

# 豊田ゆうあいの里 居宅介護支援事業所 福田事業所

## 重要事項説明書

当事業者が提供する居宅介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

#### (1) 名称など

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人遠州中央福祉会         |
| 所在地    | 〒438-0818 磐田市下万能700番地 |
| 電話番号   | 0538-39-3370          |
| 代表者職   | 理事長                   |
| 代表者氏名  | 元場 博哉                 |

|            |                        |
|------------|------------------------|
| 事業所の名称     | 豊田ゆうあいの里居宅介護支援事業所福田事業所 |
| 事業所の所在地    | 〒437-1209 磐田市南島529     |
| 介護保険事業所番号  | 2276900368             |
| 指定年月日      | 平成22年 4月 1日            |
| 交通の便       | 遠州鉄道 磐田市福田支所停留所        |
| 通常の事業の実施地域 | 磐田市、袋井市                |

#### (2) 職員の概要

令和8年7月1日現在

|         |          |
|---------|----------|
|         | 職員数      |
| 管理者     | 1人（常勤兼務） |
| 介護支援専門員 | 3人       |

#### (3) 営業日及び営業時間

| 営業日     | 営業時間             | 休日                                      |
|---------|------------------|-----------------------------------------|
| 月曜日～金曜日 | 8時30分～<br>17時30分 | 国民の祝日に関する法律に規定する休日。<br>1月2日、1月3日、12月31日 |

### 2. 居宅介護支援の概要

#### 居宅介護支援の内容

| 項目           | 内容・方法等                                                                                                                                                                       |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居宅介護支援事業所の選択 | 当居宅介護支援事業所に限らず、居宅介護支援を依頼する事業所を複数より一か所を選択することができます。                                                                                                                           |
| 要介護認定等の申請代行  | 要介護者等の依頼を受けて実施します。                                                                                                                                                           |
| 居宅サービス計画の作成  | 要介護者等の依頼を受けて介護支援専門員が作成します。<br>利用者は、複数の居宅サービス事業所等を紹介するよう求めることができます。また、サービス事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。<br>ケアプランに基準の回数以上の訪問介護を位置付ける場合は、その利用の妥当性を検討し、ケアプランに必要な理由を記載し、市町へ届け出ます。 |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居宅サービス計画作成後の管理<br>(居宅サービス計画の変更等) | 居宅サービス事業者との連絡を継続的に行うことにより、利用者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| サービス事業者等との連絡調整                   | 居宅サービス計画に基づく居宅サービスの提供が確保されるよう、居宅サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 介護保険施設への紹介                       | 利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難と認められる場合又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合は、利用者に介護保険施設を紹介します。また利用者が介護保険施設からの退所を希望する場合は、居宅における生活に円滑に移行できるよう、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、計画的に居宅サービス計画を作成します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| その他                              | <p>①利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスの利用を希望する場合は、主治医の意見を求めるものとし、主治医の指示がある場合に限り、居宅サービスを位置づけるものとします。また、医療系のサービス以外の居宅サービスを位置づける場合は、主治医の留意点があれば、その留意事項を尊重します。そして、この意見を求めた医師に対してケアプランを交付します。</p> <p>②訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネージャーが把握した利用者の状態等について、利用者の同意を得て、主治の医師、歯科医師、薬剤師へ必要な情報伝達を行います。</p> <p>③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、ケアマネージャーの氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に依頼します。</p> <p>④契約書第10条の規定に基づく公正中立性の確保について、過去6か月の当事業所で作成したケアプランに位置付けたサービス事業者をホームページ上に公表します。</p> <p>⑤災害、感染症拡大等により、通常の居宅介護支援事業が遂行できない場合、臨時的に同法人内の居宅介護支援事業所が事業を代行し、必要な情報を共有します。</p> <p>⑥ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加します。</p> <p>⑦必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成します。</p> |

### 3. 利用料金

#### (1)基本料金

| 要介護度     | 利用料       |
|----------|-----------|
| 介護度1・2   | 1,086単位/月 |
| 介護度3・4・5 | 1,411単位/月 |

## (2)加算料金

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 初回加算            | 300単位／月         |
| 特定事業所加算（Ⅱ）      | 421単位／月         |
| 特定事業所加算（Ⅲ）      | 323単位／月         |
| 退院・退所加算（Ⅰ）イ     | 450単位／回         |
| 退院・退所加算（Ⅰ）ロ     | 600単位／回         |
| 退院・退所加算（Ⅱ）イ     | 600単位／回         |
| 退院・退所加算（Ⅱ）ロ     | 750単位／回         |
| 退院・退所加算（Ⅲ）      | 900単位／回         |
| 入院時情報連携加算（Ⅰ）    | 250単位／月         |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ）    | 200単位／月         |
| 通院時情報連携加算       | 50単位／月          |
| 特定事業所医療介護連携加算   | 125単位／月         |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 200単位／回         |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 400単位／月         |
| 特定事業所集中減算       | －200単位／月        |
| 介護職員等处遇改善加算     | 所定の単位数の2.1％加算/月 |

※ 厚生労働大臣が定める基準に則り、特定事業所加算（Ⅱ）もしくは特定事業所加算（Ⅲ）の加算を算定し、更に基準を満たした場合に、特定事業所医療介護連携加算の算定もされます。

※ 磐田市及び袋井市は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数に10.21円を乗じた金額となります。

原則としてあなたには利用料を請求しません。

ただし、あなたの被保険者証に支払方法変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスを償還払いとする旨の記載）があったときは、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただきます。

この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口へ提出して、払い戻しを受けてください。

| 要介護度     | 利用料                                |
|----------|------------------------------------|
| 介護度1・2   | 11,088円                            |
| 介護度3・4・5 | 14,406円                            |
| 初回加算     | 3,063円                             |
| その他の加算   | 上記（2）料金表の単位数に10.21を掛けた金額（小数点以下切捨て） |

## (3)交通費

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| サービスを提供する通常の実施地域にお住まいの方                                                                                   | 無料 |
| 上記以外の地域にお住まいの方は、介護支援専門員があなたを訪問するための交通費を支払っていただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は片道1Km25円とする。ただし、徴収金額は実施地域を越えた部分のみとする。 |    |

## (4)支払方法

あなたが依頼の取消し等で当事業者に料金を支払うこととなる場合の支払い方法については月ごとの精算とします。請求金額を通知いたしますので、現金にてお支払いください。

#### 4. サービスの終了について

##### (1)あなたのご都合でサービスを終了する場合

あなたはいつでも契約を解除できますが、次の場合には、解約料をいただきます。

|                                       |                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| ①契約後、居宅サービス計画作成段階途中で、あなたの申し出により解約した場合 | 介護度 1・2 の方は 11,088 円<br>介護度 3・4・5 の方は 14,406 円 |
| ②市町村への介護サービス計画の届出終了後に解約した場合           | 解約料はかかりません。                                    |
| ③その他解約により当事業者に不測の損害を生じさせる場合           | ①に準じた解約料                                       |

この他、当事業者は、あなたがこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるときは、直ちにこの契約を解約することができます。

##### (2)当事者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情によりこのサービスの提供を終了させていただく場合がございます。この場合は、サービスの提供終了 1ヶ月前までに文書であなたに通知するとともに、他の居宅介護支援事業者等に関する情報をあなたに提供します。

##### (3)自動終了

次の場合には、自動的にサービスを終了します。

- ①あなたが介護保険施設に入院又は入所した場合
- ②あなたの要介護認定区分が要支援又は非該当（自立）と認定された場合
- ③あなたが亡くなった場合

#### 5. その他守って頂きたいこと

(1)事前に居宅介護支援事業者を通じて調整を行わずに居宅サービス計画外のサービスを受けた場合は、居宅介護支援事業者にその旨連絡して下さい。

(2)計画対象期間中に被保険者証の記載内容に変更が生じた場合、要介護認定の申請を行った場合（①新規申請〔再度申請を含む〕②区分変更申請③種類変更）、各種の減免に関する決定等に変更が生じた場合、生活保護・公費負担医療の受給資格を取得または喪失した場合については、速やかに居宅介護支援事業者に連絡して下さい。

(3)居宅サービス事業者やサービス種類が、居宅サービス計画と異なることとなる場合には、居宅介護支援事業者にその旨連絡して下さい。

(4)居宅サービス計画に記載されている短期入所生活介護の利用にあたっては、利用前に居宅介護支援事業者にその旨連絡すること。なお、やむを得ず連絡なしに利用した場合も、遅くとも月末までには連絡して下さい。

(5)居宅介護支援事業者への上記の連絡を行わなかった場合は、法定代理受領の取り扱いができずに利用者が費用を立て替えなければならなくなり、支払いまでに日時を要することとなります。

#### 6. 事故発生時の対応

サービス提供時により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 7. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との誓約書の内容としています。

## 8. 苦情処理

あなたは、当事業者の居宅介護支援及び当事業者が作成した居宅サービス計画に基づいて提供しているサービスについて、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

(1)苦情相談窓口 電話番号 0538-55-3186

(2)苦情受付担当者 中野真理子

(3)苦情処理責任者 鈴木 康成

(4)市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

|               |     |                |                     |
|---------------|-----|----------------|---------------------|
| 市 町 村<br>担当窓口 | 磐田市 | 磐田市健康福祉部高齢者支援課 |                     |
|               |     | 電話番号           | 0 5 3 8－3 7－2 7 8 9 |
|               | 袋井市 | 袋井市保険課         |                     |
|               |     | 電話番号           | 0 5 3 8－4 4－3 1 5 2 |
| 国民健康保険団体連合会   |     | 担当窓口           | 介護保険課（苦情専用）         |
|               |     | 電話番号           | 0 5 4－2 5 3－5 5 9 0 |

(5)当事者間で処理しがたい苦情やあなたが直接苦情を申し立てがたい場合には、第三者委員に苦情を申し立てることができます。

第三者委員

- ・ 横井俊二 電話番号 0539-62-4511
- ・ 藤田正利 電話番号 0538-34-1568
- ・ 大野浩幸 電話番号 090-5459-7056

(6)不特定の利用者に対する福祉サービスの提供に関する申し立てや障害者福祉施策に関する苦情の申し立てなど法人の段階で解決が困難な苦情については、静岡県社会福祉協議会が設置する静岡県福祉サービス運営適正化委員会（静岡県静岡市葵区駿府町 1-70 電話 054-653-0840）を紹介いたします。

### (7)苦情処理体制

①苦情があった場合は、直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に行くなどして事情を聞き、苦情内容を確認し、苦情受付書に記載します。

②苦情受付担当者は、苦情受付書により苦情処理責任者に報告します。

③苦情処理責任者は、苦情受付担当者から報告を受けた事案について苦情申出人と話し合い、その解決にむけ、苦情処理実施要綱の決定に基づき苦情処理委員会を開催します。

④委員会の結果に基づき苦情申出人に対して苦情処理結果報告書により報告し、理解を求めるとともに再発防止に役立てます。

⑤苦情受付担当者は、苦情についての解決、改善記録を苦情受付整理簿に記載します。

⑥第三者委員は、苦情受付担当者から苦情受付受理報告書を受理した場合及び苦情申出人から苦情を直接受理した場合は、苦情内容を確認し、事情聴取を行い、状況把握の調査を行います。

⑦第三者委員は、苦情申出人と話し合い、その解決にむけ、苦情処理第三者委員設置規程に基づき第三者委員会を開催します。

⑧委員会の結果に基づき苦情申出人に対して苦情処理結果報告書により通知します。

## 9. 緊急時及び休日・営業時間外の対応方法

### ・営業時間内の連絡先

| 担当窓口                       | 連絡先電話番号      |
|----------------------------|--------------|
| 豊田ゆうあいの里<br>居宅介護支援事業所福田事業所 | 0538-55-3186 |

### ・休日・営業時間外の連絡先

| 担当     | 連絡先電話番号       |
|--------|---------------|
| 中野真理子  | 080-6974-7662 |
| 浅野淑子   | 080-6974-7661 |
| 渡瀬 絵里香 | 090-9266-8005 |

## 10. 業務継続計画の策定等について

- (1)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2)職員に対し、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 to 実施します。
- (3)定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 11. 感染症の予防及びまん延防止

事業所は、感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

- (1)感染症の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会をおおむね 3 ヶ月に 1 回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- (2)感染症及びまん延の防止のための指針の整備をします。
- (3)感染症及びまん延の防止の為の研修会及び訓練を定期的 to 実施します

### 12. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1)事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- (2)事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (3)当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。
- (4)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

虐待防止責任者：豊田ゆうあいの里施設長

虐待防止担当者：管理者

### 1 3. 研修について

事業所は、全ての介護に携わる職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、職員の資質向上を図るための研修機会を次のとおり設け、職員が参加出来るよう、業務体制を整備します。

①採用時研修：採用後12ヶ月以内      ②継続研修：年1回以上

### 1 4. ハラスメント対策

事業者は、働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1)事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2)ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3)職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4)ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

### 1 5. 地域との連携等

事業所は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(事業者)

居宅介護支援の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 \_\_\_\_\_ 磐田市南島 5 2 9

名称 \_\_\_\_\_ 豊田ゆうあいの里居宅介護支援事業所福田事業所

説明者 \_\_\_\_\_

(利用者)

この説明書により、居宅介護支援に関する重要事項の説明を受けました。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄

※代理人本人の直筆署名でない場合は押印が必要となります。

令和8年7月14日改定



# 社会福祉法人 遠州中央福祉会 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## (1) 使用する目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のため
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用・業務の維持にかかわる管理運営のため
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤学生及び資格取得のための実習へ協力する場合
- ⑥介護保険、健康管理、国民年金、国民健康保険、後期高齢者医療に係る個人番号関係の事務手続きが必要な場合

## (2) 使用に当たっての条件

- ①個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

## (3) 使用する期間

契約締結日から遠州中央福祉会介護保険サービスの契約終了日までの間とする。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

(ご家族) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※代理人本人・ご家族本人の直筆署名でない場合は押印が必要となります。

## ◆肖像権について

当法人のホームページ・SNS・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきまして以下を○で囲んでください。

・ 同意する

・ 同意しない

令和6年10月1日改定