

【居宅介護支援事業重要事項説明書】

(萩原ケアサポートセンター)

1. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 下呂市社会福祉協議会
所在地	岐阜県下呂市萩原町萩原 8 7 5 - 2
電話番号	0 5 7 6 - 5 2 - 4 8 8 4
代表者	会長 大谷 克己
設立年月日	平成 1 6 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

事業所名	萩原ケアサポートセンター
所在地	岐阜県下呂市萩原町萩原 875-2
提供サービス・事業所番号	居宅介護支援・指定第 2172800357 号
管理者・電話番号	二村 公美 0576-52-2940
開設年月日	平成 16 年 4 月 1 日

3. 事業の内容

実施地域	下呂市内 萩原・馬瀬地域
営業日	月曜日～金曜日 但し、国民の祝日及び12月29日～1月3日までを除く ※ 天災及び事業所のやむを得ない事由により休業する場合あり
営業時間	午前 8 : 1 5 ～午後 5 : 1 5
営業時間外の対応について	上記の営業時間外は、転送電話によって 2 4 時間体制で相談に対応いたします。 0576-52-2940

4. 事業の目的

当事業所は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者等に対し、適正な介護支援業務を提供することを目的とします。

5. 事業所の運営方針

指定居宅介護支援の基本方針として、管理者及び従業者は、次に掲げる運営方針に従い業務を行います。

- ① 事業所は、被保険者が要介護状態となった場合、可能な限り居宅において、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に配慮した援助を行うものとする。
- ② 事業所は、被保険者の要介護認定に係る申請に対して、被保険者の意思を充分踏まえ、必要な協力を行うこととする。また、被保険者が要介護認定に係る申請を行っているか否かを確認し、その支援を行う。
- ③ 事業所は、被保険者の選択により、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、適切な保健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、一体的、効率的に提供されるよう配慮して、居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）を作成するよう努める。
- ④ 事業所は、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ち、ご利用者

に提供されるサービスの種類及びその量が適正に確保されるよう努め、特定の事業所に偏することのないよう、公平、中立にその業務を行うものとする。

- ⑤ 事業所は、関係市町村及び、あらゆる介護保険施設等の事業所や関係機関の連携を得て、事業の運営に当たるものとする。
- ⑥ 事業所は、指定居宅介護支援事業運営基準に示された範囲内で、下呂市との介護予防支援及び介護予防マネジメント業務委託契約に基づき、誠実に業務を行うものとする。

6. 職員の体制

当事業所では、サービス提供に必要な職種の職員を、指定基準を遵守し配置しています。(別紙資料参照)

7. 居宅介護支援の提供内容

当事業所では、下記のとおり居宅介護支援を提供します。

- ① 要介護者及び家族の状況、希望等の介護サービスの利用調整（ケアマネジメント）業務を行います。
- ② 居宅サービス計画（ケアプラン）の原案作成を行います。
 - ・ご利用者やご家族は計画作成にあたって、当該地域における複数のサービス事業所等を紹介するよう求めることができます。
 - ・ご利用していただくサービス事業所等の選定理由について、いつでも説明しますの
でお申し出ください。
- ③ 居宅介護サービスの調整を行います。
- ④ 居宅サービス計画の実施状況の把握を行います。
- ⑤ その他必要な在宅生活上の相談を行います。

8. 利用料金について

上記サービスにかかる利用料金については、介護保険より全額給付されご利用者等からの費用徴収は行いません。ただし、ご利用者の介護保険料の滞納等により、事業所が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することが出来ない場合は、利用料金の全額を一旦お支払いください。(別紙資料参照)

9. 利用の中途解約

ご利用者は、契約の終了を希望する3日以上前までに事業所に解約の申出をされた際は、中途解約することができます。

10. 利用に関する留意事項

① 介護支援専門員

サービス提供にあたっては、当事業所の担当介護支援専門員が誠意を持ってサービスを提供しますので、どんなことでもお気軽にご相談・ご依頼下さい。

② 介護保険被保険者証の確認

住所及び要介護度、認定有効期間など、介護保険被保険者証の記載内容に変更があった場合は、できるだけ速やかに本事業所従事者にお知らせください。また、本事業所従事者より「介護保険被保険者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

③ 定められた業務以外の禁止

ご利用者は、「7. 居宅介護支援の提供内容」で定められたサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。

④ 交通費など

- ・ 当事業所の通常の業務の実施地域内にお住まいの方の交通費は無料ですが、それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための、交通費の実費をいただく場合があります。
- ・ その他要介護認定の申請代行費用、ご利用者にお渡しする各種記録の謄写費用などをいただくことがあります。

⑤ 計画書等交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出ください。

⑥ 医療との連携・主治医等への連絡

- ・ ご利用者が病院等に入院する必要がある場合には、担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院される病院等にお伝えください。
- ・ サービス事業所等から利用者に関する情報の提供を受けたときなど、必要な場合は、ご利用者の同意を得て関連する医療機関や主治医等と連携を図ります。

⑦ ご利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の開催については、紙面及びメール・テレビ電話等 I C T を活用する場合があります。（利用者の居宅を訪問しての実施が求められている会議を除く）

⑧ 事業者からの介護支援専門員の交代

事業者の都合により、介護支援専門員を交代することがあります。介護支援専門員を交代する場合は、ご利用者に対してサービス利用上不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

⑨ その他

事業所職員に対して以下のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合は、サービスの提供を中止させていただきます。

ア. 身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

- ・ 物を投げつける
- ・ 蹴られる、たたかれる
- ・ 服を引きちぎられる

イ. 精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりする行為）

- ・ 怒鳴る、奇声、大声を発する
- ・ 特定の職員に嫌がらせをする
- ・ 理不尽な要求をする
- ・ 謝罪時に正座するよう強く求める

ウ. セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、性的ないやがらせ行為）

- ・ 事業所職員の体を触る、抱きしめる
- ・ ノード写真を見せる
- ・ あからさまに性的な話をする
- ・ 卑劣な言動を繰り返す

1 1. 居宅サービスの利用割合について

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（別紙資料3）のとおりです。

1 2. サービス実施の記録について

① サービス実施記録

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録します。なお、記録は、契約の終了後5年2ヶ月間保存します。

② ご利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいてご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。（複写料の諸費用はご利用者負担となります。）

13. 虐待防止のための措置について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・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。

14. 苦情の受付について

本事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

本事業所に対する苦情やご意見などに関するご相談は「苦情・相談窓口」にて受け付けます。

（別紙資料2参照）

15. 第三者評価実施状況

事業者は第三者評価機関による評価を実施しておりません。

16. 個人情報について

- ①事業所及びその従業者は、正当な理由がない限り、ご利用者に対するサービス提供にあたって知り得たご利用者及びご家族の個人情報を他に漏らしません。
- ②ご利用者及びご家族の個人情報をサービス担当者会議において用いることがあります。
- ③事業所は、その従業者が退職後も在職中に知り得たご利用者及びご家族の個人情報を他に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービス（ケアプラン作成業務）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所 属 萩原ケアサポートセンター

説 明 者 氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービス提供開始に同意しました。

住 所 下呂市 _____

利 用 者 氏 名 _____

ご 家 族 氏 名 _____ 印 （続柄： _____ ）

※この重要事項説明書は、下呂市介護保険法に基づく指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に係る基準に関する条例第7条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。