

# 重要事項説明書

## ケアプランセンター サンテ

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致します。  
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明致します。

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致します。

- 1 ご契約者の心身の状況やご契約者とご家族等の希望をお伺いして、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成致します。
- 2 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致します。
- 3 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致します。

※ 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。

### 1 事業所

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 医療法人メディフォー      |
| (2) 法人所在地 | 名古屋市中区栄五丁目7番25号 |
| (3) 電話番号  | 052-262-7070    |
| (4) 代表者名  | 中原 秀也           |

### 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  | 事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。 |

- (3) 事業所の名称 ケアプランセンター サンテ
- (4) 事業所の所在地 名古屋市中区栄五丁目7番25号
- (5) 電話番号 052-262-5323
- (6) 管理者氏名 中西 恵子
- (7) 運営方針 事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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に配慮して行います。
- (8) 開設年月日 平成27年11月1日

### 3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 名古屋市中区
- (2) 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。但し、8月13日から15日、12月31日から1月3日までは除きます。
  - ②営業時間 午前9時から午後5時45分までとします。

### 4 職員の体制

- (1) 管理者 1名
- (2) 介護支援専門員 1名以上

### 5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、居宅介護支援サービスとして次のサービスを提供致します。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、ご契約者の利用負担はありません。

#### 〈サービス内容〉

##### (1) サービス内容と利用料金

###### 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、居宅介護サービス計画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致します。

## 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（以下「モニタリング」という）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者等との連絡調整を行います。

モニタリングの把握に当たっては、ご契約者及びその家族、指定居宅サービス事業所等との連絡を継続的に行うこととし、少なくとも一月に一回、ご契約者の居宅を訪問し、ご契約者に面会するとともに、一月に一回モニタリングの結果を記録します。

以下の要件のもと、テレビ電話装置その他の情報機器を活用しモニタリングを行うことがあります。

ア) 利用者の同意を得る。

イ) サービス担当者会議などにおいて、次にあたる事項について主治医、担当者、その他の関係者の同意を得る。

i) 利用者の状況が安定している事。

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事（家族のサポートがある場合を含む）。

iii) テレビ電話装置など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事。

ウ) 少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問する。

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計画の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を供与します。

### 〈サービス利用料金〉

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。料金は別紙1のとおりです。

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、介護報酬で定められた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

通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収します。

- ①実施地域を越えた地点から、片道 10 キロメートル未満 500 円
- ②実施地域を越えた地点から、片道 10 キロメートル以上 1,000 円

## 6 事業継続計画について

感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対するサービス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を策定し、該当計画に従って必要な措置を講じます。

- ①職員に対し、該当計画について周知し、必要な研修・訓練を定期的実施する。
- ②定期的に計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行う。

## 7 身体的拘束などの適正化について

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、身体的拘束などを行う場合には、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。

## 8 高齢者虐待防止について

高齢者虐待の発生・再発を防止するため次の措置を講じます。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を法人内に設置し、委員会を年 1 回定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図る。
- ②虐待の防止のための指針を整備する。
- ③職員に対し、虐待の防止のための研修を年 1 回定期的実施する。
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を置く。

## 9 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

① ご契約者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業所等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所の選定理由について説明を求める事ができますので、必要があれば遠慮なく申し出て下さい。

② 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。被保険者の住所に変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせ下さい。

③ 病院等に入院しなければならない場合は、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院には当事業所と担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えて下さい。

## 7 利用状況について

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2のとおりです。

## 8 苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

当該事業所に対する苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けています。

- ・ 苦情受付窓口（担当者）：管理者及び介護支援専門員
- ・ 受付時間：月曜日から金曜日までとします。但し、8月13日から15日、12月31日から1月3日までは除きます

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会	0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5
名古屋市介護保険課	0 5 2 - 9 5 9 - 3 0 8 7
中区役所福祉課	0 5 2 - 2 6 5 - 2 3 2 1

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ました。

令和 年 月 日

住所：〒460-0008

名古屋市中区栄五丁目7番25号

名称：ケアプランセンター サンテ

電話番号：052-262-5323

FAX：052-262-7755

説明者： 

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、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者  契約書と同じ

住所：

氏名： 

利用者代理人  契約書と同じ

住所：

氏名：  (続柄 )