

# 居宅介護支援重要事項説明書

## 1. 事業者

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 上天草市社会福祉協議会   |
| (2) 代表者氏名 | 会長 堀江 隆 臣            |
| (3) 法人所在地 | 熊本県上天草市松島町合津3433番地52 |
| (4) 電話番号  | 0969-56-2455         |
| (5) FAX   | 0969-56-2613         |

## 2. 事業所の概要

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| (1) 事業所の名称  | 上天草市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 |
| (2) 事業所の所在地 | 熊本県上天草市松島町合津3433番地52  |
| (3) 電話番号    | 0969-56-2333          |
| (4) FAX     | 0969-56-2613          |
| (5) 事業所番号   | 4371200041            |
| (6) 管理者氏名   | (主任介護支援専門員) 中山 美 枝    |

## 3. 事業の目的・運営方針

### (1) 事業の目的

・要介護者本人や家族の意向等を基に、居宅サービスを適切に利用できるようなサービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とします。

### (2) 運営方針

・本事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、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事ができるよう配慮して行います。

・利用者の心身の状況、そのお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・医療サービス及び福祉サービスが多様な事業所から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。

・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事のないよう、公正中立におこないます。

・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ある。(別紙参照)

・本事業の運営にあたっては、関係市町村、在宅介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、介護保険施設及び関係機関等との連携に努めます。

・上天草市社会福祉協議会居宅介護支援事業所は、正当な理由無く利用者に対する指定居宅介護支援業務の提供を拒否しません。

#### 4. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の実施地域 熊本県上天草市全域

(2) 営業日 月曜日～金曜日(土曜日、日曜日、祝日、12月29日～1月3日は休み)

(3) 営業時間 午前8時30分～午後5時15分

特別な需要がある場合は、営業日・営業時間について上記の限りではありません。

#### 5. 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〉 (職員の配置状況については、指定基準を遵守しています。)

従業者の職種	人数 (人)	区 分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
1. 管理者	1		1	0.1	介護支援専門員の管理等
2. 介護支援専門員	2		2	1.9	居宅介護支援計画
3. 事務職員					

#### 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの内容

- ・居宅サービス計画(ケアプラン)の作成
- ・要介護等認定の申請代行
- ・給付管理業務

(2) 利用料金

・要介護(要支援)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。

・介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、介護保険の給付が行われない場合があります。

その場合、お客様は1ヶ月につき8,500円の利用料をお支払いください。

利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

### (3) 交通費

・通常の事業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、サービス提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

地区名	交通費
上天草市内	0円
上天草市外	市境からご利用者宅までの往復距離(km)に37円を乗じた金額

## 7. 秘密の保持について

(1) 事業者は利用者より委託された業務を行うにあたって、利用者及びその家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、利用者及びその家族に使用目的等を説明し同意を得なければならない。

(2) 前項の場合を除き、事業者は正当な理由が無い限り、その業務上知り得た利用者及びその家族に関する個人情報について第三者に漏らしません。

## 8. 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時の報告・分析、改善策の周知徹底を図り、職員研修を行い事故再発に努めます。

(2) 介護支援専門員は、利用者の居宅に訪問中に発生した病状の急変、その他の緊急事態が発生した場合は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じると共に管理者に報告しなければならない。

(3) 事業所の指定居宅介護支援の提供により利用者に損害を与えた場合は、速やかに賠償する。

## 9. 感染対策・自然災害対策について

感染症の発生・まん延を防ぐ為の感染対策や自然災害発生時の対策については事業所において各対策マニュアル（事業持続計画）を作成し、職員へ周知徹底すると共に年間計画を立て職員研修・実地訓練等を行う。日頃より必要な準備を行い、感染や災害の発生に備え状況に応じた対応を行い、利用者の生命・身体の安全・健康を守る為に最低限必要となる機能を維持する。

## 10. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等の為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社会福祉協議会事務局長：静谷正幸に選定します。

(2) 権利擁護・成年後見制度の利用を支援します。

(3) 職員に対する虐待防止を啓発、普及する為の研修を実施します。



# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用する目的

- ・利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合
- ・現にサービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行った時に、医師、看護師等に説明する場合。
- ・その他関係する機関との連携又は相談、届出等。

### 2 使用する期間

令和 年 月 日から介護保険法に基づく介護サービス居宅サービス利用契約が終了するまでの期間とします。

### 3 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項および個人情報の使用について説明を受け、指定居宅介護支援の提供開始に同意しました。

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

代理人または立会人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

利用者家族

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項、及び個人情報の使用についての説明を行いました。

説明年月日： 令和      年      月      日  
事業所名： 社会福祉法人 上天草市社会福祉協議会  
代表者： 会 長      堀 江 隆 臣      印

事業 者： 上天草市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所

説明者名： 介護支援専門員      印

(別紙)

### 居宅介護支援 サービス利用割合等 説明書

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	47.25%
通所介護	76.36%
地域密着型通所介護	23.63%
福祉用具貸与	37.65%

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ごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	ケアステーションCruto大矢野 47.25%	ニチイケアセンター大矢野 26.37%	厚生ヘルパーステーション 10.99%
通所介護	デイサービス松朗園 34.59%	デイサービスひかりの園 30.19%	南風苑 デイサービス 8.81%
地域密着型通所介護	ひかりの園教良木デイホーム 11.95%	大矢野デイサービス 5.03%	デイサービスじいちゃんち 維和デイサービス 3.77%
福祉用具貸与	天草介護 37.65%	ダスキンヘルスレント天草ステーション 31.18%	株式会社ミタカ 12.35%

③判定期間 (令和 6 年度)

前期 (3月1日から8月末日)

後期 (9月1日から2月末日)

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業所から居宅介護支援の提供に際して、上記の内容について説明を受け、同意しました。

【利用者】 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

【署名代行者】 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)