

居宅介護支援

契約書別紙（兼重要事項説明書）

利用者に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、香川県条例の規定に基づき、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社moon
主たる事務所の所在地	〒761-8071 高松市伏石町 2005-9
代表者（職名・氏名）	代表取締役 三步 祝子
電話番号	087-899-5508

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	アシスト・ケア東高松	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒760-0062 香川県高松市塩上町 7 番地 2 TBNC3B	
電話番号	080-6372-6196	
指定年月日・事業所番号	令和 3年2月1日指定	3770110918
管理者の氏名	鎌田 暁子	
通常の事業の実施地域	高松市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、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。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。 また、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、利用者の意向を尊重し、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、

	<p>総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。</p> <p>尚、事業所決定については、利用者の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行い、利用者およびその家族から複数の指定居宅サービス事業所の紹介を求めることができます。また居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について、求めることができます。それについては丁寧に説明します。居宅サービス事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。</p>
--	--

4. 提供するサービスの内容

- 利用者の自宅を訪問し、心身の状態を適切な方法により把握の上、利用者やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- 利用者の居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、利用者とそのご家族、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します。
- 必要に応じて、利用者と事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス提供事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- 利用者の要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- 利用者が介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。
- 病院又は診療所に入院する必要がある場合、担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を病院又は診療所にお伝えください。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日までとする。 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時までとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	員 数		
	常勤	非常勤	計
介護支援専門員	2人	人	2人

7. サービス利用等割合

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、別紙の通りです。

8. 利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、利用者の自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金をお支払いいただきます。

9. 交通費

通常の事業の実施地域を超えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、その実費をお支払いいただきます。なお、自動車を使用した交通費は、その額を徴収致します。

①実施地域を超えた地点から、片道1キロメートル未満 100円

②実施地域を超えた地点から、片道1キロメートル以上 100円/km

なお、交通費の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して文書で説明をした上で、支払いに同意する旨に文書に署名（記名押印）を受けることとします。

10. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、市町村、関係機関等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 高齢者虐待防止措置

全ての利用者の人権擁護、虐待の発生又は再発防止するために、委員会の開催、研修の実施等義務づけています。

12. 感染症及び自然災害における業務継続計画

感染症や自然災害が実施地区で発生した場合において、サービス提供を継続するために実施事項を定め平時から円滑に実施できるようにします。

13. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

苦情相談窓口	電話番号080-6372-6196
担当者：鎌田 暁子	面接場所 当事業所の相談室

(2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	高松市介護保険課	電話番号087-839-2326
	香川県国民健康保険団体連合会	電話番号087-822-7435

14. 秘密保持

介護支援専門員は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。

なお、介護支援専門員が従業者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に従業者との雇用契約の内容に含み遵守いたします。

15. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者職種 介護支援専門員 氏名 _____ 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 _____ 印

利用者は、心身の状況等により署名が出来ない為、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって署名を代行します。

(署名代行者) 住所

氏名 _____ 印

本人との続柄

事業者 〒761-8071 香川県高松市伏石町 2005-9

法人名 株式会社 moon

代表者 代表取締役 三歩 祝子 _____ 印