

**指定居宅介護支援事業所
重要事項説明書**

社会福祉法人 光寿福祉会
居 宅 介 護 支 援 事 業 所

事業所指定番号 2873500082

姫路市夢前町塩田118番地1

TEL 079-336-1124

FAX 079-336-1102

指定居宅介護支援事業所重要事項説明書

(居宅介護支援サービス)

当事業者は介護保険の指定を受けています。

居宅介護支援事業所指定番号

2 8 7 3 5 0 0 0 8 2

当事業所はご契約者（以下「利用者」という）に対して居宅介護支援事業を提供させていただくにあたり、事業所の概要、法人の概要や提供されるサービスの内容等、契約上ご注意いただくことを次の通り説明します。

1. 事業所の概要

事業所名 社会福祉法人光寿福社会居宅介護支援事業所
所在地 兵庫県姫路市夢前町塩田 118 番地 1
連絡先 電話番号 079-336-1124 FAX 番号 079-336-1102
e-mail qquc9gz9k@mist.ocn.ne.jp
管理者 志田 聖子
開設 平成 12 年 4 月 1 日

2. 事業所の法人概要

法人名 社会福祉法人光寿福社会（介護老人福祉施設）
代表者名 理事長 谷口 恵純
所在地 兵庫県姫路市夢前町塩田 118 番地 1
連絡先 電話番号 079-336-1101 FAX 番号 079-336-1102
法人の行っている事業
介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム光寿園
居宅サービス事業 短期入所生活介護（ショートステイ）＋介護予防
通所介護（デイサービス）＋介護予防
認知症対応型共同生活介護事業 グループホーム 千手荘

3. 事業の目的および運営方針

（1）事業の目的

要介護者等の依頼を受け、その心身の状況、その置かれている環境、要介護者等及びその家

族の希望等を勘案し、利用する介護サービス等の種類及び内容、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス計画に基づき、各サービスの提供が確保されるよう、各事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

(2) 事業の方針

① 利用者が要介護状態等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ことが出来るよう配慮して、援助を行います。

② 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提供されるよう配慮して行います。

③ 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また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、利用者の求めにより複数の居宅サービス事業所の紹介や、ケアプランに位置づけた理由を説明します。

④ 事業の実施に当たっては、市町、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

⑤ 病院または診療所に入院する必要が生じた場合は、担当の居宅介護支援事業所（介護支援専門員の氏名）及び連絡先を伝える必要があり、事前に利用者又は家族に情報提供の協力を求めさせていただきます。

⑥ 上記の他「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（厚生省令第38号、平成11年3月31日付）」第13条の具体的取り扱い方針を遵守します。

4. 職員の配置状況

(1) 当事業所では居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

管理者 1名（兼任）

介護支援専門員 2名以上

5. 営業日及び営業時間

(1) 営業日 月曜日から金曜日までとします。

（ただし、国民の休日、8月13日から15日及び12月29日から1月3日までを除く）

(2) 営業時間 午前8：30～午後5：30

(3) 休日、時間外の相談は併設する他の事業所の職員が受付をし、後日担当職員が連絡いたします。

6. 通常の事業実施地域

通常の事業の実施地域は、姫路市夢前町、御立・田寺・書写・書写台・香寺町とします。

7. 提供するサービスの内容と料金

(1) 居宅サービス内容 別紙「居宅支援事業サービス提供の流れ」参照

(2) 料金（厚生労働大臣の定める基準額、特定事業所集中減算がない場合）

要介護1・2 11,088円

要介護3・4・5 14,406円

以上の報酬は直接介護保険から給付されますので、利用者の負担はありません。

※ 但し、利用者に保険料の滞納等がある場合は、いったん上記の掛金をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたしますので、後日保険者（市町）より払い戻しとなる場合があります。

※ その他諸費用は一切必要ありません。

8. 契約の終了と自動更新について

契約の有効期間は要介護認定の有効期間の満了日で終了します。但し、有効期間の満了1ヶ月前までに利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、この契約は、順次自動的に更新します。

9. 契約期間途中での解約について

契約の期間中であっても、利用者から解約を希望する1ヶ月前までにお申し出があれば解約することができます。解約料は無料です。

また、次の場合には自動的に契約は終了します。

※ 利用者が介護保険施設等に入所された場合

※ 利用者が死亡された場合

10. 守秘義務

当事業者及び介護保険専門員等がサービスを提供するにあつて知り得た利用者または家族等に関する事項を契約期間中はもとより契約期間終了後も正当な理由無く第三者に漏洩しません。但し一体的なサービスを提供するために、サービス担当会議、医療機関、介護保険施設、居宅サービス事業者等への情報が必要となる場合にはあらかじめ利用者、家族に同意を得ます。

11. 介護支援の担当者＜介護支援専門員＞について

担当する介護支援専門員の変更を希望される場合は、ご相談の上配慮いたします。

事業者の都合により、介護支援専門員を交替する場合があります。その場合には利用者にも不利益が生じないように充分配慮いたします。

12. 損害賠償について

当通所介護事業所において、事業者の責任によりご利用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。

ただし、その損害の発生について、利用者・その家族に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

事業所では介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおい損害保険株式会社）に加入しています。

1 3 . 苦情の受付について

(1) 社会福祉法人光寿福祉会居宅介護支援事業所における苦情の受付について

社会福祉法人光寿福祉会居宅介護支援事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 管理者 志田 聖子
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 10：00～17：00
- ご利用法 電話079－336－1124
 苦情箱 玄関に設置
- 営業日以外 併設施設で随時対応できる体制を確保しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地	神戸市中央区三宮町1丁目9番1－1801号
	電話番号	(078) 332－5617
	FAX番号	(078) 332－5650
	受付時間	9：00～17：15 月～金
○姫路市高齢者支援課	所在地	姫路市安田4丁目1番地 姫路市役所本庁2階
	電話番号	(079) 221－2853
	FAX番号	(079) 221－2444
	受付時間	平日 9：00～17：00

1 4 . 高齢者虐待の防止について

(1) 社会福祉法人光寿福祉会居宅介護支援事業所において高齢者の人権の擁護・虐待等を防止するために次の措置をおこないます。

- ・虐待防止のための従業者に対する研修の実施
- ・利用者及びその家族からの苦情処理の体制の整備
- ・その他虐待防止のための措置

(2) 関連事業所従事者又は養護者（利用者の家族又は高齢者を原意養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、すみやかに、市町村に通報します。

1 5 . ハラスメント行為の禁止事項

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
- (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS に掲載する行為。

*見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合は、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けてください。

16. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問の提供を継続的に実施するため、及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

令和 年 月 日

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の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人光寿福社会居宅介護支援事業所

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、居宅介護支援の提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所 〒

氏名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を更け、指定居宅サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 〒

氏名 印

(契約者との関係)

立会人

住所 〒

氏名 印

(契約者との続柄)