

〔居宅介護支援重要事項説明書〕

1 渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所の概要

(1) 事業所の名称・代表者・所在地・指定番号およびサービス提供地域

法人 事業所名	医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所 居宅介護支援事業所
代表者名	理事長 渡辺 康介
所在地	京都市北区大宮南田尻町59
管理者	主任介護支援専門員 櫻井 直哉
電話番号 F A X	075-493-5577 075-493-5584
介護保険事業所番号	2610105278
通常の 事業の実施地域	北区・上京区・左京区 *上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 職員体制

	資格	勤務体制	業務内容	人数
管理者	主任介護支援専門員 介護福祉士	常勤	管理業務 兼 ケアマネ業務	1名
ケアマネジャー	主任介護支援専門員 社会福祉士・介護福祉士	常勤	ケアマネ業務	1名
ケアマネジャー	主任介護支援専門員 介護福祉士	常勤	ケアマネ業務	2名
ケアマネジャー	介護支援専門員 介護福祉士	常勤	ケアマネ業務	4名

あなたの 担当ケアマネジャー	
-------------------	--

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで
休業日	日曜日 および 年末年始（12月31日～1月3日）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで *24時間連絡体制あり 営業時間外は転送にて担当者が対応 電話番号 075-493-5577

## 2 居宅介護支援の申し込みから提供までの流れとサービスの内容

- |  |
|--|
| ① ご本人、ご家族からの問い合わせ（電話・来所・紹介など）<br>② 訪問しお話やご希望を伺う→介護保険やサービスの説明・相談内容の検討など<br>③ 契約<br>④ 要介護認定申請代行・訪問調査依頼→要介護認定<br>⑤ 居宅介護サービス計画（暫定）の作成→サービス事業者へ情報提供し連絡調整<br>⑥ サービス担当者会議（居宅介護サービス計画の決定）<br>⑦ ご本人・ご家族の同意<br>⑧ サービス提供→モニタリング（毎月の訪問でご本人に面会し状況を確認）<br>⑨ 給付管理業務<br>⑩ サービスの見直しや新たなニーズ（希望）への対応<br>⑪ 介護認定の更新・区分変更などにかかる手続き 等 |
|--|

## 3 費用

利 用 料	要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援について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。 なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者は1ヶ月につき料金表の利用料全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行いたします。 また還付に必要なサービス提供証明書を発行します。
-------	--

### 居宅介護支援費（地域区分 1単位 10.7円）

区 分		サービス単位	特定事業所 加算Ⅰ	サービス利用料金
居宅介護支援費（Ⅰ） （介護支援専門員 一人あたり利用者40名未満）	要介護 1・2	1086単位	519単位	17,173円/月
	要介護 3・4・5	1411単位	519単位	20,651円/月

\*当事業所は規定の加算要件を満たし「特定事業所加算Ⅰ」519単位を算定しています。

\*前年度の実績により「特定事業所医療介護連携加算」125単位を算定します。

\*そのほか、規定による加算があり、要件を満たす時に算定します。

（初回加算・入院時情報連携加算・退院・退所加算・ターミナルケアマネジメント加算・通院時情報連携加算 等）

\*要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援費について、ご利用負担はありません。

#### 4 サービスの利用方法

##### (1) サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込み下さい。当事業所のケアマネジャーがお伺いします。

契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

- ・事業者は、現員体制では応じ切れない場合や、ご利用者の居住地が事業の実施地域外であるなど正当な理由がない限り、サービスの提供を拒否しません。

##### (2) ご利用者主体のサービスの選択と偏りのない事業所の選定

- ・ご利用者は、ケアプランに位置づ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ケアマネジャーに求めることや、そのサービスをケアプランに位置づけた理由の説明をケアマネジャーに求めることが可能です。

- ・事業者は、特定の事業所に偏ることが無いよう居宅サービス事業所を選定し、6か月間ごとにその割合を算出し保険者に報告する義務を負います。

(対象事業：訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・地域密着型通所介護)

##### (3) サービスの終了

ご利用者のご都合で終了する場合	ご利用者は、7日間の予告期間において連絡をすることにより、契約をやめることができます。
事業者の都合で終了する場合	事業者は、サービスの提供を続けることが困難になるなどやむを得ない事情がある場合、ご利用者に対して、一ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で連絡することにより、契約をやめることができます。 事業者は、ご利用者が事業者やケアマネジャーに対して契約を継続しがたいほど重大な背信行為を行った場合、文書で連絡することにより、直ちに契約をやめることができます。
自動的に終了する場合	次の①から④の場合は、契約は自動的に終わります。 ① ご利用者が、介護保険施設に入所された場合 ② ご利用者の要介護認定区分が、要支援または非該当と認定された場合 ③ ご利用者が、死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合 ④ 一年以上居宅サービスのご利用がない場合（再契約が必要です）

#### 5 当事業所の居宅介護支援の特徴等

##### (1) 事業の目的および運営の方針

運 営 の 方 針	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 介護を必要とされる方の精神面・身体面・社会面、そして希望を把握する事により、その方に適したサービスを受けられる事が出来るよう援助いたします。</li> <li>② 要介護者のみに視点を合わせるのではなく、ご家族や介護をされる方の精神面・身体面・社会面も把握する事により介護者にも適切な援助・指導を行います。</li> <li>③ 地域に介護保険や高齢者ケアの情報の普及に努めます。</li> <li>④ 職員は積極的に研修に参加し、介護を必要とされる方やそのご家族に情報提供すると共に、適したケアが提供出来るよう自己研鑽に努めます。</li> </ul>
-----------	--

	⑤ 主治医に意見を求めると共にサービス事業所等から伝達されたご利用者の情報を適切に主治医等に報告し連携を図ります。
--	---

## 6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

ご意見等がありましたら、何でもご遠慮なく以下の相談窓口にご相談ください。  
相談苦情対応マニュアルにしたがって迅速に対応いたします。

### (1) 当事業所

苦情等相談受付窓口	窓口責任者 櫻井 直哉 渡辺西賀茂診療所 居宅介護支援事業所 TEL 075-493-5577 FAX 075-493-5584 受付時間 営業日の午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話・来所・文書など 苦情箱 当事業所玄関に設置
-----------	--

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

京都市 北区役所保健福祉センター 健康福祉部健康長寿推進課 高齢介護保険担当	所在地 〒603-8511 京都市北区紫野東御所田町33番地の1 電話 075-432-1366 FAX 075-432-1590 受付時間 午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日は除く)
京都市 上京区役所保健福祉センター 健康福祉部健康長寿推進課 高齢介護保険担当	所在地 〒602-8511 京都市上京区今出川通室町西入掘出シ町285番地 電話 075-441-5106 FAX 075-441-0180 受付時間 午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日は除く)
京都市 左京区役所保健福祉センター 健康福祉部健康長寿推進課 高齢介護保険担当	所在地 〒606-8511 京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7-2 電話 075-702-1069 FAX 075-702-1316 受付時間 午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日を除く)
京都府 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係	所在地 〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620 番地 COCON烏丸 内 電話 075-354-9090 (窓口直通) FAX 075-354-9055 受付時間 午前9時00分～午後5時00分 (土・日・祝日を除く)

## 7 守秘義務

- (1) 事業者、ケアマネジャー、事業所の従業員その他事業にたずさわる者は、利用者にサービスを提供する時に知り得た利用者およびその家族に関する個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- (2) 事業者は、利用者から事前に文書（居宅介護支援における個人情報使用同意書）で同意をもらわない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者の家族から事前に文書（居宅介護支援における個人情報使用同意書）で同意をもらわない限り、サービス担当者会議等において、利用者の家族の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、従業員に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるために、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

## 8 緊急発生時の対応

サービス提供中に利用者の病状の変化等にて、緊急事態が発生した場合は速やかにご家族ならびに医療機関等に連絡をとります。

## 9 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、緊急時・事故発生マニュアルに沿って対応し、ご家族、担当市区町村に連絡を取り必要な処置を行います。  
また、事故原因を追究し再発防止の為の対策を行います。
- (2) 事故により発生した損傷については、協議のうえ速やかに損害賠償に応じます。

## 10 サービスに当たっての留意事項

- (1) サービス利用の際には介護保険被保険者証と介護保険負担割合証を提示してください。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所へお知らせください。
- (2) 居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当ケアマネジャーの氏名と当事業所の連絡先を入院先医療機関にお知らせください。
- (3) あなたを担当するケアマネジャーは、事業者のやむを得ない事由で変更することがあります。その場合は事前に連絡をいたします。  
また、ご利用者の希望でケアマネジャーを変更することができます。

## 11 訪問時のお願い

- (1) お茶菓子等、お心づけはお気持ちのみお受けいたします。
- (2) 訪問の際は、ペットをゲージやリードに繋ぐなどのご配慮をお願い致します。ペットの屋外飛び出しやトラブルを防ぐことを目的と致します。

## 12 ハラスメント行為について

ハラスメント行為等により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。

### (1) パワーハラスメント

怒鳴る、叩く、蹴るなどの身体的攻撃、人格を否定するような発言をする精神的攻撃

### (2) セクシャルハラスメント

性的及び身体上の事柄に関する不必要な質問、言動。身体への接触、わいせつな行為、画像の閲覧

### (3) カスタマーハラスメント

- ・職員に対して行う恫喝、恐喝、土下座の要求、金銭の要求、謝罪文の要求、大きな声を上げる、物を叩く、投げつける、呼び出す、居座る、誹謗中傷などの迷惑行為の禁止。
- ・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等に掲載する行為の禁止。（個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意が必要）

## 13 身体拘束の適正化

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、下記の通り、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合は事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、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について記録します。

1. 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事が考えられる場合
2. 非代替性：身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を防止する事ができない場合
3. 一時性：利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く

## 14 虐待防止に関する対策

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために虐待防止委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（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。

## 15 感染症の予防及びまん延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。また、新たな感染症発生時に対しては、業務継続計画に基づいて対応します。

### 13 サービスの質の向上に対する取り組み、情報公開について

#### 介護サービス第三者評価受診状況

第三者評価実施の有無 : 有

実施した直近の年月日 : 2022年11月16日

実施した評価機関の名称 : 一般社団法人 京都府介護福祉士会

評価結果開示方法 : 京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構にて公表

当事業所はサービスの提供にあたり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日 令和 年 月 日

事業者 所在地 京都市北区大宮南田尻町59

名称 医療法人 社団 都会  
渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所  
(事業者番号 2610105278)  
代表者名 理事長 渡辺康介

説明者 担当介護支援専門員 氏名

私は、この重要事項説明書により、当事業所の居宅介護支援についての重要な事項の内容を理解致しました。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者 住所  
氏名

#### 署名代行者

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。

住所

氏名

(家族) 住所

氏名