

居宅介護支援サービス重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 指定居宅介護支援事業所の概要

事業所名	友愛ひだまりサロン
介護保険事業所番号	2776502177
開設者名	アビリティーズ・ケアネット株式会社 代表取締役 伊東 弘泰
法人設立年月日	1966年6月11日
本社所在地	東京都渋谷区代々木四丁目30番3号新宿ミッドウエストビル
管理者名	主任介護支援専門員 谷口 和子
所在地	大阪府堺市北区南花田町365番地の1
電話番号	072-255-9911
FAX 番号	072-251-8133

(2) サービスを提供する地域（通常実施地域）

堺市、松原市（左記地域以外でも、相談に応じます）

(3) 営業日およびサービス提供時間

営業日	月曜日～金曜日（ただし、祝日、12/30～1/3 は休業）
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時30分

(4) 従業員数

職 種	職務内容
管理者 (1名)	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに自らも指定居宅介護支援にあたるものとする。
介護支援専門員 (常勤職員4名) (非常勤職員1名)	介護支援専門員は、下記の指定居宅介護支援の提供にあたる。 ① 在宅で生活をしている要介護者が、日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービスを適切に利用できるよう、要介護者からの依頼を受けて、利用する指定居宅サービス等の種類や内容等を定めた計画（居宅サービス計画）を作成する。 ② 居宅サービス計画に基づき指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者やその他の者との連絡調整等の便宜の提供を行う。 ③ 要介護者が介護保険施設への入所を要する場合には、介護保険施設の紹介その他の便宜の提供を行う。

2. 居宅介護支援サービスの目的と運営方針

(目的)

居宅介護支援事業所 友愛ひだまりサロン（以下「当事業所」といいます。）は、介護保険法令の趣旨および「居宅介護支援サービス契約書」ならびに「居宅介護支援サービス重要事項説明書」に従い、ご利用者に対して可能な限りその居宅において、利用者の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の同意の上で「居宅サービス計画書」（以下「ケアプラン」といいます。）を作成し、居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を図り、居宅介護支援サービス（以下「本サービス」といいます。）の提供に努めます。

(運営方針)

- (1) 本サービスの実施にあたっては、ご利用者の意思および人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。

- (2) 介護支援専門員は、ご利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の心身の状況・希望およびそのおかれている環境を踏まえた適切なサービスを提供します。
- (3) 本サービスの実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する方々との連携に努めます。
- (4) 従業者の資質向上のため、採用時研修ならびに年間の研修計画を策定し、高齢者の尊厳の保持、感染症対策、認知症ケアに関する知識および理解、事業に係わる知識等についての研修を実施します。

3. サービス提供内容

- (1) 提供できるサービスの内容
 - ① ケアプランの作成
 - ② 要介護認定等の申請代行
 - ③ 給付管理業務
- (2) 本サービスの提供にあたっては、ご利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう適切にサービスを提供します。
- (3) 本サービスの提供にあたっては、ご利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう複数の居宅サービス事業者等を紹介し、サービスの内容、利用料等の情報についてご利用者またはご家族に説明を行い、適切にサービスを提供します。
- (4) 本サービス提供にあたっては、ケアプランにもとづき、ご利用者の生活全般にわたる援助を行うよう適切に実施いたします。
- (5) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って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指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行われていることをお示しするため、別紙「居宅介護支援サービス利用割合等 説明書」を作成し説明を丁寧に行います。
- (6) ケアプランに通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置づける場合には、主治医等（入院中の医療機関の医師を含む）の指示があることを確認し、主治医等の意見を踏まえて作成します。

4. サービス利用料金

別紙料金表をご参照ください。

5. サービス利用料金のご請求等について

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。ただし、法定代理受領ができなくなった場合、1か月につき別添料金表にある金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、市区町村の窓口提供しますと、全額払い戻しを受けられます。

6. その他のサービスご利用上の注意点

- (1) ご利用者は、いつでもサービス内容の変更を申し出ることができます。その場合、介護支援専門員は、本サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- (2) 契約期間は、_____年 _____月 _____日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。当事業所は契約期間満了日の1週間前までにご利用者から当事業所に対して、文書による契約終了の申し出がない場合には、契約期間満了日の翌日から次の要介護認定の有効期間満了日までの期間を契約期間として契約を自動的に更新します。
- (3) ご利用者が医療機関に入院する場合は、医療機関へ担当の介護支援専門員の氏名および連絡先

をお伝えいただけますようご協力をお願いいたします。

7. 利用者の居宅への訪問頻度の目安

介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安
利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1月に1回

※ ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

8. 居宅介護支援の提供にあたって

- (1) 居宅介護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、要介護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。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者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、必要な援助を行うものとします。

9. ハラスメントの防止について

(1) 当社の基本的方針

当社は「男女雇用機会均等法」ならびに「労働施策総合推進法」に基づき、誰であっても誰からも「ハラスメント」を受けることがない職場環境の実現を目指しています。

(2) ハラスメントの意味

介護サービスの提供・利用の場面で①暴力、暴言または著しく不当な要求その他相手方に著しく迷惑をかける言動、または②相手方に不快感を与える性的な言動（セクシャルハラスメント）を意味します。

(3) サービス従事者に対する教育及び指導

当社は、サービス従事者に対してご利用者又はその家族に対して「ハラスメント」を行うことがないように、研修及び指導を行っています。

(4) 苦情または相談

サービス従事者から「ハラスメント」を受けた場合は、相談・苦情窓口にお申し出ください。相談・苦情窓口担当者が速やかに対応します。

(5) 利用者又はその家族による「ハラスメント」の禁止

サービス提供に困難をきたす当社サービス従事者に対する「ハラスメント」は行わないでください。

具体的に、暴力または暴言その他の迷惑行為や不快感を与える性的な言動を指します。

(6) サービス提供に係る契約が終了する場合の措置

①当社は、次に掲げるいずれかの場合には、本契約を解除することができます。

- ・ご利用者又はその家族が当社サービス従事者の心身に危害を及ぼしまたは及ぼす恐れのある行

為を行った場合であって、当該行為の再発を防止することが著しく困難である等、当該ご利用者に対してサービス提供することが著しく困難になったとき。

・ご利用者又はその家族が上記（５）にある言動をした場合であって、サービス従事者の安全の確保が困難である等当該利用者に対してサービス提供をすることが著しく困難なとき。

②上記①の理由により契約が終了する場合には、当社はご利用者に係る保険者や地域包括支援センターならびに居宅サービス事業者等に連絡する等、必要な措置を速やかに講じます。

1 0．高齢者虐待の防止について

当社は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき指針を整備し、ご利用者に対するサービス従事者の高齢者虐待を防止するため各事業所の管理者を責任者とした委員会を設置し、サービス従事者に対する研修計画の策定、研修の実施及び虐待又は虐待が疑われる事案についての対応方法等の指導を行います。

また、事業所での委員会実施状況ならびに、当社として対応が必要な事項の報告を求め定期的に確認します。

1 1．身体拘束について

当事業所は、当該ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご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 2．個人情報の取扱いについて

- （１）事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所の介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又はその家族の同意を得るものとする。
- （２）利用者またはその家族の個人情報については、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容に明記します。
- （３）個人情報は、当社個人情報保護方針にもとづき、適切に管理・保管いたします。

1 3．事故発生時の対応

- （１）当事業所および介護支援専門員は、本サービスの実施により事故が発生した場合は、市区町村、ご利用者の家族、ご利用者に係る居宅サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （２）事故発生時の連絡先は、事業所への通報は、上記１．（１）指定居宅介護支援事業所の概要の連絡先にご連絡ください。
- （３）当事業所は、本サービスの実施により当事業所の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

1 4．業務継続計画の策定等について

- （１）当事業所は、感染症や非常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の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）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。
- （２）当事業所は、サービス従事者に対し、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の実施します。
- （３）当事業所は、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。

す。

15. 衛生管理等について

当事業所は、当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 当事業所における感染症の予防及びまん延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できるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、サービス従事者に周知徹底を図る。
- (2) 当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する。
- (3) 当事業所において、サービス従事者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所では、第三者評価実施の実績はありません。

17. 緊急連絡先

当事業所およびサービス従事者は、本サービス提供中に、ご利用者に病状の急変等緊急事態が発生した場合、直ちに主治の医師およびご利用者のご家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

ご利用者のご家族等	氏名		電話	
ご利用者のご家族等	氏名		電話	
医療機関・主治医	氏名		電話	

18. 身分証携行義務

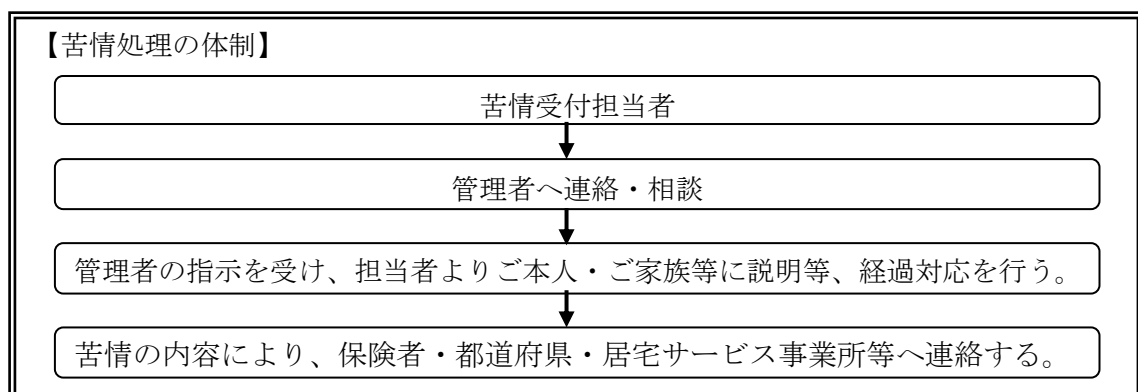
介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

19. サービスに関する相談・苦情受付窓口

- (1) 事業所お問い合わせ先

管理者 主任介護支援専門員 谷口 和子 電話番号072-255-9911

- (2) 当社「お客様相談室」 フリーダイヤル 0120-875-910



(3) 市区町村にも相談・苦情受付窓口等があります。

[公共団体の窓口] 大阪府国民健康保険団体連合会 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 大阪市中央区常盤1丁目3番8号 電話番号 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417
[保険者の窓口] 堺市長寿社会部介護保険課 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市堺区南瓦町3-1 電話番号 072-228-7513 FAX 072-228-7853
[保険者の窓口] 松原市高齢介護課 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 松原市阿保1-1-1 電話番号 072-337-3131 FAX 072-337-3113
[保険者の窓口] 堺市北区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市北区新金岡町5-1-4 電話番号 072-258-6771 FAX 072-258-6836
[保険者の窓口] 堺市堺区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市堺区南瓦町3-1(本館2階) 電話番号 072-228-7520 FAX 072-228-7870
[保険者の窓口] 堺市中区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市中区深井沢町2470-7 電話番号 072-270-8195 FAX 072-270-8103
[保険者の窓口] 堺市東区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市東区日置荘原寺町195-1 電話番号 072-287-8112 FAX 072-287-8117
[保険者の窓口] 堺市西区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市西区鳳東町6-600 電話番号 072-275-1912 FAX 072-275-1919
[保険者の窓口] 堺市南区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市南区桃山台1-1-1 電話番号 072-290-1812 FAX 072-290-1818
[保険者の窓口] 堺市美原区役所地域福祉課介護保険係 受付時間 平日の午前9時～午後5時	所在地 堺市美原区黒山167-1 電話番号 072-363-9316 FAX 072-362-0767
[あなたの窓口]	所在地 電話番号 FAX

【当事業所記入欄】

本サービス実施にあたり、ご利用者またはその家族に対して、本書面にもとづいて重要な事項ならびに個人情報の取り扱いに関し、ご利用者又はその家族に本書面ならびに個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項を交付し説明致しました。

(事業所名) 友愛ひだまりサロン

(所在地) 堺市北区南花田町3 6 5 番地の1

年 月 日

説明担当者 氏名 _____ 印

【ご利用者記入欄】

私は本書面により、居宅介護支援事業所 友愛ひだまりサロンから 本サービスについての重要事項ならびに個人情報の取り扱いに関し、友愛ひだまりサロンより本書面ならびに個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項を受領し説明を受け同意しました。

(ご利用者)

住所

名前 _____ 印

*代筆者名 ()

(続柄:)

年 月 日

(ご利用者の家族)

住所

名前 _____ 印

(続柄:)

(代理人)

住所

名前 _____ 印

※ ご利用者、ご利用者の家族が、成年後見人制度等
を利用する場合は、代理人欄にご記入下さい。