

居宅介護支援 重要事項説明書

温養院居宅介護支援事業所

1. 居宅介護支援を提供する事業者

- (1) 事業者名称 社会福祉法人 呉同済義会
- (2) 代表者氏名 会長 三宅清嗣
- (3) 事業者所在地 呉市中央 5 丁目 12-21 呉市福祉会館内
- (4) 連絡先 TEL 0823-21-5395 Fax 0823-25-3503

2. 利用者への居宅介護支援提供を担当する事業所

- (1) 事業所名 温養院居宅介護支援事業
- (2) 介護保険指定事業者番号 広島県指定 3470500079
- (3) 事業所所在地 広島県呉市焼山中央 6 丁目 6-13
- (4) 連絡先 TEL 0823-34-5656 Fax 0823-33-3314
- (5) 相談担当者 清水由香里 高橋いづみ 土持貴之 清水由香里
- (6) 事業所の通常の事業実施地域 呉市（旧下蒲刈町・川尻町・安浦町・蒲刈町・豊浜町・豊町・倉橋町を除く。）

3. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

居宅において要介護又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な居宅介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

利用者の居宅において、利用者の選択に基づく医療、保健、福祉のサービスが総合的、効率的に提供されるよう援助を行います。利用者の意思・人格を尊重し、公正中立の立場で他機関との連携に努めます。

4. 事業所窓口の営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日から土曜日
但し日曜日、国民の祝日、12 月 29 日～1 月 3 日までを除く
- (2) 営業時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで
(電話により 24 時間常時連絡可)

5. 事業所の職員体制

- 事業所の代表者 施設長 江口広美
- 介護支援専門員 指定居宅介護支援の提供 4 名（常勤）

6. 居宅介護支援の内容、利用料

(1) 居宅介護支援の内容

- ①居宅介護サービス計画書の作成
- ②居宅サービス事業者との連携調整
- ③サービス実施状況把握、評価
- ④利用者状況の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要介護（支援）認定に対する協力援助
- ⑦相談業務

(2) 介護保険適用有無

上記①～⑦に内容は、居宅介護支援の一連業務として、介護保険の対象となるものです。

(3) 1ヶ月当たりの利用料

居宅介護支援が介護保険適用になる場合には、自己負担はありません。（全額介護保険により負担されます。）

7. その他の費用

交通費 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域外の場合、交通費の実費を請求いたします。（境界を越えた分について路程 1Km あたり 20 円）

8. 秘密の保持と個人情報の保護

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

サービス提供をする上で知り得た利用者様の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。

(2) 個人情報の保護について

事業所ではあらかじめ文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

9. 事故発生時の対応・損害賠償について

事業所は居宅介護支援の際に発生した事故については、迅速かつ的確に対応いたします。当事業所のサービス提供に当たって、利用者の生命・身体・財産の損害を及ぼした場合にはその損害を賠償します。ただし自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、

この限りではありません。

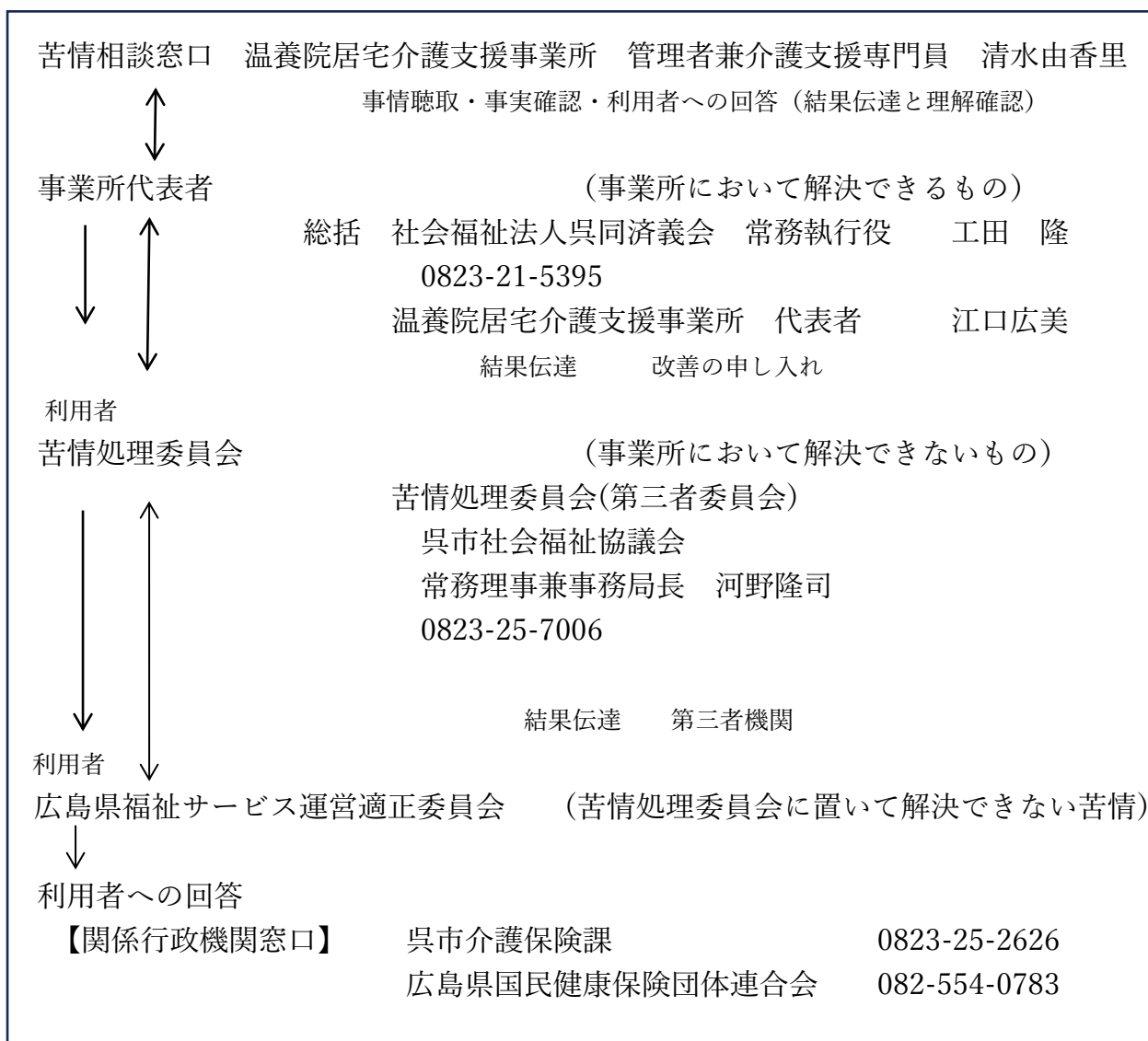
10. サービス提供に関する相談・苦情

事業所は提供した居宅介護支援に関する利用者又はその家族等からの苦情・ハラスメントに対して、迅速かつ適切に対応するため次の掲げる通り必要な措置を講じます。事業所は受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者又は家族に対する説明、記録の整備その他必要措置を行います。

(1) 苦情・相談窓口

事業者の担当部署窓口の名称 温養院居宅介護支援事業所 管理者兼介護支援専門員 清水 由香里	所在地 呉市焼山中央6丁目6-13 電話番号 0823-34-5656 Fax 番号 0823-33-3314 受付時間 午前8時30分～午後5時30分
--	---

(2) 苦情処理の手順



1 1. ハラスメントへの対応について

事業者は適切な指定居宅介護支援を提供する観点から、ハラスメントを防止するための方針の明確化等必要な措置を講じます。また従業者に対する暴言・暴力・ハラスメント等の状況により支援の中断、契約解除を行う場合があります。

1 2. 公正中立なケアマネジメントの確保

利用者はケアプランに位置づける居宅サービス事業者について複数の事業者の紹介を求める事が可能であり、当事業所をケアプランに位置づけた理由を求める事が可能です。当該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とおりです。

1 3. 主治医の医療及び医療機関との連絡

事業所は利用者の主治の意思及び関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡を取らせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ①利用者の不測の入院に備え、担当居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるように、入院時に持参する医療保険証又はお薬手帳に、当事業所名および担当の介護支援専門員が分かるよう名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ②また、入院時にはご本人または家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えて頂きますようお願いいたします。

1 4. 虐待の防止

事業所は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ②虐待の防止のための指針を整備します。
- ③虐待を防止するための定期的な研修を行います。
- ④虐待の防止に関する担当者を設置します。
- ⑤サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者（現に擁護している家族・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。

1 5. 身体拘束

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を擁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」という。）は行いません。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利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

1 6. 業務継続計画の策定

事業所は、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害・地震等の自然災害並びに感染症に対処するため、事業継続に向けた計画等（以下「業務継続計画」という。）を策定し、研修の実施、訓練を定期的の実施し周知します。

事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 7. その他

（１）事前に居宅介護支援事業者を通じて調整を行わずに居宅サービス計画外のサービスを受けた場合には、温養院居宅介護支援事業所にその旨を連絡してください。

（２）計画対象期間中に、被保険者証の記載内容に変更が生じた場合、要介護認定の申請を行った場合〔新規申請、区分変更申請、種類変更申請（サービスの種類指定変更）〕各種の減免に関する決定等に変更等が生じた場合、生活保護・公費負担医療の受給取得または喪失した場合については、速やかに温養院居宅介護支援事業所に連絡してください。

（３）事業者やサービスの種類が、居宅サービス計画と異なることとなる場合には、温養院にその旨連絡してください。

（４）居宅介護サービス計画に記載されている短期入所生活介護の利用にあたっては、利用前に、温養院にその旨連絡してください。なお、やむを得ず連絡なしに利用した場合も、遅くとも月末までには連絡してください。

（５）住宅改修、福祉用具購入に於いては、改修前、購入前にご相談ください。ご連絡なく改修にかかったり、改修を終了した場合及び購入した場合、介護保険が適用できなくなりますので、ご注意ください。

（６）温養院への上記の連絡を行わなかった場合は、法廷代理受領の取り扱いが出来ずに利用者が費用を立て替えなければならなくなり、支払いまでに日時を要することになりますのでご注意ください。

18. 重要事項の説明年月日

この重要事項説明書の説明年月日 令和 年 月 日

上記内容について、「指定居宅介護支援事業所等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年 厚生省令第38号）」第4条の規定に基づき、利用者に対する説明を行いました。

事業者	所在地	呉市中央5丁目12-21	
	法人名	社会福祉法人 呉同済義会	
	代表者名	会長 三宅清嗣	
	事業所名・代表者名	温養院居宅介護支援事業所	
		施設長 江口 広美	印

説明者 _____ 印

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、居宅介護支援提供の開始に同意いたしました。

利用者	住所 _____	
	氏名 _____	印

代理人	住所 _____	
	氏名 _____ (続柄 _____)	印

※重要事項に対する同意は、介護保険の給付対象者である本人の行為であることが必要であると考えられます。このため、代理人については、本人に代わって、この契約行為を行い得る者である必要があります（代理人は法定代理人又は任意代理人であるかは問いませんが、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場のものであることが望ましいと考えられます。（たとえば、同居親族または近縁の親族など））