

居宅介護支援事業重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている芙蓉荘居宅介護支援事業所について、契約を締結する前に知っておいていただきたい事業所の概要及び提供するサービスの内容等、利用していただくにあたってご注意していただきたいことを次のとおり説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

1. 当事業所が提供するサービスについての担当者

電話番号	直通 0475-50-6211	代表 0475-55-5700
担当者		

2. 芙蓉荘居宅介護支援事業所の概要

(1) 法人の概要

法人名称	社会福祉法人清規会
代表者の役職名及び氏名	理事長 李 笑求
所在地	千葉県東金市家之子字長谷2010-3

(2) 居宅介護支援の指定事業者番号およびサービス提供地域

事業所名	芙蓉荘居宅介護支援事業所
所在地	〒283-0001 東金市家之子2010-3
介護保険指定番号	1271800037
通常の事業の実施地域	東金市・山武市・九十九里町・八街市・大網白里市・横芝光町

(3) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容
管理者	1名		事業所の業務管理（管理者名 尾竹 恒子）
主任介護支援専門員	1名（兼務）		指定居宅介護支援の提供
介護支援専門員	2名以上		指定居宅介護支援の提供

(4) 営業時間

月～金曜日	午前9時00分～午後5時30分※
休業日	土曜日・日曜日 12月30日～1月2日※

※但し、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ必要に応じて指定居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備している。

3. 居宅介護支援の内容

(1) インテーク

初回の相談依頼を受けて、利用者、家族と面談します。

(2) アセスメント

利用者の居宅を訪問して利用者、家族と面談した上で課題の分析をします。

(3) 居宅サービス計画原案の作成

アセスメント後居宅サービス計画原案の作成をします。

(4) サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画原案をもとに利用者、家族、専門職等とサービス担当者会議を開催します。

(5) 文書による同意

サービス担当者会議にて居宅サービス計画書の検討後利用者又は家族より文書による同意書を受けて交付します。

(6) モニタリングの実施

少なくとも月1回、利用者宅を訪問し面談してモニタリングを実施し結果を記録します。

(7) オンラインモニタリングの実施

・利用者並びサービス担当会議などで主治医、サービス事業所から以下の合意が得られた場合。

① 家族からのサポートがある場合も含め、利用者がテレビ電話などを介して意思表示が出来る場合。

② テレビ電話などを活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業所との連携により収集する事が出来る場合。

・少なくとも2月に1回、利用者宅を訪問し面談してモニタリングを実施し結果を記録します。

(8) 居宅サービス計画の変更

利用者の状態が変化した等の場合は速やかに居宅サービス計画の変更のため、上記(2)から(5)の実施をします。

(9) 居宅介護支援に係る事業所の義務について

・指定居宅介護支援事業者は、指定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、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ます。

・介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報提供を受けたとき、その他必要と認めた時は、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者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、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。

・介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求める。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際は、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。

・指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するように求めることができます。また、利用者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求めることができます。

・指定居宅介護支援の提供にあたり、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないよう、前6月間に居宅介護支援事業所において作成した居宅サービス計画については、毎年度2回、・前期(3月1日から8月末日)・後期(9月1日から2月末日)の期間における当該事業所で作成した居宅サービス計画を対象とし内容を利用者又はご家族に文書の交付に加え口頭で説明を行います。

4. 利用料金

(1) 種類

①利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。
※保険料の滞納等により、法令代理受理ができなくなった場合、1カ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費 特定事業所加算III（※）	11,088円（1,086単位×10.21円）要介護1・2
	14,406円（1,411単位×10.21円）要介護3・4・5
	3,297円（323単位×10.21円）要介護1～5
加算	初回加算 3,063円（300単位×10.21円）対象月のみ
	入院時情報連携加算（I） 2,552円（250単位×10.21円）対象月のみ
	入院時情報連携加算（II） 2,042円（200単位×10.21円）対象月のみ
	退院・退所加算（I）イ 4,594円（450単位×10.21円） ロ 6,126円（600単位×10.21円） (II)イ 6,126円（600単位×10.21円） (II)ロ 7,657円（750単位×10.21円） (III) 9,189円（900単位×10.21円） 対象月のみ
	通院時情報連携加算 510円（50単位×10.21円）対象月のみ
	ターミナルケアマネジメント加算 4,084円（400単位×10.21円）対象月のみ

※特定事業所加算

支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするもの

②交通費

前記2の（1）のサービスを提供する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が必要で、その詳細は下記の通りです。

①共交通機関	実費
②車	片道10km未満 500円 10km以上1kmごとに100円加算

③解約料

お客様はいつでも契約を解約することができ、料金はかかりません。但し、お客様のご都合により解約した場合は下記の解約料を請求する場合もあります。

契約後、居宅サービス計画の作成段階	11,088円（1,086単位×10.21円）要介護1・2
途中で解約した場合（基本費用）	14,406円（1,411単位×10.21円）要介護3・4・5
千葉県国民健康保険団体連合会への給付 管理票の提出が終了後に解約した場合	料金は一切かかりません

（2）支払い方法

① 事業者は、料金が発生する場合には、当月利用料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者に通知します。利用者は当月料金の合計額を翌月末日までに事業者の指定する方法で支払います。

但し、口座引落し利用の場合は当月料金の合計額を翌月20日（引落日が土日祝日の場合は翌営業日）支払とします。

② 事業者は、当月の料金の合計額の請求明細書及び領収証を利用者に送付します。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも終了できます。

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、サービスを終了させていただく場合がございます。

その場合は、1ヵ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

以下の場合は、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、要支援又は非該当（自立）と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再契約することができます。

- ・お客様がお亡くなりになった場合

④その他

- ・利用者またはその代理人兼身元引受人ないしご家族（内縁関係等の関係者を含む）が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を事業者に対してなし、事業者の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、適切な介護サービスを提供することが困難であると認めるにいたった場合、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ございます。

- ・病院又は診療所へ入院する場合には、利用者に係る介護支援専門員（担当者）の氏名及び連絡先を伝えると共に当事業所へご連絡ください。サービスを一旦中止いたします。

6. 利用者の尊厳

利用者的人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

7. 虐待の防止

原則として、利用者的人権の擁護・虐待の防止等のために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

(2) 成年後見人制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するため研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、該当事業所従業者又は養護者（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。

8. 秘密保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密保持について

①ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ドライン」を尊守し、適切に努めるものとします。

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えた利用者及びその家族に秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

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。

③事業者は従業者に、業務上知り得たご利用者様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無くなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

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等において、ご利用者様の個人情報を用いません。

また、ご利用者様の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等でご利用者様のご家族の個人情報を用いません。

②事業者は、利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙・電磁的記録含む）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。

③事業者の管理する情報については、ご利用者様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ご利用者様の負担となります。）

9. 衛生管理等

(1) 感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

(2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所等に助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

10. サービス内容に関する苦情

当事業所の居宅介護支援に関する相談・苦情・虐待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相談・苦情を承ります。

担当者 廣岡 健児 電話番号 0475-55-5700

【受付時間 月～金曜日 9:00～17:30】

その他、下記の相談・苦情窓口でも受け付けています。

・千葉県国民健康保険団体連合会	電話番号	043-254-7428
・東金市高齢者支援課	電話番号	0475-50-1219
・山武市高齢者福祉課	電話番号	0475-80-8373
・九十九里町健康福祉課	電話番号	0475-70-3184
・八街市高齢者福祉課	電話番号	043-443-1491
・大網白里市高齢者支援課	電話番号	0475-70-0335
・横芝光町福祉課	電話番号	0479-84-1257

11. 定款の目的に定めた事業

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 1. 介護予防短期入所事業 |
| 2. 短期入所事業 | 2. 介護予防通所介護事業 |
| 3. デイサービス事業 | 3. 介護予防ホームヘルプ事業 |
| 4. 在宅介護支援センター事業（相談業） | 4. 介護タクシー事業 |
| 5. 居宅介護支援事業（ケアプラン作成） | |
| 6. ホームヘルプサービス事業 | |

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して最初に重要事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

事業者

< 住 所 > 千葉県東金市家之子 2010-3

< 事 業 者 名 > 社会福祉法人 清規会 芙蓉荘居宅介護支援事業所

< 代 表 者 名 > 理事長 李 笑求 印

重要事項説明者 印

私は、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事項の説明を受け内容に同意しました。

利用者

住 所

氏 名 印

(代理人兼身元引受人)

住 所

氏 名 印

事業者、利用者双方の署名・押印をし、それをもって上記の重要事項の確認を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者1通ずつ保有するものとします。