

重要事項説明書

厚生労働省令第38条第4条第1項の規定に基づき、当事業者の居宅介護支援の提供に関し、利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

法人名	株式会社 モルス
住所	札幌市中央区北6条西16丁目1番地5
代表者名	代表取締役 小林 隆聖
事業所名	ケアプランセンター モルス
所在地	札幌市中央区南8条西14丁目3番15号
連絡先	TEL 011-533-0174 FAX 011-533-0173
管理者名	須郷 敏典
事業者番号	0170103360
サービス種類	居宅介護支援
サービス提供地域	札幌市、石狩市花川地区、江別市大麻地区

(2) 職員の概要

職種	職員数	勤務形態	保有資格の内容
管理者	1人	常勤（兼務）	介護福祉士 介護支援専門員
介護支援専門員	1人 15人	常勤（兼務） 常勤（専従）	介護福祉士 介護支援専門員 ※主任介護支援専門員含む
介護支援専門員	1人	非常勤（専従）	介護福祉士 介護支援専門員

(3) 営業時間

平日	午前8:30～午後5:30
定休日	土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日

2. 居宅介護支援の概要

項 目	内 容、方 法 等
要介護認定等の申請代行	支援事業者は、利用者の要介護認定（要介護更新認定、要介護状態区分の変更認定、要支援認定、要支援更新認定及びサービス種類の変更を含み、以下「要介護認定等」と言います。）に係る申請について利用者の意思を確認した上で、自ら手続きを行うことが困難な方の申請代行等必要な援助を行います。
居宅サービス計画の作成	支援事業者は、利用者の心身の状況、その置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を考えて、居宅サービス計画を作成します。居宅サービス事業所については複数の事業所を紹介します。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能です。 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ケアプランを作成します。
居宅サービス計画作成後の管理 （居宅サービス計画の変更等）	利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画が利用者にとって適切に実施されているかを把握し、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、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。また、入院された際は医療機関との連絡調整を円滑に行うために、当事業所名及びケアマネジャーの氏名を医療機関へ伝えてください。
介護保険施設への紹介	介護支援専門員は、利用者がその居宅における日常生活が困難になったと認める場合、又は、利用者が介護保険施設へ入院または入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介等を行います。

3. 料金について

- ①料金は、原則として請求しません。（計画作成料は介護保険より 100%給付の対象です）
ただし、利用者の被保険者証に支払方法変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、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た金額をいただきます。
- ②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、その実費を徴収致します。尚、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収させていただきます。
- (1) 通常の事業の実地地域を超えた地点から、片道 10 キロメートル未満 500 円
 - (2) 通常の事業の実地地域を超えた地点から、片道 10 キロメートル以上 1,000 円

又、前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名・押印）を受けることとします。

4. 介護サービスの利用にあたっての禁止事項

①職員に対する身体的暴力

- ・叩く、蹴る、物を投げつける、唾を吐きつける、等

②職員に対する精神的暴力

- ・尊厳や人格を否定する、怒鳴りつける、威圧的な態度をとる、理不尽な要求を繰り返す、等

③職員に対するセクシャルハラスメント

- ・必要なく身体に触れる、性的な嫌がらせ・誘いかけ、等

5. サービスの終了について

①利用者の都合でサービスを終了する場合

- ・利用者は希望があれば申し出ることによっていつでも解約をすることができます。また、当事業者は、利用者または家族がこの契約を継続し難いほどの背信行為（4. 介護サービスの利用にあたっての禁止事項含む）を行ったと認めるときは、文書で通知することにより、ただちにこの契約を解除することができます。

②当事業者の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等、止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あります。この場合は、サービスの提供終了 1 ヶ月前までに文書で利用者に通知するとともに、他の指定居宅介護支援事業者等に関する情報を提供いたします。

③自動終了

- ・利用者が医療機関へ入院、または介護保険施設等へ入所し、在宅復帰が困難と認められた場合。
- ・利用者の要介護認定区分が要支援または非該当（自立）と認定された場合。
- ・利用者が亡くなった場合。

6. 個人情報の保護

当事業所の職員は、当事業を行う上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

7. 相談・苦情・事故等の対応窓口

居宅サービスの内容に関する相談や苦情については次の窓口でお受け致します。

相談・苦情	所在地	札幌市中央区南 8 条西 14 丁目 3 番 15 号
	電話番号	011-533-0174
	ファックス	011-533-0173
	営業時間	月～金 8：30～17：30 (土日祝日、年末年始はお休みです)
	須郷 敏典	相談、苦情、事故に対する常設の担当責任者です。

他の窓口は次のとおりです

札幌市中央区役所 保健福祉課	所在地 札幌市中央区南 3 条西 11 丁目 T E L : 231-2400 (代)
国保連合会	所在地 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 T E L : 231-5161 (代)
北海道厚生局医療課	所在地 札幌市北区北 7 条西 2 丁目 15 番 1 号 T E L : 796-5105

①処理手順

- ・苦情を受けた場合、管理者が担当者から詳しい内容を確認した上で直ちに利用者（家族）に連絡をとり、詳細な状況把握に努めます。
- ・上席に報告し、指示によって担当者会議を招集し、その結果に基づいた対応を講じます。
- ・検討結果を利用者に伝え、信頼関係の修復に努めます。
- ・再発の防止に役立てるため、台帳に記載し保管します。

②事故発生時の対応

- ・事業者の、居宅サービスにより事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族に連絡するとともに必要な措置を講じます。
- ・上記の事故状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- ・利用者に対する居宅サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- ・事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

8. 損害責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責任に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

9. 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける各サービスの利用割合

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以下のとおりである。

① 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

- ・ 訪問介護 62%
- ・ 通所介護 28%
- ・ 福祉用具貸与 77%
- ・ 地域密着型通所介護 13%

② 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合は以下のとおりである。

訪問介護	ヘルパーステーション モルス 26%	健康会ヘルパーステー ション札幌東 19%	訪問介護事業所シー ズン 10%
通所介護	デイサービスセンター泉 共発寒、他 10 事業所 22%	リボンリハ&スパセンター 平岸、他 1 事業所 20%	ツクイ札幌山鼻、他 4 事業所 6%
地域密着型通所介護	デイサービス我が家山鼻の家 他 2 事業所 25%	あったかい湯札幌 他 1 事業所 11%	リハプロ SOP 他 1 事業所 9%
福祉用具貸与	マルベリーさわやかセ ンター札幌東 25%	株式会社デュオ 14%	ノアコンツェル福祉用 具貸与事業所 10%

令和 年 月 日

ケアプランセンター モルスにおける居宅サービス計画作成に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者

〈本社所在地〉 〒060-0006
札幌市中央区北6条西16丁目1番地5
〈事業者名〉 株式会社 モルス
〈代表者〉 代表取締役 小林 隆聖
〈事業所名〉 ケアプランセンター モルス 印
〈所在地〉 札幌市中央区南8条西14丁目3番15号
〈事業者番号〉 0170103360
〈管理者〉 須郷 敏典
〈説明者〉 _____ 印

私は、「重要事項説明書」の内容により事業者より説明を受け、居宅サービス計画作成することに同意しました。

〈氏名〉 _____ 印

(利用者の代理人または代筆者)

〈氏名〉 _____ 印

利用者様との関係 (_____)