

# 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています  
奈良県指定 第2973500214号

当施設はご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。  
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## 〈目 次〉

1. サービスについての相談窓口	8
2. 事業所の概要	8
3. 居宅介護支援事業所の概要	8
4. サービスの内容および利用料等	9
5. 秘密保持および個人情報の保護	10
6. 医療・介護の連携の強化	10
7. 公正中立なケアマネジメントの確保	10
8. 虐待の防止について	10
9. 業務継続計画の策定	11
10. 感染症の予防およびまん延の防止のための措置	11
11. サービス内容に関する苦情	11
12. 緊急・事故時における対応方法	12

これは、居宅介護支援の開始にあたって契約締結を行う際、厚生省令第38号に基づいて、当事業者があらかじめ説明しなければならない事項を記したものです。ご不明な点があれば、何でもご質問ください。

1. サービスについての相談窓口

電 話 0746-35-9294  
 営業時間 8時30分～17時30分  
 担 当 米田 美智代

2. 事業所の概要

事業所名 居宅介護支援事業所 柳光  
 代表者氏名 理事長 辻村 洋子  
 事務所所在地 奈良県吉野郡吉野町柳1395番1

3. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 事業所の所在地・営業日および時間等について

事業所名所	居宅介護支援事業所 柳光
介護保険指定事業所番号	奈良県指定 2973500214
事業所所在地	奈良県吉野郡吉野町柳1395番1
サービス提供地域	吉野町 大淀町 東吉野村 川上村 宇陀市 桜井市 その他
営業日及び時間 緊急連絡先	月曜～土曜日（1月1日から1月3日を除く） 電話 0746-35-9294

(2) 職員の体制

職種	資格	常 勤	非常勤	計
管理者兼介護支援専門員	主任介護支援専門員	1名	0	1名
介護支援専門員	主任介護支援専門員	0	1名	1名
介護支援専門員	介護支援専門員	1名	0	1名

(3) 事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況や置かれている環境等に応じて本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス等を適切に利用できるよう計画を作成する。また、医療機関や介護サービス事業者との連携を密に図り、在宅生活の自立支援を行う事を目的とする。
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

運営方針	居宅介護支援事業者として厚生労働省令に基づいて運営をいたします。
------	----------------------------------

#### 4. サービスの内容および利用料等

##### (1) 居宅介護支援の内容、提供方法等について

居宅介護支援の内容	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 経過の把握、再評価 ④ 給付管理 ⑤ 要介護認定申請にかかる援助
提供方法	契約書別紙参照
介護保険適用の有無	①～⑤は居宅介護支援の一連の業務として介護保険の適用となる
利用料	要介護又は、要支援認定を受けた場合は全額介護保険給付対象になる為自己負担はなし
備考	保険料の滞納等により法的代理受領が出来なかった場合は、1ヶ月ごとに介護給付費をいただきます。

##### (2) その他費用について

利用者からはいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。介護保険法に基づき、以下の加算についても全額保険給付のため自己負担はありません。

###### ① 初回加算

新規に認定を受けた時と要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた時  
300単位

###### ② 入院時情報連携加算

入院時情報連携加算Ⅰ 250単位  
入院時情報連携加算Ⅱ 200単位

###### ③ 退院、退所加算

入院または入所期間中1回を限度

(ア) 退院・退所加算(Ⅰ)イ 450単位  
(イ) 退院・退所加算(Ⅰ)ロ 600単位  
(ウ) 退院・退所加算(Ⅱ)イ 600単位  
(エ) 退院・退所加算(Ⅱ)ロ 700単位  
(オ) 退院・退所加算(Ⅲ) 900単位

###### ④ 通院時情報連携加算

50単位

###### ⑤ 「利用者に関する情報又はサービス提供に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合

特定事業所加算 (A) 114単位

- ⑥ 緊急時等居宅カンファレンス加算  
 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合。 200単位
- ⑦ ターミナルケアマネジメント加算 400単位
- ⑧ 居宅介護支援費（1月につき）
  - 要介護1・2の方 1,086単位
  - 要介護3・4・5の方 1,411単位
- ⑨ 特別地域加算 居宅介護支援費の15%

5. 秘密保持および個人情報の保護

利用者およびその家族に関する秘密の保持について	事業者およびその従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	居宅介護支援契約における個人情報使用同意書に基づき、個人情報の保護を行います。 利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録は、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。

6. 医療・介護の連携の強化

ご利用者が入院となった場合には、その入院先医療機関へ居宅介護支援事業所柳光の介護支援専門員が担当である事をご本人、ご家族より伝えて頂く事が義務化され、医療と介護の連携の強化を図るものとします。

7. 公正中立なケアマネジメントの確保

介護支援専門員はご利用者の意思に基づき、公正中立なケアマネジメントを確保するため、ご利用者やその家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介をいたします。また、求めがあった時には、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を説明いたします。  
当事業所の訪問介護、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1のとおりです。

8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 米田 美智代
-------------	------------

(2) 成年後見制度利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するためおよび非常時の体制での早期業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施するよう努めます。

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。

## 10. 感染症の予防およびまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、またはまん延しないように、次の措置を講じるよう努めます

- ①事業所における感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします)を定期的開催します。
- ②事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備します。
- ③介護支援専門員に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的実施します。

## 11. サービス内容に関する苦情

### (1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情受付窓口

居宅介護支援事業所 柳光

担当者 米田 美智代

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

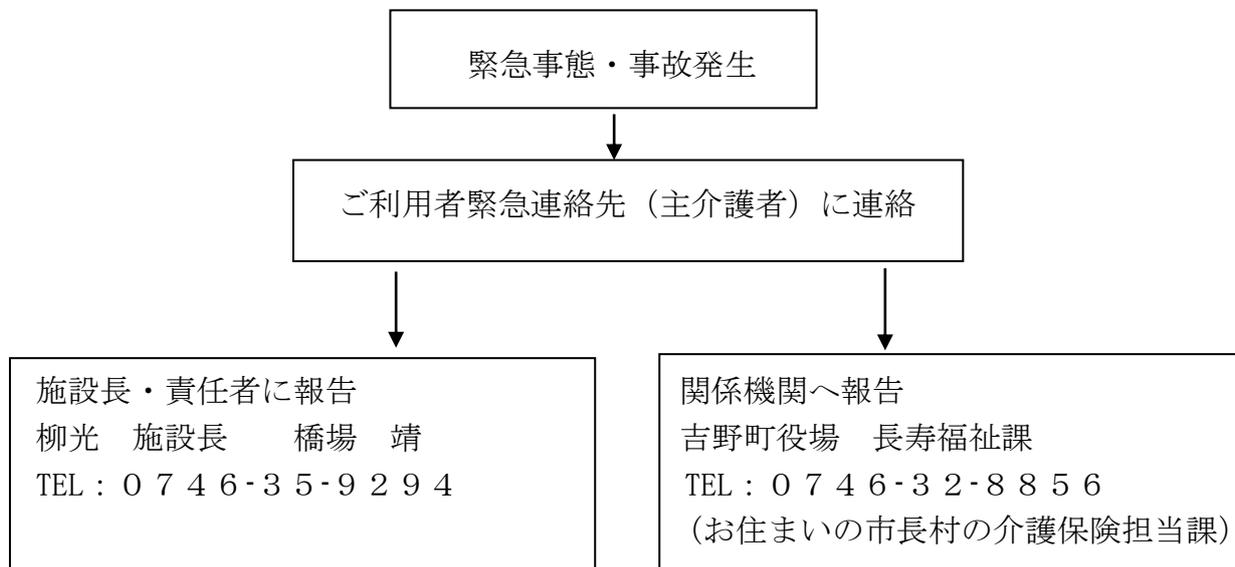
TEL 0746-35-9294

### (2) 行政機関その他の苦情受付機関

吉野町 長寿福祉課 奈良県吉野郡吉野町柳1395番1	TEL 0746-32-8856 受付時間 9:00～17:15
奈良県国民健康保険連合会 奈良県橿原市大久保302-1	TEL 0744-21-6811 受付時間 9:00～17:15
第三者委員 大北 雅祥 奈良県吉野郡大淀町土田507-307	
第三者委員 竹谷 康則 奈良県吉野郡吉野町峰寺7番地	

## 1 2. 緊急・事故時における対応方法

ケアマネジャーは、訪問中に利用者の病状及び生活に急変、事故、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医、家族関係者に連絡するなどの措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。



居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援事業所  
居宅介護支援事業所 柳光

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

契約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞