

居宅介護支援説明書

1 サービスの内容

- (1) 事業者（居宅介護支援事業者）は、利用者が自宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成するとともに、当該計画に基づいてサービス提供が確保されるよう事業者等との連絡調整その他の便宜の供与を行います。
- (2) 居宅介護支援にあたっては、利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的提供されるよう努力いたします。
- (3) 居宅介護支援にあたっては、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、提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることがないように、公正中立を行います。
- (4) 居宅介護支援にあたっては、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮いたします。
- (5) 事業者は、居宅サービス計画の作成後においても、利用者やその家族、事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて居宅サービス計画の変更、事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (6) 前項の居宅サービス計画の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。

2 担当の介護支援専門員等

- (1) 担当する居宅介護支援専門員及びサービス提供責任者は、次のとおりです。

居宅介護支援専門員 氏名： _____

連絡先（電話）： 0848-21-2224

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

- (2) 担当する居宅介護支援専門員を事業者側の事情により変更する場合には、あらかじめ利用者と協議します。

3 市町村への届出

この居宅介護支援のサービスを受ける際には、その旨を市町村に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続は上記の居宅介護支援専門員にご相談ください。

4 サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、書面に必要事項を記入し、必要により利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに「居宅サービス計画」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する書面を作成して、利用者へ説明します。
- (3) 事業者は、記録を作成完了後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

5 利用者負担金

- (1) 当該居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、利用者の自己負担はありません。
- (2) 介護支援専門員が通常の事業実施地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その実費を徴収する。但し、自動車を使用し、通常の事業の実施地域を超える場合は、超えた部分について露呈1キロメートル当たり20円を実費として徴収する。

6 キャンセル等

- (1) 利用者がこの居宅介護支援に係る訪問調査、居宅サービス契約の作成等のサービス提供をキャンセルし、又は中断する場合は、事前に次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）： 0848-21-2224（居宅介護支援事業所 ひらはらの郷）

- (2) 居宅サービス計画の変更、事業者との連絡調整等について利用者が行った依頼等を取り消す場合も、速やかに上記の連絡先までご連絡ください。
- (3) 利用者は、1週間以上の予告期間があれば、契約全体を解約することもできます（契約書6条）。
- (4) サービス提供のキャンセル又は契約の解約の場合にも、キャンセル料等は必要ありません。

年 月 日

(事業者) 所在地 広島県尾道市平原1丁目10番30号
社会福祉法人 ひらはら会
事業者名 居宅介護支援事業所 ひらはらの郷

代表者名 木曾 宗昭 印

重要事項説明書

(居宅介護支援)

1 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所 ひらはらの郷
所在地	〒722-0018 広島県尾道市平原1丁目10番30号
事業者指定番号	3471101463
管理者・連絡先	藤原 真子 TEL 0848-21-2224 Fax 0848-24-3235 営業日以外又は、時間外については TEL 0848-21-2223
通常事業の実施地域	尾道市 (御調町、因島各町、瀬戸田町、浦崎町、百島町を除く)

2 事業所の職員体制等

職種	業務内容	人員
管理者	居宅介護支援事業所の統括	1名 (他事業所の役職と兼務)
介護支援専門員	居宅介護支援業務全般	2名 (常勤 1名 非常勤 1名)

3 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで (ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月31日から1月3日までを除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで

4 利用料及び利用者負担

居宅介護支援利用料は厚生労働大臣が定めた基準額に準じた額です。ただし、当該居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、利用者の自己負担はありません。

(要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されますので利用者の負担はありません。)

5 秘密保持

事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

6 相談窓口、苦情対応

利用者は、提供した居宅介護支援に苦情がある場合又は事業者が作成した居宅サービス計画に基づいて提供された居宅サービスに苦情がある場合には、事業者、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所相談窓口	電話番号 0848-21-2224 fax番号 0848-24-3235 相談員(責任者) 藤原 真子 対応時間 営業時間内
----------	---

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口	所在地 〒722-8501 尾道市久保1丁目15番1号 尾道市福祉保健部高齢者福祉課 介護保険係 電話番号 0848-38-9440 対応時間 8:30~17:15
広島県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 〒730-8503 広島市中区東白島町19番49号 電話番号 082-554-0783 利用時間 月曜日~金曜日 8:30~17:15

7 事故発生時の対応

居宅介護支援の実施により事故が発生した場合には、マニュアルに添って速やかに必要な措置を講じ、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、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る場合は、この限りではありません。

8 公正中立なケアマネジメントの確保

- ① 利用者は、複数の居宅サービス事業者等の紹介を求めることができます。
- ② 利用者は、居宅サービス計画に位置付けた事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

9 医療と介護の連携の強化

利用者又はその家族は、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、当該利者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所にお伝えください。

10 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援サービス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。

- ① 事業所は、職員に対し、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に行います。
- ② 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。

11 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、身体拘束の適正化の推進、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止・身体拘束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。)を定期的で開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止・身体拘束防止のための指針を整備します。
- ③ 虐待を防止・身体拘束防止のための定期的な研修を実施します
- ④ 虐待・身体拘束及びハラスメントに関する相談窓口を設置します。

当事業所相談窓口	電話番号 0848-21-2224	fax番号 0848-24-3235
	担当者 谷本 まゆみ	責任者 藤原 真子

12 サービスの第三者評価の実施状況について

【実施の有無】	無
---------	---

13 ケアプランにおける利用状況の説明

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とおりである。

居宅介護支援サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 ひらはら会
 事業所名 居宅介護支援事業所 ひらはらの郷
 代表者 管理者 藤原 真子
 説明者 介護支援専門員

氏名 _____ 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、居宅介護支援サービスの提供を受けることに同意いたします。

年 月 日

【利用者】 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

【利用者のご家族等】 住所 _____

氏名 _____ 印 _____