

重 要 事 項 説 明 書

川場たやの家居宅介護支援事業所

川場たやの家居宅支援事業所 重要事項説明書

はじめに

この文書は、指定居宅介護支援サービス提供の開始に際しまして、ご利用されるご本人様およびそのご家族様に対し、当事業所をご理解いただくとともに、適切なサービスをご利用いただけますよう、当事業所の運営の概要やサービスの内容などを重要事項として分かりやすく掲載し、説明させていただくものです。
本内容をご理解いただいた上でご契約ください。

1. 事業所名

『 川場たやの家居宅介護支援事業所 』

群馬県知事指定介護支援事業所 （介護保険事業者番号 1072700725 ）

2. 代表者名

たくみ株式会社 代表取締役 信澤 真由美

3. 管理者名

川場たやの家居宅支援事業所 管理者 中村 純子

4. 所在地

〒378-0113 群馬県利根郡川場村生品1823-1

電話 0278-52-3080 FAX 0278-52-3611

メールアドレス：ka-kyotaku@takumikk.co.jp

5. 事業の目的および運営方針

当事業所は、要介護状態にある高齢者の方に対し、当事業所の介護支援専門員が、適切な指定居宅介護支援の提供を行うことを事業の目的としています。
また、事業の提供にあたっては、次の事項を運営の方針として努めています。

【 運営方針 】

- (1) 要介護状態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配慮すること。
- (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および福祉サービスが、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すること。
- (3) 利用者の意思および人格を尊重し、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業に不当に偏することのないよう、公正中立に行なうこと。
- (4) 事業所の運営にあたり、関係市町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、あんしんセンター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設との連携に努めるものとする。
- (5) 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等には障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携に努めるものとする。

6. 職員の職種、員数、職務内容

当事業所に勤務する職種、員数および職務内容は次のとおりです。

- (1) 管理者（主任介護支援専門員） 1 名 常勤兼務

管理者は、事業所の従事者の管理および業務等の管理を一元的に行います。

- (2) 介護支援専門員 管理者含め（常勤1名 非常勤2名） 在籍

介護支援専門員は、指定居宅介護支援の提供及び給付管理にあたる職員です。

- ・また、職員に対しての定期的な研修の機会を設けることにより、常に職員の資質向上に努めています。
- ・ご利用者の希望、その他の必要性に応じ、担当する介護支援専門員を交替する場合がございます。ただし、その場合には、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないように、十分に配慮いたします。

7. 営業日および営業時間

- (1) 営業日 不定休(交代にて公休実施)
- (2) 営業時間 午前8時30分から午後5時30分(月～金)
午前9時から午後6時(土・日)

緊急時等においては、常時連絡が取れる体制を整えております。

①0278-52-3080 ②090-2910-0966

8. 指定居宅介護支援の提供方法および内容

- (1) 居宅で生活されている要介護者等が、日常生活を営む為に必要な保健医療サービス、または福祉サービスを適切に利用できるよう、利用者からの依頼を受けて、心身の状況・環境・ご本人やご家族からの希望等を勘案し、利用する指定居宅サービスの種類や内容等を定めた計画（居宅サービス計画）を作成しています。また、居宅サービス原案の内容については、理解しやすいように懇切丁寧に説明し、同意をいただいてからサービスの提供に努めます。
- (2) 居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等の提供が確保されるよう主治医、指定居宅サービス事業者やその他の者との連絡調整を図ります。
- (3) 要介護者が介護保険施設への入所を要する場合には、介護保険施設の紹介等必要な便宜を図ります。
- (4) 居宅サービス作成後においても、利用者ご本人およびその家族ならびに指定居宅サービス事業者との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画実施状況の把握および解決すべき課題の把握に努め、必要に応じて居宅サービスの変更・指定居宅サービス事業者との連絡調整を行っています。
- (5) サービス担当者会議を開催し、担当者に対する照会等により、サービス計画の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めています。
- (6) 利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行うことができるものとします。※その際、個人情報の適切な取扱いに留意する。
- (7) その他必要に応じ、利用されるご本人およびそのご家族に対する便宜の提供を図っています。

9. 利用料その他費用の額

指定居宅支援の提供を受けた場合の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬上の額となります。（全額保険給付を受ける場合は、利用者の負担はありません）ただし、利用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できない場合は、別に定めるサービス利用料金の全額を当事業所に対し、いったんお支払いいただきます。また、サービス提供中に要介護認定等において、非該当もしくは自立と認定され、その後も継続して居宅支援の提供を受ける場合、通常の実施地域を超えて行う居宅介護支援事業に要した交通費は、別に定める利用料金をご負担いただきます。

（連帯保証人）

- ・連帯保証人は事業所との合意により利用者と連携して、本契約から生じる利用者の金銭債務を履行する責任を負うものとします。
- ・連帯保証人の負担は、連帯保証の極度額15万円とします。

※別表のサービス利用料金について、介護保険法令の改正等により介護給付費体系の変更があった場合、当該サービス利用料金を変更することがございます。あらかじめご了承ください。

10. 通常の実施地域

沼田市・川場村・昭和村・みなかみ町・片品村・渋川市・高崎市・吉岡町

11. 身体拘束の禁止

当事業者は、サービス提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）を行いません。

また、やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び期間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記載することとします。

12. 虐待の防止について

当事業者は、利用者等の人権擁護・虐待防止等の為に、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選定しています。虐待防止に関する責任者 管理者 中村純子
- (2) 虐待防止の指針および苦情解決体制を整備しています。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに、これを市町村に通報します。

13. 秘密の保持（個人情報の保護）

当事業所を利用されるご本人およびそのご家族の情報が第三者に漏れるということは絶対にありません。（利用終了後も同様です） ただし、適切な介護保険サービスの提供を受けられるために必要があるときは、市町村、他の居宅支援事業者、居宅サービス事業者、介護保健施設、保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する機関へ、療養情報等必要な情報を当事業所の担当者より提供させていただく場合がございます。

※24時間連絡体制を確保する為、連携事業所へ必要な情報を提供させていただく場合がございます。

また、利用者に係るサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合には、事前の同意を文書により得た上で、利用者またはその家族等の個人情報を用いる場合がございます。ただし、介護サービスの質の向上のための、他法人が運営する居宅介護支援事業者との共同の事例検討会・研修会や、学会・研究会等での事例発表会等で個人情報を用意する場合には仮名等使用し、利用者個人を特定できないようにすることを厳守いたします。

14. 事故・緊急時の対応及び賠償責任

当事業所は、万全の体制で指定居宅介護サービスの提供に努めておりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、関係市町村に報告するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大の防止等の必要な措置を講じます。またご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。

(1)事業所は、指定居宅介護支援の提供に係る利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講ずるものとする。

- 相談苦情に対する常設窓口として、相談担当者を配置しています。また、担当者が不在でも基本的には、必ず担当者に取り次ぐことになっています。

○群馬県国民健康保険団体連合会 所在地 前橋市元総社町335-8
TEL 027-290-1323

(1) 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練の実施
(2) 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、指針整備等）

(2)事業所は、適切な指定介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優位的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護支援専門員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

(2)事業所は、従業員に対し、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に実施いたします。

19. 契約の締結・終了および解除（利用の終了等）

当事業所のサービスをご利用いただくにあたり、ご利用者との契約の締結をさせていただきます。

契約の終了および解除（利用の終了等）については以下のとおりです。

【契約の終了事由】

- (1) 契約者が死亡した場合
- (2) 要介護認定により契約者の心身の状況が自立または要支援と認定された場合
- (3) 契約者が介護保険施設に入所した場合
- (4) 天災・災害・施設・設備の故障等の理由により、サービスを利用させることが困難となった場合
- (5) 事業者が解散命令を受けた場合もしくは破産した場合またはやむをえない事情により事業所を閉鎖した場合
- (6) 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

【利用者からの中途解約事由】

- (1) 本契約の有効期間中、ご利用者は契約をいつでも解約することができます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の一ヶ月前までに事業者へ通知するものとします。
- (2) 利用者は、事業者が作成した居宅支援サービス計画に同意できない場合は、契約を即時に解約することができます。

【利用者からの契約解除事由】

- (1) 事業者もしくは担当の介護支援専門員が正当な理由なく契約に定める居宅介護支援を実施しない場合
- (2) 事業者もしくは担当の介護支援専門員が契約に定める守秘義務に違反した場合
- (3) 事業者もしくは担当の介護支援専門員が故意または過失により、利用者もしくはその家族等の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい反社会的行為や背信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

【事業者からの契約解除事由】

- (1) 居宅介護支援の実施に際し、利用者がその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知などを行ない、その結果、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- (2) 利用者が、故意または重大な過失により事業者もしくは介護支援専門員の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい反社会的行為や背信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

20. 公平中立なケアマネジメントの確保

- (1) 利用者の意向に基づいた契約である事を確保するため、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。
- (2) 利用者は当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能です。
- (3) ケアマネジメントの公正中立性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、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各介護サービスの利用割合、及び、同一事業者によって提供されたものの割合を利用者様に説明を行うとともに介護サービス情報公表システムにおいて公表いたします。

- 利用される指定居宅サービス等の事業者は、あくまでも利用されるご本人および、そのご家族が自由に選択できるものであり、特定の事業者に固定されるものではありません。

21. その他大切な事項

○居宅介護支援費（Ⅰ）

※特別地域加算あり ※地域別一単位の単位 一単位→10円

取り扱い件数	45件未満	45件以上60件未満	60件以上
要介護 1・2	1,086単位+162単位/月	544単位+81単位/月	326単位+48単位/月
要介護 3・4・5	1,411単位+211単位/月	704単位+105単位/月	422単位+63単位/月

○居宅介護支援費（Ⅱ）※逡減性制度利用時 ※特別地域加算あり ※地域別一単位の単位 一単位→10円

取り扱い件数	50件未満	50件以上60件未満	60件以上
要介護 1・2	1,086単位+162単位/月	527単位+79単位/月	316単位+47単位/月
要介護 3・4・5	1,411単位+211単位/月	683単位+102単位/月	410単位+61単位/月

各種加算			
特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(A)	(Ⅰ)519単位/月 (Ⅱ)421単位/月 (Ⅲ)323単位/月 (A)114単位/月		
特定事業所医療介護連携加算	125単位/月		
通院時情報連携加算	50単位/月		
居宅支援初回加算	300単位/月		
入院時情報連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ)250単位/月 (Ⅱ)200単位/月		
退院・退所加算	カンファレンス参加無		カンファレンス参加有
	連携1	450単位/月	600単位/月
	連携2	600単位/月	750単位/月
	連携3	無	900単位/月
ターミナルケアマネジメント加算	400単位/月		
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位/月		
介護職員等特定処遇改善加算	加算率：2.1%（基本サービス費+各種加算減算後の総単位数に2.1%を乗じる）		

※居宅サービス計画に位置づけた居宅サービスを一日（回）でも、利用された場合、上記金額が発生します（日割りの計算はございません）

※居宅介護支援サービスの提供状況によっては、上記金額が変動することがございます。

【備考】

事業者の提供する居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が介護保険法令の定めるところにより、介護保険から居宅介護支援費に相当する給付を受領する場合は、自己負担はありません。

ただし、利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険から居宅介護支援費に相当する給付を受領できない場合は、利用者は上記の居宅介護支援費の全額をお支払いいただきます。

- 指定居宅介護事業所の所在する建物内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者は所定金額の95%とする。

指定居宅介護支援事業所における1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（上記は除く）に居住する利用者は所定金額の95%とする。

- 通常の実施地域を超えて行うサービス提供に係る交通費
実施地域を超えた地点から1kmあたり 25円

- 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、利用者又は、その家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。

- 介護支援専門員は指定居宅サービス事業者等から利用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、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係わる情報のうち、必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。

- 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、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、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めます。その場合において、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を主治の医師等に交付します。
- 看取り期において、介護支援専門員が利用者様の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者様の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定をいたします。

●本料金表のお問い合わせ先

たくみ株式会社 ベルジ川場たやの家
川場たやの家居宅介護支援事業所

〒378-0113

群馬県利根郡川場村生品1823-1 （担当者：中村 純子）

TEL 0278-52-3080 FAX 0278-52-3611

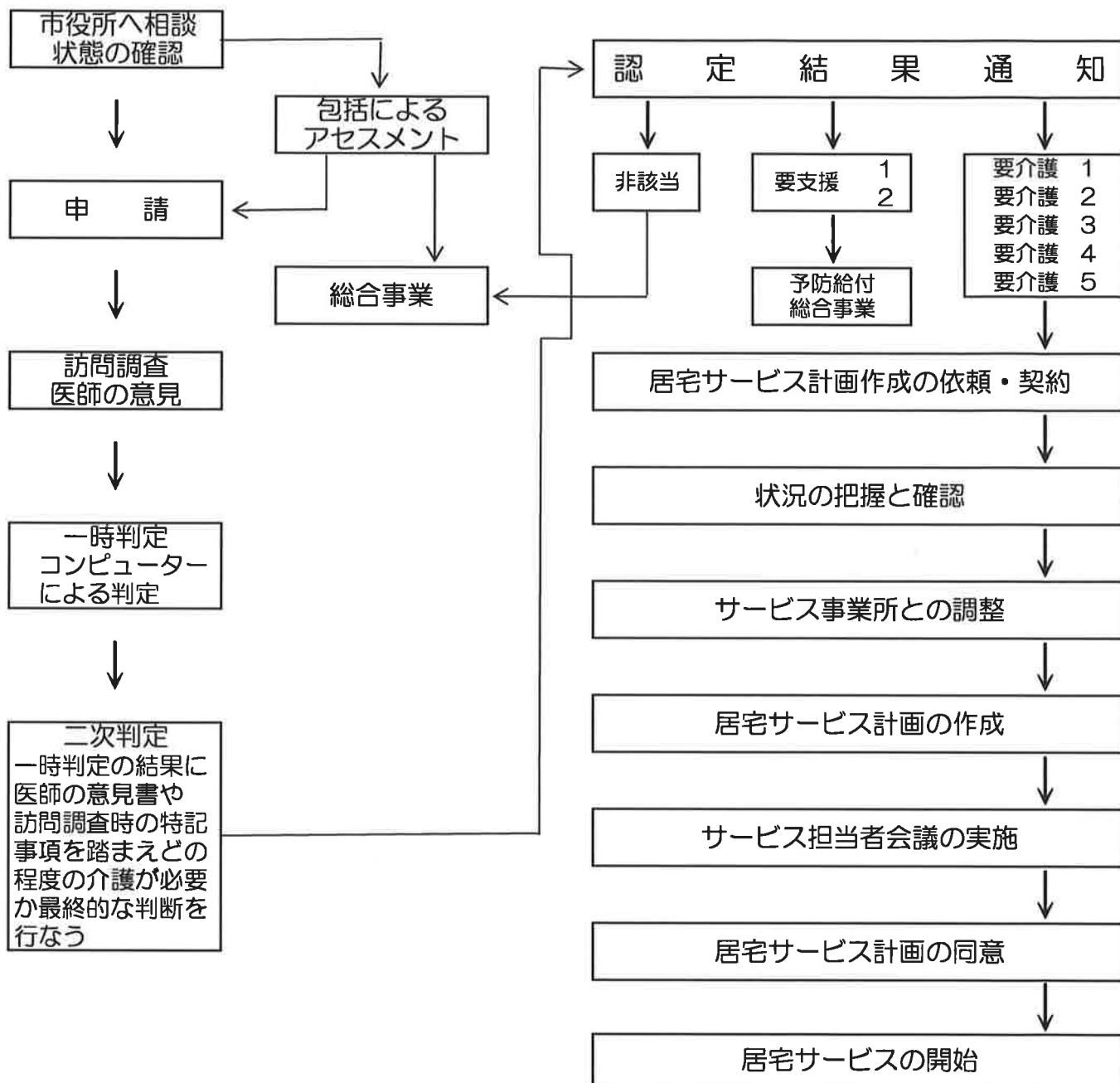
上記料金表は令和 8 年 6 月 1 日現在のものです。今後介護保険法令の改正等により、介護給付費体系の変更があった場合、このサービス利用料金を変更することがございますので予めご了承ください。

- 介護保険被保険証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証等に変更があった場合、事業所に於いて登録の変更が必要となります。
正しい手続きがされないと全額自己負担となってしまいます。
下記の状況が生じた場合、速やかに担当ケアマネージャーまでご連絡をお願い致します。

- ①住所変更
- ②介護保険更新申請
- ③介護保険変更申請
- ④所得構成や世帯構成の変更等
- ⑤介護保険負担限度額申請
- ⑥介護保険負担限度額更新
- ⑦介護負担割合証更新

※ご不明な点は、担当ケアマネージャーにご確認ください。

申請からサービスを受けるまで



令和 年 月 日

川場たやの家居宅介護支援事業所
説明者

氏 名 _____ 印 _____

内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

契約者

氏 名 _____ 印 _____

代筆 _____ 続柄 ()

代理人

氏 名 _____ 印 _____
_____ 続柄 ()

連帯保証人

氏 名 _____ 印 _____
_____ 続柄 ()