

## 居宅介護支援 重要事項説明書 (例示)

<平成 年 月 日現在>

### 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	
代表者名	
所在地・連絡先	(所在地)  (電話) (FAX)

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	
所在地・連絡先	(所在地)  (電話) (FAX)
事業所番号	
管理者の氏名	

#### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数 (人)	職務の 内容等
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	非専従	専従	非専従		
管理者							
介護支援専門員							
事務職員等							

#### (3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	
------------	--

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(注) 客観的にその地域が特定されるよう表記すること。

(4) 営業日・営業時間等

営業日	平日	土曜日
営業時間	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇

※ 営業しない日： 日曜日・祝日・〇〇月〇〇日～〇〇月〇〇日

(注) 各事業所の営業日の実態に合わせ、わかりやすく記載のこと。

3 サービスの内容

- 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成等
  - ※ 課題分析（アセスメント）の実施
  - ※ サービス担当者会議の開催
  - ※ ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施
- 要介護等認定の申請に係る援助
- 給付管理業務
- ○○○○○

(注) 各事業所において、事業所の運営方針を踏まえ、わかりやすく記載のこと。

4 費用

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、利用者様は1か月につき料金表の利用料金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。

【料金表】

■居宅介護支援（地域区分 1単位：〇〇円）

区分		サービス単位	サービス利用料金	備考
居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護1・2	〇〇〇単位	〇〇〇〇円/月	介護支援専門員1人あたり利用者40人未満
	要介護3・4・5	〇〇〇単位	〇〇〇〇円/月	
居宅介護支援費（Ⅱ）	要介護1・2	〇〇〇単位	〇〇〇〇円/月	1人あたり利用者40人以上60人未満
	要介護3・4・5	〇〇〇単位	〇〇〇〇円/月	
居宅介護支援費（Ⅲ）	要介護1・2	〇〇〇単位	〇〇〇〇円/月	1人あたり利用者60人以上
	要介護3・4・5	〇〇〇単位	〇〇〇〇円/月	

加算項目	サービス単位	サービス利用料金	内容
初回加算	〇〇単位	〇〇〇円/回	
〇〇〇〇	〇〇単位	〇〇〇円/回	

※ 要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、自己負担はありません。

## ■交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、交通費の実費が必要となります。

なお、自動車等を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

通常の事業の実施地域を越えてから、片道〇〇キロメートル未満	〇〇〇円
通常の事業の実施地域を越えてから、片道〇〇キロメートル以上	〇〇〇円

## ■利用料等のお支払方法

毎月、〇〇日までに前月分の請求をいたしますので、〇〇日までに下記口座に振り込んで下さい。入金確認後、領収証を発行します。

現金支払い等支払い方法については、ご相談ください。

〇〇銀行〇〇支店 普通預金口座（口座番号〇〇〇〇〇〇〇〇） 口座名義〇〇〇〇〇〇
--

## 5 事業所の特色等

### (1) 事業の目的

### (2) 運営方針

### (3) その他

従業員研修を年〇〇回、〇〇〇の研修を行っています。

(注) 内容については、運営規程と整合を図り、各事業者において決定する事項です。
--

## 6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

### (1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 ○○○○ 受付時間 ○○：○○～○○：○○ 連絡先 電話 ○○○○－○○－○○○○ FAX ○○○○－○○－○○○○ 面接（当事業所○階相談室） 苦情箱 ○○に設置
宇治市健康長寿部介護保険課	受付時間：月曜日～金曜日（土日祝・年末年始（12月29日～1月3日を除く） 8：30～17：00 電話番号：0774－20－8731 FAX：0774－21－0406
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 電話番号：075－354－9090

（注）行政窓口については、通常の事業の実施地域にある全ての関係市区町村を記載のこと。

### (2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

○ ○ ○ ○ ○	※各事業所で定めている苦情処理の体制及び手順を記載してください。
-----------------------	----------------------------------

## 7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

## 8 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作

成した居宅介護支援事業者等、市町村及び京都府に連絡を行います。

## 9 個人情報の保護及び秘密の保持について

- ※ 事業所は、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した「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」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- ※ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護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、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

## 10 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

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要介護認定の有効期間）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。

### ■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	( )
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院（診療所）名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

### ■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、\_\_\_\_\_ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

当事業者はサービスの利用に当たり、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： 平成 年 月 日

事業者	所在地	
	事業者（法人）名	
	事業所名	
	事業所番号	
	代表者名	㊟

説明者	職名	
	氏名	㊟

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日： 平成 年 月 日

利用者本人	住所	
	氏名	㊟

(署名・法定)代理人	住所	
	氏名	㊟

※平成30年度報酬改定により、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプラン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等を説明することが義務づけられているため、「文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。」（厚生労働省Q&Aより）となっています。

したがって、重要事項説明書等と合わせて文書を作成する必要がありますのでご注意ください。