

居宅介護支援 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

- (1) 要介護状態にある方に対し、適正な居宅介護支援を提供することにより、要介護状態の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。
- (2) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、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、利用者に提供します。
- (3) 指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に提供します。
- (4) 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスを提供します。

2. 事業者の内容

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号及び提供地域

事業所名	介護支援ふたば
所在地	群馬県桐生市広沢町一丁目2643番地の1
介護保険指定番号	居宅介護支援 群馬県1070300080
サービス提供地域	桐生市及び隣接する足利市、太田市、みどり市 (ただし、事業所より10km以上の区域を除く)

(2) 事業所の従業者体制

	業務内容	従業者数
管理者	事業所の管理・運営全般	1名(介護支援専門員を兼務)
介護支援専門員	居宅介護支援に関する業務	3名以上(うち1名は、管理者を兼務)

(3) 窓口開設時間

月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分(祝日、12/29～1/3を除く)
ただし、事前のご相談により上記の限りではありません。

3. サービスの内容

- (1) 居宅サービス計画の作成
- (2) 居宅サービス事業者との連絡・調整
- (3) サービス実施状況の評価
- (4) 利用者状態の把握
- (5) 給付管理
- (6) 要介護認定申請に対する協力・援助
- (7) 相談業務

4. 利用料金

(1) 基本料金

要介護を受けた方は、介護保険から全額給付されるため、自己負担はありません。

※ 利用者の保険料滞納のため、法定代理受領ができなくなった場合、要介護度に応じて下記

の金額（1か月当り）をいただき、「サービス提供証明書」を発行いたします。後日、桐生市の窓口にて提出することで、全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費	要介護1又は2	1か月につき	10,860円
	要介護3,4又は5	1か月につき	14,110円

※ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価として、算定要件を満たした場合には、サービス利用の実績がない場合であっても、居宅介護支援費が算定されます。

(2) 加算料金等

初回加算 1回につき 3,000円

入院時情報連携加算（Ⅰ） 1ヶ月につき 2,500円

入院時情報連携加算（Ⅱ） 1ヶ月につき 2,000円

退院・退所加算（カンファレンス参加無）

連携1回 4,500円 連携2回 6,000円 連携2回以上 9,000円

退院・退所加算（1回以上カンファレンス参加有）

連携1回 6,000円 連携2回 7,500円 連携2回以上 9,000円

通院時情報連携加算 1ヶ月につき 500円

特定事業所加算（Ⅰ） 1ヶ月につき 5,190円

特定事業所加算（Ⅱ） 1ヶ月につき 4,210円

特定事業所加算（Ⅲ） 1ヶ月につき 3,230円

特定事業所加算（A） 1ヶ月につき 1,140円

同一建物減算 所定単位数の5%減算

介護職員等処遇改善加算 総単位数の2.1%加算

※ 加算条件を事業所が満たした場合のみ加算されます。

(3) その他の費用

交通費 通常の事業の実施地域を越えた地点から、おおむね1kmにつき30円徴収いたします。（端数切捨）

5. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

6. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等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とった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

9. 利用者の尊厳

利用者の人権・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。

10. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：相澤 貴弘（介護支援専門員）

ご利用時間 月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

電話での受付は、24時間対応します。

ご利用方法 電話 0277-54-8902

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

桐生市 長寿介護課

所在地 桐生市織姫町1-1

電話番号 0277-46-1111 FAX番号 0277-45-2940

受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く）

太田市役所 介護サービス課

所在地 太田市浜町2番35号

電話番号 0276-47-1856 FAX番号 0276-47-1889

受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く）

みどり市役所 介護高齢課

所在地 みどり市笠懸町鹿2952番地

電話番号 0277-76-0974 FAX番号 0277-76-9048

受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く）

足利市役所 介護保険課

所在地 足利市本城3丁目2145番地

電話番号 0284-20-2136 FAX番号 0284-20-1456

受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く）

群馬県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地 群馬県前橋市元総社町335-8

電話番号 027-290-1363 FAX番号 027-255-5308

受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く）

栃木県国民健康保険団体連合会介護福祉課介護サービス担当

所在地 栃木県宇都宮市本町3番9号 栃木県本町合同ビル6階

電話番号 028-643-2220

受付時間 午前8時30分～午後5時00分（土日、祝日を除く）

11. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

12. サービス利用割合について

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す。

13. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (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) その他虐待の防止のために必要な措置。
- (5) 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、速やかに市町村に通報します。

14. 身体拘束等の原則禁止

- (1) 事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
- (2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。

15. 業務継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(2) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況：未実施

令和 年 月 日

指定居宅介護支援の開始に当たり、契約者・利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 群馬県桐生市広沢町一丁目2643番地の1

事業所名 介護支援ふたば（指定番号1070300080）

説明者 _____ 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定居宅介護支援について重要な事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

<契約者（利用者）>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代理人> 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）