

居宅介護支援事業所重要事項説明書

この説明書は、あなた（またはあなたのご家族）が利用しようと考えておられる居宅介護支援事業について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を記したもので、わからぬこと、わかりにくいくあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 当事業者が提供するサービスについての相談窓口

電話 026-214-6622 F a x 026-293-8810

営業日	月曜日から金曜日まで。(ただし、祝祭日及び12月30日から1月3日までの日は除きます)
営業時間	午前9時から午後5時まで
担当	寺澤久代

ご不明な点は、営業時間以外でもお気軽にご相談下さい。

2 当事業所の法人概要

法人格・名称	株式会社 アップルケア
所在地	長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1
連絡先	Tel 026-278-3690 Fax 026-278-3609
代表者の氏名	代表取締役 白土 英男
事業内容	デイサービス 介護用品の販売・貸与事業 居宅介護支援事業 訪問介護、 サービス付き高齢者向け住宅

3. お客様に居宅介護支援サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名	みなみながの居宅介護支援事業所
所在地	長野市篠ノ井東福寺字上庭 1405-1
連絡先	電話 026-214-6622 F a x 026-293-8810
事業所番号	長野県指定 2070105248 指定年月日 平成24年8月1日
サービスを提供する実施地域	長野市・須坂市・千曲市 ※上記地域内での交通費はサービス利用料金に含まれています。

(2) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	介護が必要と認定されたお客様からの依頼を受けて、お客様の心身の状況や置かれている環境、さらにお客様及びお客様のご家族の希望等を勘案して、居宅サービス計画を作成します。また、その計画に基づき、各サービスの提供が確保されるよう各事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
事業の方針	<p>1. お客様が要介護状態等となられた場合でも、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した生活ができるよう配慮して、身体介護その他生活全般にわたる援助を行います。</p> <p>2. お客様の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、お客様の選択に基づいて適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者から、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>3. お客様の意思および人格を尊重し、常にお客様の立場にたって、お客様に提供される居宅サービス等が特定の種類また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、公正中立に行います。</p> <p>4. 事業の実施にあたっては、長野市・須坂市・千曲市、在宅介護支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>5. 上記のほか、「指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準」(厚生省令第38号、平成11年3月31日) 第13条の具体的な取り扱い方針を遵守します。</p>

4. 当事業所の従業員について

事業所の管理者	寺澤久代
---------	------

職種	員数	業務内容	勤務体制
介護支援専門員	3名	あなた、またはあなたのご家族からの相談に応じ、また心身の状況や置かれている環境等に応じて、居宅サービスを適切に利用できるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行います。	常勤 2名 非常勤1名

5. 提供するサービスの内容と料金について

(1) サービス内容 契約書別紙参照

(2) 料金 【厚生労働大臣の定める基準料額】

注1) 介護保険が適用される場合は、以上の報酬は直接介護保険から事業所に給付されますので、お客様のご負担はありません。

注2) ただし、お客様に保険料の滞納がある場合は、お客様より全額料金をいただき、当事業所が発行する証明書をもって後日払い戻しとなる場合があります。

注3) 滞納の期間によっては、全額お客様のご負担となる場合もあります。

6. その他の費用について

交通費	お客様のお宅が当事業所の通常の事業実施地域以外にあるときは、下記のとおり交通費の実費をいただきます。 通常の事業の実施地域をこえて片道おおむね 10 キロメートル未満 500 円 通常の事業の実施地域をこえて片道おおむね 20 キロメートル未満 1000 円 通常の事業の実施地域をこえて片道おおむね 20 キロメートル以上 1500 円
解約料	お客様はいつでも契約を解除することができ、一切料金はかかりません。
暫定居宅サービス 計画作成費（自立 認定時）	要介護認定等の前に居宅介護支援サービスが提供され、認定後お客様 が自立と認定された場合においても、居宅サービス計画作成に伴う費 用は請求いたしません。

7. 料金の支払い時期と支払方法について

利用料、その他の 費用の請求	①利用料、その他の費用は、利用者負担がある場合に、利用 の月ごとにその合計金額を請求いたします。 ②請求書は、利用明細を添えて、利用のあった月の翌月 10 日までに利用者宛にお届けいたします。 ただし、請求額のない月はお届けしません。
-------------------	---

利用料、その他の費用の支払い	<p>①請求書を受け取られましたら、お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求月の25日までに、下記のいずれかの方法を選択した上でお支払い下さい。</p> <p>■事業者指定口座への振込み 松代郵便局 口座番号 00540-9-78279 口座名義 (株)アップルケア 八十二銀行松代支店 店番282 口座番号 0398992 口座名義 (株)アップルケア</p> <p>■お客様指定口座からの自動振替</p> <p>■現金支払い</p> <p>②お支払いを確認しましたら領収書をお渡しますので、必ず保管をお願いします。</p>
----------------	---

8. 介護支援の担当者（介護支援専門員）について

（1）介護支援専門員のお客様宅への訪問について

当事業所の介護支援専門員が、お客様の状況を把握するために、必ず月1回以上、お宅を訪問します。

また、お客様からご依頼がある場合や、居宅介護支援業務の遂行のうえで不可欠であると認められる場合で、お客様の承諾を得た場合、お客様のお宅を訪問します。

（2）介護支援専門員の変更

① 担当の介護支援専門員の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。

② 事業者側の都合により、介護支援専門員を交代させる場合は、交代の理由を明らかにし、交代後の介護支援専門員の氏名を契約書別紙によりお客様に通知します。

（3）身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証明書を携行し、初回訪問時およびお客様またはそこのご家族から求められた時は、いつでも身分証を提示いたします。

9. 事業者の責務について

（1）居宅介護支援の提供内容の記録について

お客様に提供したサービス提供の記録は、お客様の要介護認定等の満了日から2年以上保管します。記録については、お客様とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

（2）秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、お客様やご家族に関して知り得た

情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供のために、サービス担当者会議等で、お客様もしくはご家族の情報を使用します。この場合には、あらかじめお客様もしくはご家族に説明し同意を得たうえで使用します。その際、同意書に署名をいただきます。

なお、お客様のご家族からの希望があった場合には、お客様に連絡するのと同様の通知をご家族にも行なう場合があります。

(3) 業務遂行中に事故が発生した場合には次のように対応いたします。

- ①事故が発生した場合すみやかに市及び家族に事故の状況についてお知らせします。
- ②応急処置、病院への搬送等必要な処置を講じます。
- ③事故の詳細を記録するとともに、再発防止に努めます。
- ④賠償責任について

当事業所の責任において、お客様の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所はお客様にその損害を賠償いたします。

10. 契約の解約について

(1) お客様からの契約解約について

①お客様は当事業所に対し、契約書に添付した「契約解約申出書」を解約する日の7日前までに事業所に届け出ることによって、この契約を解約することができます。この場合の解約料は無料です。

②次の場合は、お客様は事業者に申し出を行なうことによって、「契約解約申出書」を提出することなしに、この契約をいつでも解約することができます。この場合も解約料は無料です。

- ア. 事業者が正当な理由なしに居宅介護支援の提供を行なわない場合
- イ. 事業者が守秘義務に反した場合
- ウ. 事業者がお客様やそのご家族に対して契約を継続しがたいほど重大な社会通念を逸脱する行為を行なった場合
- エ. 事業者が破産、その他事業者がこの契約に定める居宅介護支援の提供を正常に行ない得ない状況に陥った場合
- オ. お客様の緊急入院等、やむを得ない場合

①ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は、解約料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

(2) 事業者からの契約解約について

当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事情がある場合、お客様に対して契約終了日の1カ月前までに理由を

示した文書でお知らせすることにより、契約を解約することができます。この場合、当事業所は他の居宅介護支援事業所に関する情報をお伝えするなど、お客様が続けて滞りなく介護保険を利用してサービスを受けることができるよう支援します。

ただし、つぎの場合には、1ヶ月以上の事前申し出期間なしに、この契約を解約することができます。

- ア. お客様がこの契約に定める利用料金等の支払いを2ヶ月以上滞納し、文書による支払い催促を行なったにもかかわらず、催促の日から14日以内にその支払いがなかつた場合
- イ. お客様もしくはそのご家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により円滑なサービスが提供できなくなる場合(この場合は解約する理由を示した文書をお客様にお渡しします。)

1 1. 契約の終了

つぎの場合には、自動的に契約は終了します。

- 1. お客様が介護保険施設に入所した場合
 - 2. お客様が特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能居宅介護事業のご利用を開始された場合
 - 3. お客様が身体障害者療護施設等の介護保険の被保険者としての資格を失う施設へ入所された場合
 - 4. お客様の要介護認定区分が、要支援及び自立と認定された場合
 - 5. お客様が当事業所の営業ができない程遠くに移転された場合
 - 6. お客様がお亡くなりになった場合
- 1 2. 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、福祉用具貸与の各利用状況は別紙のとおりです。

1 3. 緊急時の対応

サービス提供中にお客様に緊急の事態が発生した場合、お客様の主治医にご連絡するとともに、必要な対応を行ないます。その際、予め指定する連絡先にも連絡します。

1 4. 相談・苦情窓口

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口まで遠慮なくお申し出ください。また寄せられた苦情については5年間保存いたします。

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在 地 長野市篠ノ井東福寺字上庭 1405-1 電話番号 026-214-6622 ファックス番号 026-293-8810 受付時間 午前 9 時～午後 6 時 担当者 白土美和子 転送による 24 時間受け付け体制
-------------------------------------	--

事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口でも受付けています。

(長野市の窓口) 長野市役所介護保険課 (須坂市の窓口) 須坂市役所高齢者福祉課 (千曲市の窓口) 戸倉庁舎高齢福祉課介護保険係	電話番号 026-224-7871
【公的団体の窓口】 長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-248-9020
【公的団体の窓口】 長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-275-0004
【公的団体の窓口】 長野県国民健康保険団体連合会	所在 地 長野市西長野 143-8 電話番号 026-238-1580

15. 重要事項を説明した年月日

この重要事項説明書の説明場所・年月日	説明場所 ご自宅 シルバーホーム
	令和7 年 月 日

※なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、お客様にその内容を文書にて通知し、口頭にてご説明します。

居宅介護支援の提供開始にあたり、お客様に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者

事業者名 株式会社アップルケア

住所 長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1

代表者名 白土 英男 印

介護支援専員 印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受けました。
住所

氏名

印

(代理人) [代理人を選定した場合]

住所

氏名

印

別紙

① 令和6年9月から令和7年2月期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、福祉用具貸与の各利用状況は次のとおりです。

訪問介護	84%
通所介護	98%
地域密着型通所介護	0%
福祉用具貸与	89%

②前6か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を含む）、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割合。

訪問介護	株式会社アップルケア	96%
	ニチイ学館	3%
	株式会社おはな	1%

通所介護	株式会社アップルケア	97%
	ニチイ学館	2%
	社会福祉法人睦会	1%

地域密着型通所介護	メディカルケアライフ	50%
	シニアフィットネス mikuria	50%

福祉用具貸与	株式会社アップルケア	89%
	麻屋家具	5%
	株式会社デンセン	3%

上記利用状況の説明を受け、利用状況を理解しました。

令和 7年 月 日

説明者 :

説明を受けた利用者（またはその代理人）: _____ 署名 _____