

居宅介護支援 重要事項説明書

(令和 7 年 8 月 1 日現在)

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 0475-54-7720 (午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分まで)

担当 竹内 真利子・竹内 隆敏

* ご不明な点等ございましたら、お気軽にお電話下さい。

2. 居宅介護支援事業所 咲顔 の概要

(1) 居宅介護支援の指定事業所番号及びサービス提供地域

事業所名	医療法人社団明生会 居宅介護支援事業所咲顔
所在地	千葉県東金市東金 1371-1
介護保険指定事業所番号	居宅介護支援 (千葉県 1271800490 号)
サービスを提供する地域	東金市 山武市 茂原市一部(本納地区) 大網白里市 九十九里町 白子町 八街市 千葉市

(2) 事業所の職員体制

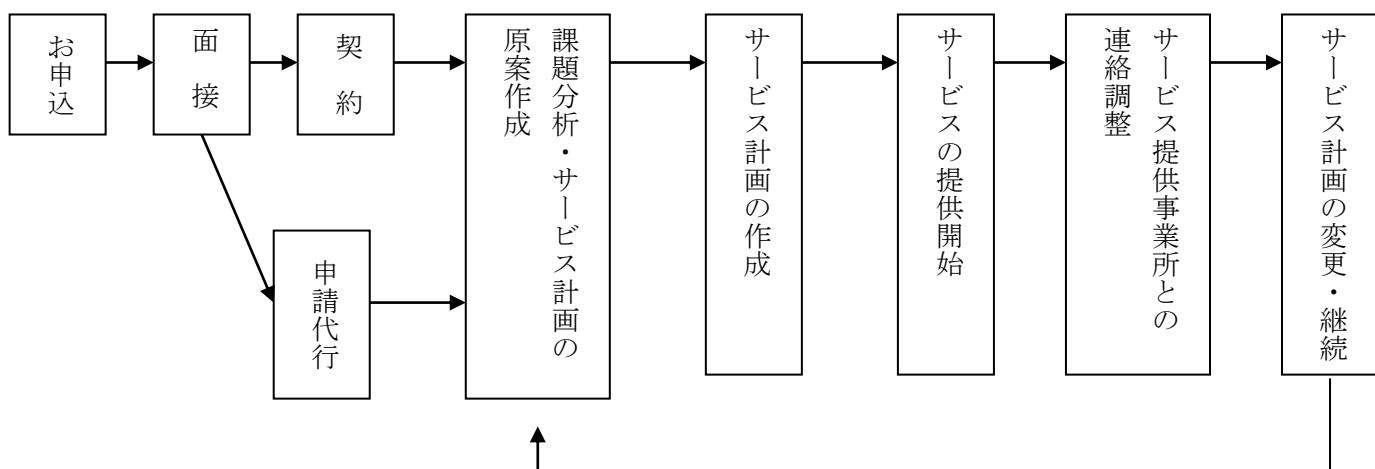
	資格	常勤	常勤(兼務)	非常勤	業務内容	計
管理者・介護支援専門員兼務	介護福祉士	2	1		管理業務 居宅介護支援業務	1 名 2 名

(3) 営業時間

営業日	月～金曜日	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
休業日	土・日曜日・年末年始	

*緊急連絡電話：0475-54-7720

3. 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



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、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき別に厚生労働省で定めた料金（契約書別紙に記載）を申し受け、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、全額払戻しを受けられます。

② 交通費

当事業所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(1kmあたり10円)の実費が必要です。

③ 解約料

利用者のご都合により解約した場合、下記の料金を申し受けます。

契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約した場合	要介護1・2 11,088円 要介護3・4・5 14,406円
千葉県国民健康保険団体連合会への給付管理票提出後に解約した場合	料金は一切かかりません

(2) 支払方法

料金が発生する場合は、毎月10日までに前月分の請求をしますので、月末までにお支払いください。支払方法は、現金集金のみとなります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がご自宅にお伺いいたします。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) 契約の更新

要介護認定の有効期間満了時までに特に申し出がない限り、契約は自動更新されます。

(3) サービスの終了

① 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。

- ・利用者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利用者の要介護認定区分が、要支援1要支援2又は非該当と認定された場合。
- ・利用者がお亡くなりになった場合

② 利用者の都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

③ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

当事業所は、次の事由に該当した場合は、本契約を解約することができます。この場合、当事業所は当該地域の他の居宅介護支援事業所に関する情報を利用者に提供します。

- I 当事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむをえない事由により事業

所を閉じた場合

- II 当事業所が介護保険法に基づく指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- III 利用者又はその家族が、当事業所及び介護支援専門員に対して、暴力行為、ハラスメント、又はその他の不適切な行為をなし、当事業所の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが困難となった場合

2 前項に基づき契約を解除する場合、当事業所は、原則として契約解除の効力が生じる日の30日前までに、利用者又はその家族に対して書面により解除の事由並びに契約を終了させる旨を通知します。ただし、緊急かつやむをえない事由がある場合は、この限りではありません。

居宅介護支援に係わる当事業所の義務について

- ・指定居宅介護支援事業所は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め、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所等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の身心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。）の意見を求めます。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には、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所は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め、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所等を紹介するよう求ること、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求ることができます。
- ・ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から、以下の点について利用者又はその家族に対し、説明を行い、理解を得るよう努め、介護サービス情報公表制度において、公表をすることとする。
 - 1)、前6カ月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合。
 - 2)、前6カ月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業所によって提供されたものの割合。
- ・利用者又は他の利用者等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、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとする。
- ・利用者の過度な負担を軽減し、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入する。固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖を対象とする。選択制の対象

福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととともに、利用者の選択にあたって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこととする。

- ・人材の有効活用及び指定居宅サービス事業所等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする。
 - ①利用者の同意を得ること。
 - ②サービス担当者会議等において、主治医、担当者その他の関係者の同意を得ていること。
 - I 利用者の状態が安定していること。
 - II 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができるこ（家族のサポートを含む）。
 - III テレビ電話装置等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情報を収集すること。
 - ③少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。
- ・人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報を適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、取扱の明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示す。

6. 秘密保持

- (1) 当事業所、介護支援専門員及び当事業所の従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 当事業所は、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、利用者の個人情報を用いません。

7. 事故発生時の対応

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所は、提供するサービスにおける第三者評価は実施しておりません。

9. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

要介護状態にある方やそのご家族が、介護保険の中で適切なサービスを受けることができるよう調整し、住み慣れたご自宅での生活が安心したものとなるよう援助します。

(2) サービス利用にあたり

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	有	変更を希望される方はお申出下さい
調査（課題把握）の方法		全国社会福祉協議会方式
介護支援専門員への研修の実施	有	
契約後、居宅サービス計画の作成 段階途中で利用者のご都合により 解約した場合の解約料	有	前記4（1）③参照

10. サービス内容に関する苦情

①当事業所利用者相談・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・苦情を承ります。

担当 竹内 真利子 電話 0475-54-7720

②その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村名	担 当	電 話
東金市	高齢者支援課	0475-50-1219

※利用者の居住区の市町村にお伝え下さい。

※国民健康保険団体連合会でも相談・苦情を受け付けております。

電話：043-254-7428

11. 当事業所の概要

名称・法人種別	医療法人社団 明生会 (医療法人)		
代表者役職・氏名	理事長 田畑 祐輔		
代表所在地・電話番号	千葉県東金市堀上字上之関 73 番地1 電話 0475-55-3311		
定款の目的に定めた事業	1 診療業務 2 看護業務 3 介護業務 4 その他これに付随する業務		
営業所数等	居宅介護支援事業所	2ヶ所	通所介護 2ヶ所
	介護付き有料老人ホーム	1ヶ所	訪問看護事業所 1ヶ所
	認知症対応型共同生活介護	2ヶ所	診療所 10ヶ所
	小規模多機能型居宅介護	1ヶ所	

令和 年 月 日

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及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業所

所在地 千葉県東金市東金 1371-1

名 称 医療法人社団明生会 居宅介護支援事業所咲顔 印

説明者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受け、居宅サービス計画の作成を依頼します。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人)

住 所 _____ 電話番号 _____

氏 名 _____ 携帯番号 _____