指定居宅介護支援　重要事項説明書

１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電　話　　047-404-7901　　（午前９時から午後５時まで）
担　当　　三浦　征嗣　　※ご不明な点は、お気軽におたずねください。

２．小室在宅支援センター南生苑の概要

居宅介護支援の指定事業所番号およびサービス提供地域

事業所名	小室在宅支援センター南生苑
所在地	千葉県船橋市小室町３３１９－２
介護保険指定事業所番号	居宅介護支援事業　　１２７０９１０４４９号
サービスを提供する地域	千葉県船橋市及び近隣市

事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容
管理者	１名	０名	事業所の管理 居宅介護支援
介護支援専門員	２名以上 (管理者含む)	０名	居宅介護支援

営業時間

月曜日～金曜日	午前９時～午後５時
◎休業日及び時間外は、転送・転送先番号案内・留守番電話で 24 時間対応いたします。	

＊◎土日・祝日および年末年始は事業所としての通常の営業時間外（休業）となりますが、緊急時の連絡については、転送電話等により 24 時間体制で対応いたします

３．居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容　［船橋市の場合］

①依頼を受けた事業所の介護支援専門員が、適切な方法（課題分析）により利用者が現在、抱える問題点等を明確にし、利用者や家族のご希望を取り入れた《居宅サービス計画》を作成し、利用者に提示いたします。

②《居宅サービス計画》を作成した事業所は、《居宅サービス計画》に基づいた《サービス利用票・別表》を作成し利用者にお渡しします。

③『介護保険被保険者証』と《サービス利用票・別表》を利用予定(月単位)のサービス提供事業所に提示することにより、サービスを利用することができます。

＊《居宅サービス計画》は利用者ご自身、家族で作成することも可能です。その際には船橋市・介護保険課へご相談下さい。

④文書で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による保存や対応等をさせて頂く場合があります。

４．介護サービスについて

利用者は、居宅サービス計画等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できます。また、当該事業所を介護サービス計画等に位置付けた理由の説明を求めることができます。

５．医療機関との連携

利用者及びその家族は、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、居宅介護支援事業所の職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お願い致します。

※入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。

６．利用料金

◎種　類

利用料(居宅サービス計画料)

要介護認定を受けられた利用者の利用料金は次の表の通りです。但し介護保険制度から全額給付されるので自己負担金はありません。

保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、１ヵ月につき一律下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書を後日、船橋市・介護保険課の窓口に提出しますと全額払い戻しを受けられます。

要介護度	利用料金
要介護度１・２	￥１１，７７２
要介護度３・４・５	￥１５，２９５

所定の要件を満たした場合、次の表の通り加算料金を頂きます。加算料金も介護保険制度から全額給付されるので自己負担金はありません。

加算項目	利用料金
初回加算	￥３，２５２
特定事業所加算Ⅰ	￥５，６２５
特定事業所加算Ⅱ	￥４，５６３
特定事業所加算Ⅲ	￥３，５０１
特定事業所加算Ａ	￥１，２３１
特定事業所医療介護連携加算	￥１，３５５
入院時情報連携加算Ⅰ	￥２，７１０
入院時情報連携加算Ⅱ	￥２，１６８
退院・退所加算（カンファレンス参加無１回目）	￥４，８７８
退院・退所加算（カンファレンス参加無２回目）	￥６，５０４
退院・退所加算（カンファレンス参加有１回目）	￥６，５０４
退院・退所加算（カンファレンス参加有２回目）	￥８，１３０
退院・退所加算（カンファレンス参加有３回目）	￥９，７５６
通院時情報連携加算	￥　５４２
緊急時カンファレンス加算	￥２，１６８
ターミナルケアマネジメント加算	￥４，３３６
介護職員等処遇改善加算　所定単位数に加算率（2.1%）を乗じた額	

※介護報酬改定に伴い、厚労省の告示により利用料金および加算額が改定された場合改定後の告示に基づき変更されます。

７．サービスの利用方法

Ａ．サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。
契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

Ｂ．サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合
文書等でお申し出いただいた後、いつでも解約できます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合
利用者またはその身元引受人ないしご家族（内縁関係等の関係者を含む）が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を事業所に対してなし、事業所の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めるときは、利用者に対して、文書による通知によりこの契約を解除します。

③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
・利用者が介護保険施設に入所した場合。
・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援１，２及び非該当（自立）と認定された場合。＊この場合は地域包括支援センターとの契約になります。
・長期入院等の場合。
・その他、本契約に基づきサービス提供を継続することが不可能ないし著しく困難となる特段の事情があるとき。

④その他
利用者またはその家族によるハラスメント行為により、サービス提供の継続が著しく困難になった場合は、16 項（カスタマーハラスメントの防止）に基づき契約を解除することがあります

８．当事業所の居宅介護支援の特徴等

Ａ．運営の方針

①事業所の介護支援専門員は、要介護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、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総合的、効率的に提供される援助を行います。

②事業の実施にあたっては、関係市町村、他の指定居宅介護支援事業所、指定居宅サービス事業所、その他の者との連携に努め、常に利用者の立場にたって利用者に提供されるサービスが特定の種類、特定の事業所に著しく偏することのないよう、公正中立に行われるよう努めます。

Ｂ．居宅支援の実施概要等

居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境・要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともにサービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は当該施設等への紹介を行います。

９．秘密の保持

「居宅サービス計画」を作成する中で知り得たお客様やご家族の情報は、ご了解なしに他人に漏らすことはありません。なお、介護サービスが適切且つ円滑に提供されますよう、サービス事業者にお客様やご家族の情報を提供することがありますが、その場合には事前にご了解を頂きます。

１０．サービス内容に関する相談・苦情

お客様相談・苦情受付体制

当事業所の居宅介護支援に関するもの、及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

受付担当者：三浦　征嗣　　電　話：０４７（４０４）７９０１
解決責任者：桝川　裕博　　ＦＡＸ：０４７（４０４）７９０３

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

船橋市介護保険課　　電　話：０４７（４３６）２３０２
千葉県国民健康保険団体連合会苦情処理係　電　話：０４３（２５４）７４０７

１１．事故発生時の対応

①指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族に連絡を行い、必要な措置を講じます。
②損害賠償の責に帰すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

１２．虐待の防止のための措置に関する事項

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、 その結果について従業者に周知徹底を図ります。
②虐待の防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
④上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

１３．業務継続に向けた取り組み

事業所は感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行います。

１４．感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行います。

１５．身体拘束等の適正化

利用者又は、他の利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならない事とし、身体拘束等を行う場合には、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します。

１６．ハラスメント対策に関する事項(カスタマーハラスメント等の防止)

①カスタマーハラスメントへの対応方針:利用者やご家族等からの、社会通念上許容される範囲を超えた不当・過度な要求、暴言、暴力、脅迫、威圧的な言動、セクシャルハラスメント等に対しては、組織として毅然とした態度で対応いたします。
②相談体制・マニュアルの整備:従業者からの相談窓口を明確にし、事案発生時には速やかに管理者や法人本部が介入・事実確認を行い、適切な対応をとるための体制を整えています。
③重大な事案や改善が見込めない悪質なケースにおいては、契約書第 12 条第 2 項に基づき契約を解除させていただく場合や、警察等の関係機関へ通報・相談を行う場合があります。

１７．名称・法人種別

社会福祉法人　南生会
代表者役職・氏名　　理事長　　藤代　孝七
所在地／電話番号　　千葉県船橋市古和釜町４３０番地１／０４７（４５７）８６６０

営業所数等	介護保険施設（特別養護老人ホーム）	２ヵ所
	居宅介護支援事業	３ヵ所
	通所介護	３ヵ所
	短期入所生活介護	２ヵ所
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	１ヵ所
	在宅介護支援センター（船橋市委託事業）	１ヵ所
	地域包括支援センター（船橋市委託事業）	１ヵ所
	保育園	３ヵ所

１８．個人情報等の取扱いおよび各種同意事項

事業者、介護支援専門員、および従業者は、サービス提供上知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、円滑かつ適切な介護サービスを提供するため、以下の目的に必要な範囲において、事前に文書による同意を得た上で、個人情報、AI 技術、および録音データを活用・提供する場合があります。

1　個人情報の利用目的（第三者提供含む）

事業者は、利用者および身元引受人・家族の個人情報を、下記の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集します。
介護保険における介護認定の申請、更新、および区分変更手続きのため。
適切な居宅サービス計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議等での情報提供のため。
医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
利用者の服薬状況、口腔機能、心身・生活状況に係る情報のうち必要と認めるものを、主治の医師、歯科医師、または薬剤師に情報提供するため。
利用者が医療サービスの利用を希望している場合、および主治医などの意見を求める必要のある場合（意見を求めた主治医等に対してケアプラン等を交付することを含みます）。
事業所内でのカンファレンス、および行政が開催する評価会議、サービス担当者会議のため。
緊急を要する際の連絡、医療機関への搬送、または緊急対応のため。

2　AI 技術のケアプラン作成支援等における利用
事業者は、ケアマネジメントの質の向上、課題分析の高度化、および事務作業の効率化を図るため、適切なセキュリティが担保された AI 活用したケアプラン作成支援システムに、利用者の状態等の情報（適切な暗号化や秘匿化を施したもの）を入力し、分析・参照する場合があります。なお、AI の提案はあくまで補助であり、最終的なケアプランの内容は介護支援専門員が専門的判断に基づき、利用者・家族と協議の上で決定します。

3　面談・電話の録音および録画の取扱い
事業者は、利用者や家族との面談、訪問時の聞き取り、または電話対応の際、聞き漏らしや誤解の防止、正確なサービス提供記録の作成、トラブル発生時の事実確認、および従業者へのハラスメント防止を目的として、対応内容を録音または録画する場合があります。取得したデータは事業所内で厳重に管理し、目的外の利用や第三者への開示は一切行いません（法令に基づく場合を除く）

重要事項説明・各種同意の確認

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、その内容を了承いたしました。また、個人情報の取扱い、AI 技術の利用、および録音等の取扱いについて、それぞれ以下の通り意思表示を行い、同意します。
※各項目の該当する「□」にチェック（✔）をご記入ください。AI および録音については、「同意しない」を選択された場合でも、不利益を被ることはなく、通常通りサービスを提供いたします。

確認・同意項目	利用者の 意思表示欄
① 重要事項説明の受領・了承 上記 1～17 項に定めるサービス内容、料金、苦情窓口等の説明を受け、了承しました。	□ 了承する
② 個人情報の第三者提供・使用への同意 上記 18(1)項に定める利用目的の範囲内で、必要最低限の範囲において個人情報を使用・提供することに同意します。	□ 同意する
③ AI（人工知能）技術のシステム利用への同意 上記 18(2)項に定める、ケアプラン作成支援等のための AI システムへのデータ入力・分析利用に同意します。	□ 同意する □ 同意しない
④ 面談・電話の録音および録画への同意 上記 18(3)項に定める、正確な記録作成やトラブル防止を目的とした録音・録画の実施に同意します。	□ 同意する □ 同意しない

説明日・同意日：令和　　年　　月　　日

居宅介護支援の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業所　所在地　　千葉県船橋市小室町３３１９－２

名　称　社会福祉法人南生会　小室在宅支援センター南生苑

説明者　所属　　小室在宅支援センター南生苑

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、契約書及び本書面により、事業所から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受けました。

利用者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※自署の場合は押印省略可