と認定された場合。
- ・お客様がお亡くなりになった場合。

④その他

1、お客様やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約上の提供するサービスに当たり非協力的行為にて、本契約を継続し難い状況と事業所が判断した場合は文書で通知することにより、改善の見込みがないと事業所が判断した場合サービスを終了させていただく場合がございます。

2、利用者及び扶養者等(親族)に、以下のような行為がありハラスメントと該当するとみなされる場合契約を解除致します。

- ・暴言、又は乱暴な言動、無理な言動
(怒鳴る、侮辱する、物を投げつける、刃物を向ける、殴る、蹴る、
※回避したため危害を免れたケースを含む等)
- ・セクシュアルハラスメント(不必要に身体に触る、性的に卑猥な言動等)
- ・その他(個人携帯を聞く、ストーカー行為、自宅訪問拒否)

5. 職場におけるハラスメントを防止するための方針の明確化を行う。

- ①事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発
- ②相談・苦情に応じ適切な対応するための窓口をあらかじめ定め、従業員の周知する事
- ③職場におけるハラスメントに係る事後の迅速かつ適切な対応。
- ④その他併せて講ずべき措置。

(相談者・行為者等のプライバシーを保護するために必要な措置を講じ、その旨を労働者に周知するなど)

6. 衛生管理について

- ①従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。また、事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- ②事業所において感染症が発生まん延しないよう、委員会での検討、指針の整備及び研修・訓練を実施します。

7. 業務継続計画の策定について

- ①感染症や非常時災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるように業務継続計画を作成いたします。

8. 高齢者虐待について

- ①養護者による高齢者虐待を受けたと「思われる」高齢者を発見した場合は、市町村（地域包括支援センター）へ通報致します。高齢者虐待の相談や通報を行う事は、守秘義務違反にはなりません。
- ②養介護事業所等による高齢者虐待の防止等の為の措置を講じます。
(研修の実施・苦情処理の体制の整備・高齢者虐待の防止の為の措置)
- ③高齢者虐待の発生又は再発を防止するため、委員会の検討、指針の整備及び研修を実施。

9. 身体拘束について

- ①緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は致しません。
- ②身体拘束は「切迫性」「非代替性」「一時性」の3の要件を満たし、かつそれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に実施されているケースとします。

10. 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して取った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償をすみやかに行います。

1 1. 苦情の受付について

- ① 苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じ、当該苦情の内容等を記録し、市からの指導や助言を受けた場合は必要な改善を行います。
- ② 当事業所のお客様相談・苦情担当
当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情に対し、迅速かつ適切に対応します。

担当 松村 学 (介護支援専門員) 電話 0827-39-0050

③行政のお客様相談・苦情担当

岩国市 福祉部 福祉政策課 指導監査室

所在地 岩国市今津町1-14-51

電話番号 0827-29-5072 FAX 0827-21-3337

山口県 健康福祉部 長寿社会課

所在地 山口市滝町1-1

電話番号 083-933-2774 FAX 083-922-3022

山口県 国民健康保険団体連合会

所在地 山口市朝田町1980-7

電話番号 083-995-1010 FAX 083-934-3665

以上のとおり、契約が成立したことを証するために、本重要事項説明書を2通作成し、甲及び乙は記名押印の上、各自1通ずつ保有することとします。

令和 年 月 日

ご利用者 (甲)	私は、この重要事項説明書及び本書面にて事業者から居宅介護支援サービスについて説明を受け、同意し利用を申し込みます。			
	住所	〒□□□-□□□□		
	氏名	印		
	電話番号	() -	FAX	() -

家族代表 (甲')	私は、本人に代わり、上記署名を必要時に行います。 私は、本人と共に重要事項説明書内容を理解して緊急時に本人の立場に立ち事業者と連携、調整等を行います。			
	本人との関係		署名を代行した理由	
	住所	〒□□□-□□□□		
	氏名	印		
電話番号	() -	FAX	() -	

事業者 (乙)	当事業者は、居宅介護支援事業者として甲の申し込みを受諾し、本重要事項説明書に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒740-0044 山口県岩国市通津2594-2		
	名称	南和会つづ在宅介護支援センター		
	代表者	南和会在宅支援センター センター長 吉居俊朗 印		
	電話番号	(0827) 39 - 0050	FAX	(0827) 39 - 0075

居 宅 介 護 支 援 専 門 員 (丙)	私は、居宅サービス計画（ケアプラン）作成者として、本重要事項説明書の内容が居宅サービス計画に従った内容であることを確認しました。			
	所属する居宅支援事業者の名称		南和会つづ在宅介護支援センター	
	所在地	〒740-0044 山口県岩国市通津2594-2		
	氏名	印		
	電話番号	(0827) 39 - 0050	FAX	(0827) 39 - 0075