



指定居宅介護支援に関する重要事項説明書

指定居宅介護支援の提供開始（変更）にあたり、契約書第1条2項に定める指定居宅介護支援のサービス（以下「居宅介護支援サービス」といいます。）の内容に関する重要事項を以下のとおり説明します。

1 事業所の概要

事業所の名称	社会福祉法人京都福祉サービス協会西京ケアマネステーション
介護保険指定番号	居宅介護支援事業所 2674000795
所在地	〒615-8076 京都市西京区桂下豆田町14番地7
連絡先	電話番号 075-382-1919 FAX番号 075-393-0765
通常の事業の実施地域	西京区

当法人は、市内に多数の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所、施設を有し、事業を実施しています。
上記の実施地域以外の方もお気軽にご相談ください。

2 事業所の職員体制

職種	職務内容	勤務体制
管理者	介護支援専門員等の管理、利用の申込にかかる調整等	1名
介護支援専門員	介護保険制度に関する相談受付、居宅サービス計画の作成等	6名以上 (内1名、管理者兼務)
事務員	介護支援専門員の補助業務	0名

3 職員研修体制

当法人では、職員の資質向上のため以下の研修を計画的に実施し、質の高い居宅介護支援サービスの提供に努めています。

＜研修の内容＞

職業倫理、人権擁護、虐待防止、アセスメント（ご利用者のサービスの希望及び解決すべき課題の把握）、居宅サービス計画作成、モニタリング（居宅サービス計画の実施状況とご利用者の実態の把握）、技術、対人援助技術、苦情クレーム対応、疾病の理解及び外部研修への参加。



4 事業所の営業日・営業時間

営業日		年末年始（12月29日から1月3日まで）を除く毎日
営業時間	平日	午前8時30分から午後7時00分まで
	土・日・祝休日	午前8時30分から午後5時30分まで

営業時間帯以外は留守番電話にてご用件を承っています。

また、営業時間帯以外での緊急のご相談については、携帯電話（080-5775-8849）にて承っています。

5 利用料金

（1）居宅介護支援サービスにかかる料金

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から費用（居宅介護支援費）が全額支給されますので自己負担はございません。

なお、介護保険料の滞納等により、上記費用が事業所に直接支払われない場合があります。その場合は、下記のご利用料金表に基づき、費用の全額を一旦、ご利用者から当事業所にお支払いいただくこととなります。お支払い後、当事業所から居宅介護支援サービス提供証明書を発行いたしますので、介護保険料納付後、この居宅介護支援サービス提供証明書を各区役所の窓口に提出されると、全額払い戻しを受けられます。

【参考】利用料金表

① 居宅介護支援費

区分	介護支援専門員1名あたりの取扱件数	要介護1・2	要介護3・4・5
I (i)	45件未満	11,620円／月	15,097円／月
I (ii)	45件以上60件未満	5,820円／月	7,532円／月
I (iii)	60件以上	3,488円／月	4,515円／月

※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住するご利用者又は当事業所における1か月当たりのご利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住するご利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額から5%減算されます。

② 加算料金

加算名	内容	加算額
初回加算	新規で居宅サービス計画を作成した場合に対象になります。 (2か月以上居宅介護支援サービスを提供していない場合、要支援から要介護に移行した場合又は要介護状態の区分に2段階以上の変更があった場合も含まれます。)	3,210円
特定事業所加算（Ⅱ）	当事業所は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届け出ており、全てのご利用者が対象になります。	4,504円／月
入院時情報連携加算（Ⅰ）	ご利用者が入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員にご利用者にかかる必要な情報を提供した場合に対象になります。	2,675円



入院時情報連携加算(Ⅱ)	ご利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員にご利用者にかかる必要な情報を提供した場合に対象になります。	2,140円
退院退所加算(Ⅰ)イ	ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報をカンファレンス以外の方法により1回受けている場合に対象になります。	4,815円
退院退所加算(Ⅰ)ロ	ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報をカンファレンスにより1回受けている場合に対象になります。(※)	6,420円
退院退所加算(Ⅱ)イ	ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報をカンファレンス以外の方法により2回以上受けている場合に対象になります。	6,420円
退院退所加算(Ⅱ)ロ	ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報の提供を2回受けしており、うち1回以上はカンファレンスによる場合に対象になります。(※)	8,025円
退院退所加算(Ⅲ)	ご利用者の退院又は退所にあたり当該病院、診療所又は介護保険施設等の職員からご利用者にかかる必要な情報の提供を3回以上受けしており、うち1回以上はカンファレンスによる場合に対象になります。(※)	9,630円
緊急時等居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要なサービスの利用調整を行った場合に対象になります。	2,140円
ターミナルケアマネジメント加算	在宅で死亡したご利用者に対して、終末期の医療やケアに関するご利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、ご利用者又はその家族の同意を得て、ご利用者の居宅を訪問し、ご利用者の心身の状態等を把握し、主治医や居宅サービス事業者へ情報提供した場合に対象になります。	4,280円
通院時情報連携加算	ご利用者の同意を得た上で医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師にご利用者の心身の状況や生活環境の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師からご利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に対象になります。	535円／月

(※) 退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加することが要件になります。

(2) その他の料金

- 居宅介護支援サービス提供の記録の複写物1枚につき白黒10円、カラー50円をいただきます。
- 事業所の概要に記載している通常の事業の実施地域を超えて事業を実施する場合に要した交通費は、京都市域に居住するご利用者を除き、実施地域を超えた地点からの実費をいただきます。



- その他必要な実費をいただく場合があります。

6 居宅介護支援サービスの提供にあたっての留意事項

- (1) ご利用者が医療系サービスの利用を希望されている場合等は、ご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」といいます。）の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対して居宅サービス計画を交付します。
- (2) 居宅サービス事業者等から伝達されたご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介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師等や薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- (3) ご利用者に対し、ご利用者は居宅サービス計画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あることを説明します。なお、必要に応じて家族にも説明します。
- (4) 障害福祉サービスを利用してきた障害のある方が介護保険サービスを利用していただきやすいよう、特定相談支援事業者との連携に努めます。
- (5) サービス利用の際には、介護保険被保険者証のご提示をお願いします。また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに当事業所にお知らせください。
- (6) 居宅介護支援サービスの提供の開始後に入院された場合は、担当する介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を入院先医療機関にお知らせください。
- (7) 介護支援専門員等への暴力又は乱暴な行為、暴言、セクシャルハラスメント等の著しい迷惑行為、不当、過度な要求等は固くお断りします。こういった行為があった場合は、居宅介護支援サービスの提供の中止や契約を解約する場合があります。
- (8) やむを得ない事由で担当の介護支援専門員を変更する場合は、事前にご連絡します。

7 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 当事業所は、ご利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成する「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切に取り扱います。
- (2) 事業所が得たご利用者及びその家族の個人情報については、居宅介護支援サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において用いる場合はそれぞれの同意を、あらかじめ文書により得るものとします。

8 緊急時及び事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、ご利用者に対する居宅介護支援サービスの提供に起因して緊急事態及び事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族等への連絡、必要な措置を行うとともに、京都市や他の市町村（保険者）、関係サービス提供事業所への報告を行います。また、事故については、原因の解明及び再発を防ぐための対策を講じます。
- (2) 当事業所は、居宅介護支援サービスの提供に起因して、当事業者の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。



9 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、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定めています。虐待防止に関する責任者：事務所長
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) 居宅介護支援サービスの提供中に、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ご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。

10 身体的拘束等の禁止について

- (1) 当事業者は、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」といいます。）を行いません。
- (2) 当事業所は、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

11 居宅介護支援サービスの内容に関する相談・苦情

居宅介護支援サービスの内容に関するご相談や苦情等は、担当の介護支援専門員又は管理者にご遠慮なくご相談ください。迅速かつ適切に対応いたします。ご利用者にとって不利な取扱いとなることはいたしません。

（文書や電話等でお受けします。）

また、当法人では、中立的・客観的な立場から、助言又は解決案の調整を行うことを目的に「苦情解決のための第三者委員会」を設置しています。当事者間での解決が難しい場合や、第三者委員会からの助言を必要とされるときは、下記宛にお申し出ください。

（1）事業所の管理者

[指定居宅介護支援事業所電話番号] 075-382-1919

[受付時間] 午前8時30分から午後5時30分まで

（2）苦情解決のための第三者委員会 相談窓口

[電話番号] 080-6227-7828

[受付時間] 午前10時から正午まで、午後1時から4時まで

（土・日曜日、祝休日及び12月29日から1月3日までを除きます。）

※ 電話にでることができない場合は、留守番電話に切り替わります。ご用件、お名前、電話番号をご伝言いただければ、後ほど委員よりご連絡申し上げます。

（3）文書等の郵送先及び苦情解決のための第三者委員会についての問合せ先

〒604-8872

京都市中京区壬生御所ノ内町39番5

社会福祉法人京都福祉サービス協会 苦情解決のための第三者委員会（事務局：経営企画室総務部）

[電話番号] 075-406-6335 [FAX番号] 050-3153-1502



[受付時間] 午前8時30分から午後5時まで
(土・日曜日、祝休日及び12月29日から1月3日までを除きます。)

委員長等	氏名	役職等
委員長	壁 純一郎	(公社) 京都市児童館学童連盟監事、当協会監事
委員長職務代理者	梶 宏	(公財) さわやか福祉財団地域推進委員
委員	井上 基	(公社) 京都府介護支援専門員会監事、当協会評議員
委員	越野 稔	(公社) 認知症の人と家族の会京都府支部副代表
委員	辻 孝司	弁護士

※ 当法人以外に、各区役所・国民健康保険団体連合会等の公的機関にも相談・苦情の受付窓口があります。

窓口	電話番号
京都市西京区役所保健福祉センター（健康長寿推進課）	075-381-7638
京都府国民健康保険団体連合会	075-354-9090
京都府社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会	075-252-2152



年 月 日

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面を交付の上、重要な事項を説明し、居宅介護支援サービスの提供開始に同意を得ました。

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 京都福祉サービス協会

<所在地> 京都市中京区壬生御所ノ内町39番5

<代表者名> 理事長 宮路博

<説明者名> 介護支援専門員

私は、事業者からサービスについての本書面の交付及び重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご利用者は、身体の状況等により署名できないため、ご利用者本人の意思を確認の上、私が代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所 _____

氏 名 _____

(本人との関係: _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

(成年後見人 ・ 任意後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人)