

居宅介護支援重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0771-86-1440（午前8時30分～午後5時15分）

担 当 京丹波町社会福祉協議会 ケアプランセンターほほえみ

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 (福)京丹波町社会福祉協議会 ケアプランセンターほほえみの概要

(1) 事業者番号及びサービス提供地域

事業者名	(福)京丹波町社会福祉協議会 ケアプランセンターほほえみ
所在地	京都府船井郡京丹波町和田田中6番地1
指定番号	京丹波町指定第2671500318号
提供地域	京丹波町内

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者 主任介護支援専門員	1 (兼務)	0	1 (兼務)
主任介護支援専門員	1	0	1
介護支援専門員	2	0	2
計	4	0	4

(3) 営業日・時間

営 業 日：月曜日から金曜日まで

ただし、国民の祝日及び12月29日から1月3日までは除く。

営 業 時 間：午前8時30分から午後5時15分

※上記の営業日、営業時間の他、電話等により常時連絡が可能な体制をとるため

時間外緊急連絡電話：090-5655-2501 を設けております。

3 居宅介護支援事業の内容及び特色等

(1) 利用者様が要介護状態となられた場合においても、可能な限り居宅においてその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配慮して行います。

(2) 利用者様の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者様の選択に基づき、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サービス提供されるよう配慮して行います。

- (3) 利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場に立って、提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。
- (4) 利用者様が利用をされる居宅サービス事業所について、複数の事業所を紹介させていただき、選択の幅を広げた上でサービス提供に繋がるよう配慮して行います。
- (5) 上記のことを踏まえ、サービスの種類や内容等の計画を作成するとともに、サービス提供が確保されるよう各事業所と連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (6) 利用者様が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
- (7) 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- (8) 利用者様やご家族等に対し、利用者様は計画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求めることが可能であることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。
- (9) 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にします。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お申し出により、説明をお聞きいただき契約の締結しだい、サービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者様のご都合で終了される場合、お申し出くださればいつでも解約できます。
- ② 当社の都合で終了する場合、終了1カ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所をご紹介します。
- ③ 以下の場合自動的にサービスを終了いたします。
 - ・利用者様が介護保険施設に入所された場合
 - ・利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）及び要支援状態と認定された場合
 - ・利用者様がお亡くなりになられた場合
- ④ 利用者様やご家族等が当社や当社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ございます。

5 利用料

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、介護保険制度から全額給付されますので、自己負担はありません。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1ヵ月につき基本料金の利用料金額をお支払いください。基本料金のお支払いと引き換えに領収書を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

(1) 基本料金（1単位：10円）

区 分		サービス単位	サービス利用料金	備 考
居宅支援 支援費（Ⅰ）	要介護1・2	1,086単位	10,860円/月	介護支援専門員1人あたり利用者45人未満
	要介護3・4・5	1,411単位	14,110円/月	
居宅支援 支援費（Ⅱ）	要介護1・2	544単位	5,440円/月	1人あたり利用者45人以上60人未満
	要介護3・4・5	704単位	7,040円/月	
居宅支援 支援費（Ⅲ）	要介護1・2	326単位	3,260円/月	1人あたり利用者60人以上
	要介護3・4・5	422単位	4,220円/月	

加算項目	サービス単位	サービス利用料金	内 容
特別地域加算	所定単位数の15%を加算		山間地域の事業所のため
初回加算	300単位	3,000円/月	新規ケアプラン作成月のみ加算
特定事業所加算（Ⅱ）	421単位	4,210円/月	主任介護支援専門員等配置事業所

※要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、自己負担はありません。

(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。

通常事業の実施地域以外への居宅を訪問する場合には、それに要する実費交通費を徴収します。なお、自動車を使用した場合は、次の額を徴収します。

- ① 京丹波町の境界を越えた地点を起点とし、片道5キロメートル未満 500円
- ② 京丹波町の境界を越えた地点を起点とし、片道5キロメートル以上の場合は2キロメートルごとに100円追加。

(3) 解約料

利用者様はいつでも契約を解除することができ、一切料金はかかりません。ただし、著しく信義誠実の原則に背くような解約についてはその損害を賠償いただくことがあります。

(4) その他の料金

要介護認定申請代行や記録の謄写等に要する実費につきましては、その都度申し受けます。

6 秘密保持

介護支援専門員・その他の従業者であった者が、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じています。

7 事故発生時の対応

居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8 サービス内容に関する苦情

当社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・苦情を承ります。

(1) 当事業所の利用者様相談・苦情担当

(福) 京丹波町社会福祉協議会 ケアプランセンターほほえみ
担当者 岸本 宏 電話 0771(86)1440

(2) 当法人事業所の第三者委員の設置

氏名	役職名	連絡先
井木 悦夫	税 理 士 (監事)	0771-55-9133
片山 長男	監 事	0771-84-0937

(3) その他

当事業所以外に、町及び国保連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

① 京丹波町所管課 総合福祉課 高齢福祉係 電話 0771(82)1800

② 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 075-(354)-9090

9 自主点検の取り組み

本事業所では第三者評価は受診していませんが、毎年自主点検表にて自己評価を行い事業所運営が透明性あるものとなるよう努めています。

10 サービス利用に当たっての留意事項

サービスの利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください

また、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所へお知らせください。

居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当ケアマネジャーの氏名と当事業所の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

(1) 緊急時等連絡先

緊急連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	()
	住 所	〒
	電 話 番 号	
	携 帯 電 話	

主治医	病院名（診療所名）	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

居宅介護支援の提供開始にあたり、契約書及び説明書に基づいて重要事項を説明しました。

説明・交付年月日：令和 年 月 日
 事業所 (福) 京丹波町社会福祉協議会ケアプランセンターほほえみ
 (事業所番号 京丹波町指定2671500318)

所在地 京都府船井郡京丹波町和田田中6番地1

代表者名 (福) 京丹波町社会福祉協議会
 会長 春田 貢 印

説明者 所属 (福) 京丹波町社会福祉協議会
 ケアプランセンターほほえみ
 氏名 印

私は、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事項の説明を受け、その内容および以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

◎私は利用可能な事業所を複数の紹介が受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求めることができることについての説明を受けました。

◎ご利用中の訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことについて了解しました。

◎もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を、入院先医療機関に報告します。

同意年月日：令和 年 月 日
 利用者 住所 京都府船井郡京丹波町.....

氏名印

代理人 住所

氏名印