当事業所は介護保険法に基づく指定をうけています。
介護保険事業所番号　［　２８７２２００６４　］

当事業所は、ご利用者（ご契約者）に対し、居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1. 事業経営

（1）　事　業　者　名　　関西医療株式会社

（2）　所　　在　　地　　兵庫県加古川市加古川町備後３９４番地

（3）　電　話　番　号　　０７９－４２３－０１５１

（4）　Ｆ　　Ａ　　Ｘ　　０７９－４２３－０４８７

（5）　代 表 者 氏 名　　代表取締役　安 井　剛

（6）　設 立 年 月 日　　平成１１年１０月 １ 日

（7）　メールアドレス　　kansai-i@crest.ocn.ne.jp

2. ご利用事業所

（1）　事 業 所 の 種 類　　指定居宅介護支援事業者（介護保険法）

（2）　事 業 所 の 名 称　　関西医療株式会社　　指定居宅介護支援事業所

（3）　事業所の所在地　　〒 675-0032　兵庫県加古川市加古川町備後 394 番地

（4）　電　話　番　号　　０７９－４２３－００５７

（5）　Ｆ　　Ａ　　Ｘ　　０７９－４２３－１４８７

（6）　管 理 者 氏 名　　渡邊　享子

3. 事業の目的及び運営の方針

（1） 事業の目的

居宅介護者等とのご契約により、ご利用者の心身の状況、その置かれている環境、及びそのご家族の希望を勘案し、利用する介護サービス等の種類・内容等を盛り込んだ居宅サービス計画を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等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、また当該ご利用者が介護保険施設等への入所を要する場合にあっては、介護保険施設への紹介等の便宜を行うことを目的としています。

（2） 運営方針

ア） ご利用者が、要介護状態等となった場合においても、そのご利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。

イ） ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行います。

ウ） 居宅介護支援の提供に当たっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、ご利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又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、公正中立におこないます。

エ） 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して下記のことを説明いたします。

- 利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができる。
- 利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができる。

オ） 介護支援専門員一人当たりの担当件数は、介護保険法に定められた数とする。

カ） 事業の運営に当たっては、老人介護支援センター、他の指定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ができるよう配慮いたします。

キ） 上記のほか「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

（厚生省令第３８号、平成１１年３月３１日付）」第１３条の具体的取り扱い方針を遵守いたします。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職　　種	人　　数
管　　理　　者	１名
介護支援専門員	３名以上
事　　務　　員	１名

（１）　管理者の職務内容

管理者は主任介護支援専門員であり、介護支援専門員その他の職員の管理、指定居宅介護支援の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況を把握するとともに、その他の管理を一元的に行い、職員を指揮監督する。

（２）　介護支援専門員の職務内容

介護支援専門員は、ご利用者及びご家族の希望並びに課題に基づき、当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成し、ご利用者又はご家族の同意を得て、便宜の提供を行います。

また、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及び介護保険施設等との連絡調整を行います。

（３）　事務員の職務内容

事務員は、庶務・会計等の業務に従事する。

5. 営業日及び営業時間

（１）　営　業　日

通常月曜日から金曜日までとします。ただし、祝祭日・国民の休日、

１２月３０日から１月４日までを除きます。

（２）　営 業 時 間

午前８時 30 分から午後５時までとします。

6. 通常の事業の実施区域

加古川市	高　砂　市	稲　美　町	播　磨　町
姫　路　市	明　石　市		

7. ケアマネジメントの提供方法、内容

（1）　ケアマネジメントの提供方法

ア）　指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、ご利用申込者又はそのご家族に対し、運営規定の概要、ケアマネジメント契約書等について、説明を行い、ご利用者又はご家族の同意を得るものとします。

イ）　「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を必要とする場合に、ご要望があれば届け出の代行をします。

ウ）　課題分析票の種類は、居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会方式）を使用します。

エ）　居宅サービス計画を利用者に交付します。

オ）　介護支援専門員の居宅訪問頻度は、月１回以上とし、かつ月１回は居宅サービス計画の実施状況の把握の結果を記録します。また、必要の都度、電話・郵便により、連絡調整を行います。

カ）　サービス担当者会議を開催し、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の内容について各担当者から意見を求めます。

8. 利用料及びその他の費用

（1）　居宅サービス計画作成の報酬

全額、介護保険からの報酬となります。

（2）　居宅サービス事業者との連絡調整手数料

特に必要な場合は、調整します。（通常は、無料です。）

（3）　給付管理業務の報酬

特に必要な場合は、調整します。（通常は、無料です。）

9. 苦情の受け付けについて

（1） 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

★ 苦情受付窓口（担当者）

［電話番号］ ０７９－４２３－００５７

［ 職 名 ］ 介護支援専門員 渡邊 享子

★ 受 付 時 間 毎週月曜日～金曜日（午前８時 30 分～午後５時）

（2） 行政機関その他の苦情受付機関

兵庫県国民健康保険団体連合会	
所 在 地	〒 650-0021 神戸市中央区三宮町１丁目９盤１-1801 号
電話番号	０７８－３３２－５６０１（代表）

★　市町役所（介護保険担当）

加古川市			
所 在 地	〒675-8501　加古川市加古川町北在家 23-1		
電話番号	079-427-9220	ＦＡＸ	079-422-1403
高 砂 市			
所 在 地	〒676-8501　高砂市荒井町千鳥１丁目１番１号		
電話番号	079-442-2101	ＦＡＸ	079-442-2229
稲 美 町			
所 在 地	〒675-1115　加古郡稲美町国岡 135-1		
電話番号	079-492-1212	ＦＡＸ	079-492-5162
播 磨 町			
所 在 地	〒675-0154　加古郡播磨町東本荘１丁目 5-30 号		
電話番号	079-435-0355	ＦＡＸ	079-435-3398
姫 路 市			
所 在 地	〒670-0955　姫路市安田４丁目１番地		
電話番号	079-221-2449	ＦＡＸ	079-221-2444
明 石 市			
所 在 地	〒673-8686　明石市中崎１丁目５番１号		
電話番号	078-912-1111	ＦＡＸ	078-918-5103

10. サービス利用状況について

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別紙の通りです。

11. 虐待防止に関する事項

当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

（1）当事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図ります。
（2）当事業所における虐待防止のための指針を整備します。
（3）当事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年 1 回以上）実施します。
（4）前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

12. 業務継続計画

業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとします。

13. その他重要事項

（1）損害賠償について

居宅介護支援事業の提供を行う上で、事業者の責任により、ご利用者に生じた損害については､事業者は速やかにその損害を賠償いたします。 但し、その損害の発生について、ご利用者に故意、又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

（2）ハラスメントについて

当事業所は、提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等に対する利用者又はそのご家族からの苦情・ハラスメントに迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講ずるものとします。

（3）秘密保持について

当事業所の従業員である者は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た個人情報を漏らしません。但し、サービス担当者会議等においては、個人情報を用いる場合がありますので、あらかじめ当該ご家族等の同意を得て使用いたします。

令和　　年　　月　　日

指定居宅介護支援事業所による居宅介護支援（ケアマネジメント）に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事 業 者 住 所　：　加古川市加古川町備後３９４番地

事　業　者　名　：　関西医療株式会社　指定居宅介護支援事業所
代　　表　　者　：　安　　井　　剛

説明者 職・氏名　：　介護支援専門員　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

説　明　場　所　：　ご利用者自宅　：　事業所内　：　＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援（ケアマネジメント）の提供開始に同意しました。

利用者（契約者）　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援（ケアマネジメント）の提供開始に同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行します。

署名代行者　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（利用者との続柄　　）