

指定居宅介護支援事業所
アルコート南 居宅介護支援事業所
重要事項説明書
< 令和6年11月1日 現在 >

1. 事業目的

介護保険法の理念に基づき要介護状態となった場合においても可能な限りその居宅においてその方の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支援することを目的とします。

2. 運営方針

- (1) ご利用者の心身の状態、そのおかれている環境等に応じて、ご利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスを、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供するように配慮する。
- (2) 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たって、ご利用者に提供する居宅サービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏る事の無いよう公正中立に行う。
- (3) 事業の運営にあたっては、市町村、地域包括支援センター、医療機関、その他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。
- (4) 緊急の事態にも柔軟に対応できる体制を整備する。

3. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0242-28-7667（午前8時30分～午後5時30分まで）

担当 上野 恵美

*ご不明な点は、なんでもおたずねください。

4. アルコート南居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	アルコート南 居宅介護支援事業所
所在地	福島県会津若松市館馬町6番11号
介護保険指定番号	0770202109
サービスを提供する地域	会津若松市 会津美里町

*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 当事業所の従業者体制・業務内容

職種	資格	員数
管理者	主任介護支援専門員、介護支援専門員	1名
介護支援専門員	主任介護支援専門員、介護支援専門員	1名以上 (管理者が兼務する場合有)

(3) 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月・火・水・木・金・土	午前8時30分～午後5時30分

*夜間の場合も受付はできますので、いつでもご相談ください。

*なお、12月31日から1月3日まではお休みさせていただきます。

5. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

- (1) 「居宅サービス計画作成依頼届出書」に氏名、住所を記入の上、当事業所または市町村窓口へ

提出してください。

＊電話でご連絡いただければ、自宅へ訪問することもできます。

- (2) ご本人ご家族のご希望にあわせて、介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービス提供事業者へ連絡、調整いたします。課題の分析については、事業所が定めるアセスメント分析様式を用います。
- (3) ご本人、ご家族は複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能です。
- (4) サービス提供事業者とご利用者本人の契約の成立後、サービスが提供されます。

6. 利用料金

- (1) 当事業所の利用料金につきましては、“別紙1”をご参照ください。
- (2) 交通費 無料です。
- (3) 解約料 ご利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

7. サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始
まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所従業員がお伺いいたします。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。
- (2) サービスの終了
 - ①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合
お申し出下さればいつでも解約できます。
 - ②当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。
その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。
 - ③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、要支援1、要支援2及び非該当（自立）と認定された場合
 - ・ご利用者がお亡くなりになった場合
 - ④その他
ご利用者やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

8. サービス内容に関する苦情

- (1) ご利用者相談・苦情担当
居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。
電話番号 0242-28-7667（月曜日～土曜日、8:30～17:30）
苦情相談担当者 介護支援専門員
苦情解決責任者 管理者

- (2) その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
なお、苦情に関わる対応の流れは、別紙参照願います。

- (3) 当事業所では、第三者評価の実施はありません。
但し、湖山医療福祉グループとしてサービス改善評価を実施しています。

9. 事故発生時の対応

居宅介護支援提供により事故が発生した場合には速やかに市町村・ご利用者の家族等に連絡します。なお、事故発生に関わる対応の流れにつきましては、別紙参照願います。又、当該事故がその提供により賠償すべき事故である場合、速やかに損害賠償を行います。

10. 従業員の研修及び健康管理

- (1) 当事業所は、介護支援専門員の資質向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものと
し、また、業務体制を整備します。
- | | |
|--------|--------------------------|
| ①採用時研修 | 採用後 3 ヶ月以内 (OJT 等) |
| ②継続研修 | 年 1 回以上 (事業所内・外部研修等への参加) |
- (2) 当事業所は、介護支援専門員の健康状態について、従業者に対し、入社の際及び毎年 1 回、
定期健康診断を行うよう整備します。

11. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を
講じます。
- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周
知徹底を図っています。
 - ②虐待の防止のための指針を整備しています。
 - ③職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。
 - ④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。
- 虐待の防止に関する担当者 介護支援専門員
- (2) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（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、これを区市町村に通報
します。

12. 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、お客様が継続して居宅介護支援の提供を受けられ
るよう、業務継続計画を策定するとともに、該当計画に沿った研修及び訓練を実施します。

13. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修及び訓練の実施
- (4) 専任担当者の配置

感染防止に関する担当者 介護支援専門員

14. 身体拘束等の原則禁止

お客様又はほかのお客様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、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際のお客様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。

15. 個人情報の保護

- (1) 当事業所は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 当事業所が得たご利用者様の個人情報については、介護サービス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必要に応じて入所者様又はその代理人の了解を得るものとします。
- ※当事業所における個人情報の取り扱い（個人情報に関する基本方針）は、当事業所の店頭又はホームページで公表します。

16. サービス提供記録の開示

- (1) ご利用者から書面又は口頭により、サービス提供記録の開示の申し出があったときは、身分証明書等によりご本人であることを確認の上、開示いたします。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことがあります。
- ①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
 - ②本社の事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
 - ③他の法令に違反することとなる場合
- (2) 開示は、書面により行うものとします。ただし、開示の申出をした者の同意があるときは、書面以外の方法により開示をすることができます。
- (3) サービス提供記録の開示又は不開示の決定の通知は、本人に対し書面により遅滞なく行うものとします。

年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 福島県会津若松市館馬町6番11号
名称 アルコート南 居宅介護支援事業所

説明者 介護支援専門員

印

私は、本書面により事業者から居宅介護支援についての重要事項について、説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

ご利用者（本人） 住 所

氏 名

印

ご家族（代理人） 住 所

氏 名

印