

# 居宅介護支援 重要事項説明書

[令和6年4月1日現在]

## 1 当事業所がサービス担当者として任命した職員

(1) 氏 名 \_\_\_\_\_ (介護支援専門員)

## 2 夜久野介護センターの概要

### (1) 指定番号及びサービス提供地域等

事業所名	指定居宅介護支援事業所 夜久野介護センター
所在地	京都府福知山市夜久野町平野1030番地
サービス提供責任者	管理者 西澤 美和
介護保険指定番号	福知山市 第2671900054号
サービス提供地域	福知山市・兵庫県朝来市 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください
電話番号等	電話 (0773)38-1035 FAX (0773)38-1135

### (2) 職員の体制

	正 規 職 員	非 正 規 職 員	計
管 理 者	1名		1名
主任介護支援専門員	1名		1名
介護支援専門員	2名		2名
事務職員	1名		1名

※管理者は主任介護支援専門員と兼務しています。

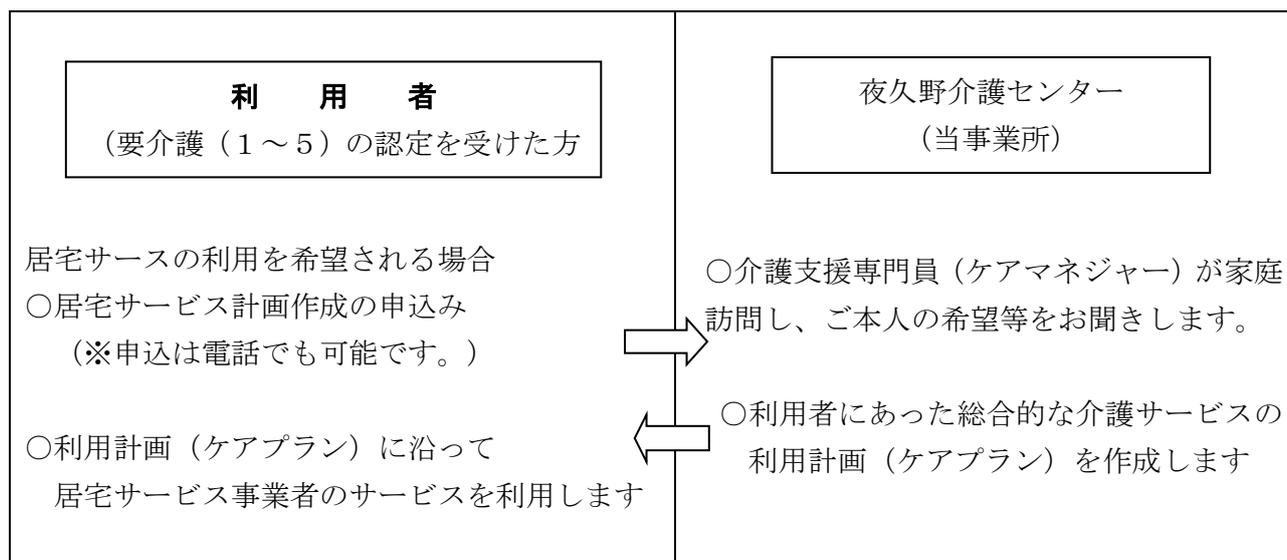
※事務職員は他の事業所と兼務しています。

### (3) 営業時間

- ・午前8時30分～午後5時30分（年中無休）
- ・24時間いつでも連絡できる体制を確保し、必要に応じて相談に対応します。

連絡先 0773-38-1035

### 3 居宅介護支援の申し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) 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。

ただし、介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、介護保険制度で決められた金額を請求させていただきます。

利用料を支払われた場合は、当事業所からサービス提供証明書を発行しますので、住所地の市町村の介護保険担当窓口で払い戻しの手続きをしてください。

#### (2) 交通費

サービス提供地域以外にお住いの方については、介護支援専門員がご自宅まで訪問するための交通費として、訪問1回当たり500円を請求します。

#### (3) 契約の解約料

居宅サービス計画の作成段階の途中で、利用者のご都合により居宅支援契約を解約された場合は、解約料として4,800円を請求します。

ただし、居宅サービス契約を作成し市町村(保険者)に提出した後で解約された場合は、解約料は不要です。

#### (4) コピー費用

サービス実施記録等の複写物を請求された場合は、複写する費用(コピー代)として、片面コピー1枚につき10円(両面コピーの場合は1枚20円)を請求します。

## (5) 利用料の支払方法

- ① 利用料が発生する場合は、毎月中旬に前月分の利用料を請求しますので、請求書が届いた月の25日までに支払いをしてください。
- ② 支払方法については、「口座振込」・「現金払い」の3種類から選択できますので、契約時点で申し出てください。

- ・口座振替の依頼は、京都北都信用金庫・郵便局・京都丹の国農業協同組合で手続きができます。
- ・口座振込の場合の振込先は下記のとおりです。

京都北都信用金庫額田支店 普通預金口座

口座番号 1001634

口座名義 しゃかいふくしほうじん 社会福祉法人 せんじんふくしじぎょうかい 仙人福祉事業会 りじちよう 理事長 おかぼしのり 岡場芳紀

## 5 当居宅介護支援事業所の特徴と義務

### (1) 運営方針

居宅介護支援サービス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者に不当に偏することのないよう公正中立に行います。

また、事業の運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### (2) 義務

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、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者等を紹介するよう求めること、当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることができます。

### (3) その他

- ① 担当する介護支援専門員の変更を希望される場合はお申し出ください。
- ② 居宅サービス計画は、契約終了後も2年間保管しますので、その間であればいつでも複写物の交付が受けられます。
- ③ 利用者宅への訪問時において、利用者に容態の変化等があった場合は、主治医又は協力医療機関へ連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。
- ④ 訪問時に救急対応が必要となった場合は、ご家族に連絡した上で、医療機関へ救急搬送を行うこともありますが、その場合は、事業者が別に定める料金を請求します。

- ⑤ 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。

※別紙

① 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、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護 ●%  
 通所介護 ●%  
 地域密着型通所介護 ●%  
 福祉用具貸与 ●%

② 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、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	〇〇事業所 ●%	△△事業所 ●%	□□事業所 ●%
通所介護	△△事業所 ●%	□□事業所 ●%	××事業所 ●%
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	××事業所 ●%	〇〇事業所 ●%
福祉用具貸与	××事業所 ●%	〇〇事業所 ●%	△△事業所 ●%

6 秘密保持の対応

- (1) 事業者及び事業者の従事者は、サービス提供する上で知りえ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。
- (2) 事業者は、利用者及び家族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、利用者及び家族の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、事業者の従事者が、在職中に知ることのできた利用者及びその家族に関する秘密を、退職後も第三者に漏らすことがないよう必要な措置を取ります。

7 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 当事業所において、サービス提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

8 サービス内容に関する相談・苦情窓口

当施設のサービスに関する相談・要望・苦情等はサービス提供責任者か下記のサービス相談窓口までお申し出ください。なお、当該窓口にご相談しにくい場合は、第三者委員もしくは行政等苦情相談窓口にご相談ください。

○相談・苦情窓口	
電話番号	0773-38-1035 夜久野介護センター 管理者
受付時間	月曜日～日曜日 午後8時30分～午後5時30分まで
○第三者委員	
倉垣 康子	電話番号 0773-38-0637
坂根 みつ代	電話番号 0773-38-0785
居合 和徳	電話番号 0773-38-0234
○行政等苦情相談窓口	
福知山市高齢者福祉課介護保険係	電話番号 0773-24-7013
※相談は、年末年始・土日・祝日を除く8:30～17:15の間に限る。	
兵庫県朝来市高年福祉課介護保険係	電話番号 079-672-6124
※相談は、年末年始・土日・祝日を除く8:30～17:15の間に限る。	
京都府国民健康保険団体連合会	電話番号 075-354-9090
※相談は、年末年始・土日・祝日を除く9:00～12:00、13:00～17:00の間に限る	
京都府福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 075-252-2152
※相談は、年末年始・土日・祝日を除く9:00～17:00の間に限る。	

9 当社会福祉法人仙人福祉事業会の概要及び法人が運営する事業所

法人名	社会福祉法人 仙人福祉事業会	
代表者	理事長 岡場 芳紀	
所在地	京都府福知山市夜久野町平野1030番地	
電話番号	0773-38-1031	
運営事業所	○介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	1カ所
	○短期入所生活介護事業所(ショートステイ)	1カ所
	○通所介護事業所(デイサービス)	1カ所
	○認知症対応型通所介護事業所(デイサービス)	1カ所
	○居宅介護支援事業所(介護センター)	1カ所
	○軽費老人ホーム(ケアハウス)	1カ所

10 緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は、次の緊急連絡先に連絡します。

緊急 連絡 先	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号（自宅）			
	電話番号（携帯）			
主治 医	病院または診療所名			
	医師名			
	住所			
	電話番号			

居宅介護支援の利用にあたり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明をしました。

説明年月日： 令和 年 月 日

事業者

〈住所〉 京都府福知山市夜久野町平野1030番地

〈名称〉 社会福祉法人仙人福祉事業会

〈代表者氏名〉 理事長 岡場芳紀

〈説明者〉 職名 介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、利用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な事項の説明を受けました。

利用者

〈住所〉 \_\_\_\_\_

〈氏名〉 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者

私は、本人に代わり上記署名を行いました。

〈住所〉 \_\_\_\_\_

〈氏名〉 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との関係) \_\_\_\_\_

家族代表者

〈住所〉 \_\_\_\_\_

〈氏名〉 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との関係) \_\_\_\_\_