

重要事項説明書

1 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的としています。

(2) 運営方針

指定居宅介護支援を受けている者(以下「利用者」という)が要支援・要介護状態となった場合において、可能な限りその居宅において、利用者の状態に応じて自立した日常生活を営むことができるよう配慮し、また利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じ利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスを多様な事業者から提供されるよう適正に推進します。

2 職員の職種、人数、及び職務内容

(1) 管理者(常勤1名): 事業所の従業員及管理及び業務の管理を一元的に行います。

(2) 介護支援専門員(管理者1名 主任介護支援専門員1名以上 介護支援専門員3名以上): 指定居宅介護支援事業の提供に当たります。

3 営業日及び営業時間

月曜日から土曜日(午前8時30分から午後5時30分まで)

但し、12月30日から1月3日までと国民の祝祭日は休業とします。

営業日、営業時間以外では携帯電話等に転送され、24時間連絡可能な体制とします。

4 サービスの提供方法、内容

(1) 介護予防支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要支援認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。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。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。

(3) 当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、当該事業所をケアプランに位置付けた理由の説明、利用料等の情報を適正に利用者及びその家族に提供し、利用者に複数の事業所の紹介を求める事が可能であることの説明を行い、サービスの選択を求めます。なお、前6か月間に当事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうち訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6か月間に当事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち同一の指定居宅サービス事業所または指定地域密着型サービス事業所によって提供されたものが占める割合は別紙のとおりです。

(4) 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼します。

- (5) 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
- (6) 提供されるサービスの目標、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ます。
- (7) 居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族に説明し、利用者から文書による同意を受けます。
- (8) サービス担当者会議は事業所内その他必要と認められる場所において開催します。
- (9) 介護支援専門員は、少なくとも3ヶ月に1回以上は自宅を訪問し、モニタリングを行います。
- (10) その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

5 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
利用者からの負担は一切ありません。
- (2) 居宅サービス事業者との連絡調整手数料
当事業所の負担とし、利用者の負担は一切ありません。
- (3) 給付管理業務の報酬
利用者の負担は一切ありません。
- (4) 要介護認定等の申請の援助に関する費用
利用者の負担は一切ありません。
- (5) 交通費
交通費の支払いは必要ありません。

6 通常の事業の実施区域

通常事業の実施地域は、今治市（菊間・島しょ部を除く）とします。

7 苦情申立の制度

- (1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口を設置しますので、居宅介護支援事業所ヒロセへご連絡下さい。
電 話：0898-47-0074
F A X：0898-47-1222
担 当：担当介護支援専門員
苦情受付責任者：管理者

次の公的機関においても、苦情申立等ができます。
今治市 健康福祉部 介護保険課

所在地：今治市別宮町一丁目4番地1

電 話：0898-36-1526

F A X：0898-34-5077

対応時間：平日8時30分～17時15分（土日祝、12月29日～1月3日を除く）

愛媛県国民健康保険団体連合会(国保連)(介護福祉課)

所在地：松山市高岡町101の1

電 話：089-968-8700

F A X：089-968-8717

利用時間：平日8時30分～17時15分（土日祝、12月29日～1月3日を除く）

(2)円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順をとります。

①利用者からの相談・苦情等の申し出があり、その案件が軽微なもので受付担当者において直ちに処理できるものについては、その都度対処します。

②受付担当者において対応できないと判断される案件については、詳しい内容について関係者からの聞き取り調査等を行い上司に報告して、所長を長とする関係者検討会を行い、その具体的処理について迅速適切に対応します。

③相談・苦情等の処理簿を備え、案件に対する具体的処理の状況（会議の状況、利用者への通知等）を記録し保存します。

(3)サービス事業者に対する案件については、直ちにサービス事業者に通知するとともに、(2)の手順により処理し、その結果サービスが不適切と判断される場合は、必要に応じて改善を求めます。

(4)相談・苦情の案件について事業所内各種会議等において、職員の共通の課題として認識を持ちサービスの充実を図ります。

8 事故発生時の対応

(1)利用者に対するサービス提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2)サービス提供において、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

9 個人情報保護

(1)利用者及び家族の個人情報を使用する場合は利用者・家族の同意を得て必要最小限の範囲内で使用します。

(2)サービス提供が円滑に行われるよう連絡調整に必要な時に使用します。

(3)同意以外の目的で使用する場合は、再度説明・同意を得ます。

10 高齢者虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）

を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

- ・虐待の防止のための指針を整備します。
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ・上記措置を適切に実施するための担当者は管理者とします。

11 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

定期的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。

12 感染症の予防及びまん延の防止の為の措置

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に挙げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ② 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。
- ③ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を6ヶ月に1回以上開催して、その結果を介護支援専門員に周知徹底します。

13 ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

14 その他

ご利用者の費用負担が発生する場合

- ・保険料の滞納などにより、給付制限が行なわれている場合
- ・通常の営業地域以外にて事業を対応する場合の訪問のための交通費
- ・その他、適正に本事業を遂行するにあたって、やむを得ない理由でご利用者負担が妥当と認められる場合

なお、ご利用者負担費用が発生した場合には、月末締めにて請求書を発行いたします。受領しました際には領収書を発行いたします。

諸事情にて保険給付がなされずに自己負担となった場合には、領収証明書を市区町村担当課に提出しますと還付払いの対象になる場合があります。詳しくは該当事由発生時にご説明いたします。

事業者は、利用者への居宅介護支援を開始するにあたり、重要事項を説明しました。

事業者 所在地 今治市喜田村6丁目4番地20
事業者名 居宅介護支援事業所ヒロセ
説明者氏名

私は契約書・重要事項の説明と交付を受け同意した上で、下記のとおり契約を締結します。

甲：利用者

<住 所>

<氏 名>

印

<T E L>

代理人

<住 所>

<氏 名>

印

<T E L>

乙：事業者

<住 所>今治市喜田村6丁目4番20号

<事業者名>医療法人陽成会 居宅介護支援事業所ヒロセ

事業者番号 3870200072

<代表者名>廣瀬 正典

印

上記の契約を証するため本書2通を作成し、利用者（甲）と居宅介護支援事業所ヒロセ（乙）は記名捺印の上各自その1通を保有します。

契約年月日 令和 年 月 日