

「指定居宅介護支援」重要事項説明書（三者契約）

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（群馬県指定 第1072700139）

当事業所はご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所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。

☆居宅介護支援とは

契約者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- ご契約者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. サービスの利用に関する留意事項	6
7. 苦情の受付について	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 川場村社会福祉協議会
(2) 法人所在地 利根郡川場村大字谷地 3086-1
(3) 電話番号 0278-50-1122
(4) 代表者氏名 会長 小林 和 夫
(5) 設立年月 昭和54年12月27日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
(2) 事業の目的 事業所が行う事業の適切な運営を確保する為に人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護者等に対し、適正な指定居宅介護支援を提供する事を目的とする。
(3) 事業所の名称 社会福祉法人 川場村社会福祉協議会 平成12年1月4日指定
群馬県1072700139号
(4) 事業所の所在地 利根郡川場村大字谷地 3086-1
(5) 電話番号 0278-50-1122
(6) 事業所長（管理者）氏名 横坂 千恵子
(7) 当事業所の運営方針 事業所の介護支援専門員は、要介護状態等になった場合においても、利用者が可能な限りその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、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて利用者の選択に基づき適切な保健医療サービスが多様な事業所から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮する。利用者の意思及び人格を尊重し利用者に提供される指定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所に不当に偏することのないよう、公正中立に行うこと。
事業の運営に当たっては、関係市町村、他の指定居宅介護支援事業所、介護保険施設との連携に努めるものとする。
(8) 開設年月 平成12年1月4日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 川場村・沼田市
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（国民の祝日及び12月29日から1月3日までを除く）	
受付時間	月～金	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間帯	月～金	午前8時30分～午後5時15分

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 専従 兼務	非常勤 専従 兼務	常勤換算	指定基準	職務の内容
1 事業所長（管理者）		1		1	職員の管理・業務の管理、介護支援専門員
2 主任介護支援専門員		1		1	介護支援専門員の相談に応じ、困難事例に対応
3 介護支援専門員	2			2	指定居宅介護支援の提供

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。
（例）週 8 時間勤務の介護支援専門員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第 3～8、第 9、10 条参照）

当事業所では、居宅介護支援として次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

<サービスの内容>

（1）居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

（居宅サービス計画の作成の流れ）

- ①事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます。
- ②居宅サービス計画の作成にあつては、当該地域における指定居宅サービス事業所等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者又はその家族等に対して提供して、契約者にサービスの選択を求めます。
- ③介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族等に対

して説明し、契約者の同意を得た上で決定するものとします。

(2) 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ・居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業所等との連絡調整を行います。
- ・ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

(3) 居宅サービス計画の変更

ご契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービスの計画変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

(4) 介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

(5) サービス事業者の選定

サービス事業所の選定にあたって、ご契約者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。

ご契約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介護支援専門員に求めることができます。

(6) 当事業所ケアプランの状況

(訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護)

サービス開始に際しケアマネジメントの公平中立の確保を図る観点から、前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及びに地域密着型通所介護の各サービスの割合と同一事業所によって提供されたものの割合を提示します。

(別紙2参照)

(7) 医療機関との連携に関するもの

ご契約者が医療機関等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するために、早期に入院先(医療機関等)と情報共有や連携をする必要があります。病院等に担当介護支援専門員の氏名・連絡先を伝えてもらうように依頼をします。

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等からご契約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、服薬状況、口腔機能その他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、ご契約者の同意を得て主治医もしくは歯科医師又は薬剤師に提供いたします。

介護支援専門員は、ご契約者が訪問看護、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、ご契約者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。また、この場合において、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書を主治の医師に交付いたします。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等との連携に努めます。

<サービス利用料金>

(1) 利用料及びその他の費用の額

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、別紙1のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

(2) 交通費（契約書第9条2参照）

通常の事業の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、自動車を使用した場合についての交通費、事業所から1キロメートルあたり40円をいただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに現金支払いの方法でお支払い下さい。

(4) 利用者の居宅への訪問頻度の目安

利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1月に1回ここに記載する訪問頻度目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

6. 居宅介護支援サービスの提供にあつての留意事項について

(1) サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

(2) 介護支援専門員の交替（契約書第8条参照）

① 事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

② ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません

③ 居宅介護支援提供に先立って、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）を確認させていただきます。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にお知らせください。

④ 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行えるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新認定の申請が遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるように、必要な援助を行うものとします。

(3) 秘密の保持と個人情報の保護等も取り扱いについて

秘密の保持と 個人情報の取り扱い・使用については、川場村社会福祉協議会の個人情報保護規定に基づいて取り扱います。

(4) 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の権利・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ます。

虐待に関する責任者	川場村社会福祉協議会事務局長
-----------	----------------

② 成年後見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 従業員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。

(5) 身体拘束等の適正化について

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、身体拘束は行いません。身体拘束を行う場合は、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します。

（６）ハラスメント防止対策

事業者はハラスメント防止に取り組めます。

- ①職員に対するハラスメント指針の周知・啓発を行います。
- ②職員からの相談に応じ適切に対処するための体制整備を行います。

（７）業務継続計画

- ①感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- ②感染症及び災害に係る研修を定期的に行います。
- ③感染症及び災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

（８）衛生管理

- ①感染症の予防及びまん延防止のため研修及び訓練の実施をします。
- ②感染その他感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置（委員会の開催、指針整備、備品の衛生管理等）を行います。
- ③介護支援専門員等の清潔保持及び健康状態について必要な管理を行います。

（９）事故発生時の対応方法について

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共に必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により損害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。

7. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）

（１）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 川場村社会福祉協議会 電話番号 0278-50-1122
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
- 担当者 事業所長（管理者） 横 坂 千 恵 子

（２）行政機関その他苦情受付機関

川場村役場 健康福祉課	所在地 電話番号/FAX 受付時間	利根郡川場村大字谷地3200 (0278) 52-2111 / 52-2333 午前8時30分～午後5時15分
沼田市役所 健康福祉部介護高齢課	所在地 電話番号/FAX 受付時間	沼田市下之町888 (0278) 23-2111 / 24-5179 午前8時30分～午後5時15分
群馬県健康保険団体 連合会・介護サービ ス苦情処理委員会	所在地 電話番号/FAX 受付時間	前橋市元総社町335-8 (027) 290-1323 / 255-5308 午前8時30分～午後5時15分
群馬県庁 介護高齢課	所在地 電話番号 受付時間	前橋市大手町1-1-1 (027) 223-1111 午前8時30分～午後5時15分

＜重要事項説明書付属文書＞

1. サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者に提供した居宅介護支援について記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ②ご契約者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合その他ご契約者から申し出があった場合には、ご契約者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。
- ③事業者、介護支援専門員または従業員は、居宅介護支援を提供するうえで知り得たご契約者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）

2. 損害賠償について（契約書第 13 条参照）

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

3. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。（契約書第 2 条参照）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 14 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合や要支援 1・2 と判定された場合
- ③ご契約者が特別養護老人ホームに入所した場合
- ④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 14 条、第 15 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 事業者が作成した居宅サービス計画に同意できない場合
- ② 事業者もしくは介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める居宅介護支援を実施しない場合
- ③ 事業者もしくは介護支援専門員が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業者もしくは介護支援専門員が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第１７条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、
本書を交付しました。

社会福祉法人 川場村社会福祉協議会

説明者職名 介護支援専門員 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、本書を受領し、指定居宅介護
支援サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

氏 名 印

利用者住所

氏 名 印