

居宅介護支援 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 琉球キリスト教奉仕団
代表者名	浜端 宏次
所在地・連絡先	(所在地) 沖縄県北中城村字島袋1320番地 (電話) 098-933-1166 (FAX) 098-932-7372

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	居宅介護支援事業所 愛の村
所在地・連絡先	(所在地) 沖縄県北中城村字島袋1320番地 (電話) 098-989-5516 (FAX) 098-932-7372
事業所番号	4772500015
管理者の氏名	新城 哲

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	業務内容
管理者 主任介護支援専門員	1人以上	事業所の運営及び業務全般の管理 居宅介護支援サービスに係る業務
介護支援専門員	1人以上	居宅介護支援サービスに係る業務

(3) 営業日・営業時間等

営業日	月～金
営業時間	8:30～17:30
	※ただし、携帯電話等により連絡可能な体制をとります。

※ ただし、土（月1回の土曜日出勤あり）・日曜日・国民の休日・慰霊の日・
12月29日～1月3日を除く

(4) 実施地域

通常の事業の実施地域	北中城村
------------	------

※ 上記地域以外でもご希望の方は要相談

3. 事業所の運営の目的と方針

事業の目的：要介護状態又は要支援状態と認定された方に対し、適正な居宅介護支援を提供する事を目的とします。

運営方針：利用者が要介護状態にあっても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるよう配慮し、利用者の選択に基づき、公正中立な立場で居宅介護支援を行います。

4. サービスの内容

- 居宅サービス計画（ケアプラン）の原案作成等
 - ※ 課題分析（アセスメント）の実施
 - ※ サービス担当者会議の開催
 - ※ ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施
- 要介護等認定の申請に係る援助（申請代行などを行う）
- 給付管理業務（毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します）
- 連絡調整・情報提供（主治医、サービス事業者等）
 - ・ご利用者様の自宅へ少なくとも月1回以上訪問し、心身状況、置かれている環境等を把握した上で、居宅サービスおよびその他の必要な保険医療サービス、福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し、居宅サービス計画を作成します。

5. 主治医及び医療機関との連携

事業者は利用者の主治の医師及び関係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、疾患に対する対応を円滑に行う事を目的とします。

- ① 入院された際は担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先医療機関にお伝え頂くようお願い致します
- ② 医療系サービスの利用を希望している場合等は、意見を求めた医師等に対して居宅サービス計画を交付致します
- ③ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員が把握した利用者の状態等について主治医へ必要な情報伝達を行います

7. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

6. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	窓口担当者： 新城 哲 対応時間： 8：30～17：30 電話番号： 098-989-5516 利用方法： 電話又は面談
沖縄県国民健康保険団体連合会 業務課 介護サービス苦情相談窓口	電話番号： 098-860-9026
沖縄県介護保険広域連合 業務課	電話番号： 098-911-7502
沖縄県福祉サービス運営適正化委員会 (沖縄県社会福祉協議会内)	電話番号： 098-882-5704
北中城村役場 福祉課 介護保険係	電話番号： 098-935-2233 (代表)

(2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

- ① 苦情受付：苦情受付担当者は利用者等からの苦情を随時受付いたします
- ② 苦情受付の報告・確認
苦情受付担当者は、受付けた苦情はすべて苦情解決責任者へ報告します
その際、苦情受付担当者はその内容について書面に記録します。
- ③ 苦情解決に向けての話し合い
苦情解決責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努め、サービスの
資質向上を目指し改善するものとします。

8. 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族・等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び各関係機関に連絡を行います。

9. 個人情報の保護及び秘密の保持について

※ 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

※ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、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、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る場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

10. サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、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）及び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所にお知らせください

11. 利用者自身によるサービスの選択と同意

利用者自身がサービスを選択する事を基本に支援し、サービス内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。

- 利用者及びその家族は、当事業者に対して、居宅サービス計画に位置付ける居宅サービス事業所等について、複数の事業所の紹介を求めることができます。又、当該事業所等の居宅サービス計画に位置付けた理由も求める事ができます。
- 特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求める事なく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示する事はいたしません
- 居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当からなる、サービス担当者会議の招集や、やむを得ない場合には照会等により、当該居宅サービスの内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。

12. (非常災害対策) BCP

事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

- 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、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、非常時の体制下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（BCP）に従い必要な措置を講じるものとする。

13. (虐待の防止のための措置に関する事項)

1. 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 委員会を定期的開催するとともに、その結果について事業所に周知徹底を図ること。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は療養者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、 _____ ですが、
やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

重要事項説明・サービス提供の同意書

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して上記のとおり重要事項説明
しました。この証として本書2通を作成し、利用者、事業所が各自1通を保有する
ものとしします。

説明・交付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

居宅介護支援事業所 愛の村

説明者（介護支援専門員） 氏 名

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項・サービス提
供開始の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

利 用 者 住 所

氏 名

署名代行者 住 所

氏 名

本人との関係 （ _____ ）

■緊急時等連絡先

① 緊急時 連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

② 緊急時 連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院(診療所)	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	
救急搬送先		