居宅介護支援重要事項説明書

1．事業者の概要

事　　業　　者	株式会社　ワンストップ
代　　表	代表取締役　矢口　孝介
所　　在　　地	東京都中野区南台 2－17－10　1 階

2．事業所の概要

1）サービスを提供する事業所

事業所名	ワンストップ居宅介護支援事業所中野南台
所在地	東京都中野区南台 2－17－10　リーブランⅡ　1 階
事業所番号	介護保険事業所番号　　1371406503
管理者	矢口　孝介
提供地域	中野区・渋谷区・新宿区・杉並区・練馬区

3．目的及び運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な居宅介護支援を提供することにより、要介護状態の維持・改善を目的とし、目標設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2）営業日と営業時間

	営業日	営業時間
営業日	月曜日～金曜日	8：45～17：45

※ただし、祝日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く

3）職員体制

	業務	常勤
管理者	管理業務、指定居宅介護支援の提供	1 名（兼務）
介護支援専門員	指定居宅介護支援の提供	1 名以上

4．サービの提供方法

事業所は次の各号に定める方法や手順、方針で介護支援専門員に担当させ、居宅サービス計画の作成を支援します。

（1）　利用者の居宅を訪問し利用者および家族等に面接して情報を収集し解決すべき問題を把握します。

（2）　利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求め

ることができます。必要があれば遠慮なく申し出てください。

（３） 当該地域における居宅サービス事業者などに関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者およびその家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。

（４） 当該地域における指定居宅サービスで提供される体制を考慮して、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うえでの留意点などを盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

（５） サービス担当者会議を開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画に原案の内容について担当者から、専門的な見地から意見を求めます。

（６） 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上で、その種類、内容、利用料等について利用者およびその介護者（家族等）に説明します。

（７） 利用者が訪問看護、訪問リハビリテーションなどの医療サービスを希望している場合そのほか必要がある場合には、利用者の同意を得て、主治の医師または歯科医師の意見を求めます。

（８） 利用者が提示する被保険者証に認定審査会の意見などの記載がある場合には、利用者にその主旨を説明し、その理解を得たうえで、その内容に沿った居宅サービス計画を作成いたします。

（９） 居宅サービス計画を作成した際には、居宅サービス計画を利用者、家族及び担当者医交付します。

（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．サービスの提供方法

事業所は、居宅サービス計画作成後、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させます。

（１） 利用者およびその家族等と毎月連絡を取り、居宅を訪問し面接を行い居宅サービス計画の実施状況等の経過の把握に努め、利用者についての解決すべき課題の把握を行います。

（２） 居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。

（３） 疾病や症状の観察からその変化、日常生活上の状況等必要に応じて、主治医、医療機関との情報連絡を行います。

（４） 利用者の状態について知己的に再評価を行い、状態の変化等に応じて居宅サービス計画の変更、要介護認定区分変更申請の支援などの必要な対応を行います。

６．利用料金

（１） 基本料金

居宅介護支援にかかわる利用料（作成および相談）は原則として全額記顎保険からの給付が行われるため利用者の負担はありません。

ただし、保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合、いったん利用料の全額をお支払いいただき、当事業所から「サービス提供証明書」を発行します。後日、区市町村の窓口に提出しますと全額払い戻しを受けられます。

（２） 退院時にケアマネジメント業務を行ったものの、利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合、必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備を行い、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱う事が適当と認められる場合は、居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

（３） 交通費

サービス提供地域以外の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費をいただきます。

７．緊急時の対応

(1) サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合等、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

８．事故発生時の対応

(1) 事故が発生した場合は、主治医、利用者、区市町村へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。

(2) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

９．身分証携行義務

サービス提供者は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者または家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

１０． 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通りの措置を講じます

（１） 虐待の防止のための指針を作成し、これに基づき委員会を設置しています。

（２） 従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施します。

（３） 成年後見制度の利用支援を実施します。

（４） 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、これを区市町村に通報します。

１１． 身体拘束の適正化

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者およびその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際お利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

１２． 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症および自然災害に係る業務継続計画を作成し、以下の対策を講じています。

（１） 委員会の設置と従業員への業務継続経計画の周知を図ります。

（２） 感染症や自然災害が発生した場合において、迅速に行動できるための研修や訓練を実施します。

（３） 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.

１３． 秘密保持と個人情報の保護

事業者及び従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。また退職後においてもこれらに秘密を保守するべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

１４． 相談窓口及び苦情対応

（１） 事業所の相談窓口、区市町村の相談窓口は以下のとおりです。

苦情相談対応者	矢口　孝介
ワンストップ居宅介護支援事業所中野南台	中野区南台２－17－10 電話　03―6382―5336
【中野区】介護保険課　介護事業者係	03－3228－8878
【渋谷区】介護保険課　介護相談係	03－3463－2137
【新宿区】介護保険課　給付係	03－5273－3497
【杉並区】保健福祉部　介護保険事業者係	03－3312－2111
【練馬区】保健福祉サービス苦情調整委員	03－3993－1344
【東京都】東京都国民健康保険団体連合会　苦情相談窓口	03－6238－0177

１５．第三者評価の実施状況

⑴ 実施なし

年　　月　　日

【説明確認欄】居宅介護支援サービスの提供にあたり、本書面に基づいて重要事項について文書を交付し、説明しました。

事業者

所在地　　東京都中野区南台２－17－10　１階

法人名　　株式会社ワンストップ

代表者氏名　矢口　孝介

事業所名　　ワンストップ居宅介護支援事業所中野南台

管理者　　矢口　孝介　（説明者　　）

【利用者確認欄】　私は重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

利用者　　住所

氏名

代理人　　住所

氏名

個人情報使用に関する説明と同意書

ワンストップ居宅介護支援事業所中野南台では、利用者の在宅療養に関して多くの個人情報を預かります。取扱いに当たっては、個人情報保護法を遵守します。

円滑な介護サービスの提供を目的として、以下の範囲で個人情報を利用させていただきます。

【例示】

・サービス事業所、主治医、連携施設等との連絡、連携
・保険証、請求事務に伴う情報等の取り扱い
・情報提供（かかわる医療機関、福祉サービス利用に関しての情報提供書等）
・その他、サービスの質の向上のための研修や地域会議等

私およびその家族の個人情報については次に記載するところより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1，使用の目的

事業者が、居宅サービス計画に沿ってサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議等において必要な場合に使用する。

2，使用にあたっての条件

（1） 個人情報の提供は必要最低限とし、情報提供の際には関係者以外のものに漏れることがないよう細心の注意を払うこと

（2） 事業者は個人情報を使用した会議、出席者、内容等を記録しておくこと

3，個人情報の内容（例示）

氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の契約者や家族に関する情報

4，使用する期間

契約日より契約終了日まで

年　　月　　日

ワンストップ居宅介護支援事業所中野南台　殿

（利用者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご家族代表者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿