

ゴールドデンスタッフ山形居宅介護支援センター

重要事項説明書

指定居宅介護支援

山形市指定0670103936号

重要事項説明書 (居宅介護支援サービス)

令和4年 10 月1日現在

1 居宅介護支援サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ゴールデンスタッフ
代表者氏名	代表取締役 上谷 弘子
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	宮城県仙台市青葉区上愛子字街道66番地の23 電話:022-302-8839 ファックス:022-302-8831
法人設立年月日	平成17年4月15日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ゴールデンスタッフ山形居宅介護支援センター
介護保険指定 事業者番号	山形市指定 (0670103936)
事業所所在地	山形県山形市上町5丁目5番地27号 フォレストネットビル201
連絡先 相談担当者名	電話:023-647-6875 ファックス:023-646-6878 相談担当者氏名 : 渡 邊 美 花
事業所の通常の 事業の実施地域	山形市、上山市、天童市、山辺町、中山町、寒河江市、河北町、東根市、尾花沢市

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、利用者の選択に基づいて、適切なサービスが受けられるよう計画・調整を行うこととします。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する事業者等と綿密な連携のもと、総合的なサービスが提供されるよう、常に公平中立な援助に努めます。
運営の方針	利用者からの居宅サービス計画の作成依頼を受け、利用者及びその家族から情報を収集、解決すべき課題等を分析し、利用者の必要とするサービスの選択を求め、居宅サービス計画の原案を作成します。 その原案に基づき、保険給付の対象となるか否かの区分により、サービスの種類、内容、利用料について、利用者及びその家族に説明し、同意を得てサービス利用票を作成します。なお、サービスの状況把握は毎月行います。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日(国民の祝日、お盆休み及び12月31日から1月3日までを除く)
営業時間	午前9時から午後6時

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日(国民の祝日、お盆休み及び12月31日から1月3日までを除く)
サービス提供時間	午前6時から午後8時 営業日でない日及び営業時間外でも、電話等により24時間連絡可能な体制とする

(5) 事業所の職員体制

職名	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤兼務 1名
介護支援専門員	要介護者等からの相談に応じ、サービスが適切に利用できるよう、種類、内容との計画を作成するとともに事業者との連絡調整を行います。	常勤兼務 1名
事務職員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	非常勤 1名

3 提供するサービスの内容について

サ ー ビ ス の 内 容
1 訪問、面接による居宅サービス計画の作成、実施状況・経過の把握。課題の把握、分析を行いサービス業者との連絡調整その他便宜を図ります。 2 地域包括センターと委託契約をした要支援1・2の支援者の予防プランの作成を行います。 3 要介護認定等に関する申請について、申請の代行等必要な協力、援助を行います。 4 介護保健施設等への紹介等の便宜を図ります。 5 要介護状態にある利用者またはその家族への相談および苦情処理を行います。 6 サービス事業者の選定にあたって、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介することができます。また、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を介護支援専門員に求めることができます。

4 費用について

費用については、別紙「重要事項説明書 料金表」に定める。

5 担当する介護支援専門員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する介護支援専門員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	渡邊 美花
	イ 連絡先電話番号	023-646-6868
	同ファックス番号	023-646-6878
	ウ 受付日及び受付時間	平日:9:00～18:00

※ 担当する介護支援専門員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行います。当事業所の人員体制などにより、他事業所を紹介する等の対応をさせていただく場合がございます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

電話等での申し込みを受けますと、当事業所の職員が利用者宅へ出向きます。
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 利用者の都合でサービスを終了する場合

文書で申し出されますといつでも解約できます。

② 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あります。その場合には、終了1月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅支援事業所を紹介し
ます。

③ 自動終了

以下の場合には、双方が通知しなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が介護保健施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が自立、要支援1、要支援2と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

④ その他

利用者や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行為をした場合は、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あります。

7 虐待の防止について

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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための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(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します。

8 医療機関との連携に関するもの

- ① 利用者が医療機関等入院した際、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。
- ② 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、航空機能その他の利用者の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを利用者の同意を得て主治医若しくは歯科医師または薬剤師に提供いたします。
- ③ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の意見を求めます。またこの場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービスを主治医等に提供します。

9 相談支援事業者との連携に関するもの

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組みを行う者等との連携に努めます。

10 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者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ドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

11 緊急時の対応について

- ① 対応方法: サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

② 電話番号

・家族等連絡先: 氏名及び続柄 _____

(対応可能時間 _____)

電話番号: 自宅 _____ 勤務先及び携帯: _____

住所 _____

・主治医連絡先: 氏名 _____ 電話番号: _____

12 事故発生時の対応方法について

- (1) 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに県、市町村、及び利用者の家族等々に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

13 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

14 衛生管理等

- ① 介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 居宅介護支援事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

15 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した居宅介護支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ 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とします。

- ・苦情または相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、状況の聞き取り等を実施し、事情の確認を行います。
 - ・苦情受付担当者は、把握した状況を苦情解決責任者とともに検討を行い、対応を決定します。
 - ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡を行うとともに、利用者または家族へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。
- また、結果報告に時間を要する場合は、その旨を利用者または家族へ連絡します。

(2) 申立の窓口

【事業者の窓口】 ゴールデンスタッフ山形 苦情受付担当 管理者	所在地 山形市上町5丁目5番地27号 フォレストネットビル 201 電話番号:023-647-6868 ファックス:023-646-6878 受付時間:平日:9:00～18:00
【市町村の窓口】 山形市役所福祉推進部介護保健課	所在地: 山形市旅籠2丁目3番25号 電話番号: 023-641-1212 ファックス: 023-624-8887
【市町村の窓口】 上山市役所健康推進課高齢介護グループ	所在地: 上山市河崎1丁目1番10号 電話番号: 023-672-1111 ファックス: 023-672-1112
【市町村の窓口】 天童市役所健康福祉部社会福祉課	所在地: 天童市老野森1丁目1番1号 電話番号: 023-654-1111 ファックス: 023-658-8547
【市町村の窓口】 山辺町役場保健福祉課介護保険係	所在地: 山辺町緑ヶ丘5番地 電話番号: 023-667-1107 ファックス: 023-667-1112
【市町村の窓口】 中山町役場健康福祉課福祉グループ	所在地: 中山町大字長崎120番地 電話番号: 023-662-2456 ファックス: 023-662-5176
【市町村の窓口】 寒河江市役所④健康福祉課介護福祉係	所在地: 寒河江市中央1丁目9-45 電話番号: 0237-86-2111 ファックス: 0237-86-7220
【市町村の窓口】 河北町役場健康福祉課高齢者福祉係	所在地: 河北町谷地戊81 電話番号: 0237-73-2111 ファックス: 0237-72-7333
【市町村の窓口】 東根市役所福祉課長寿介護係	所在地: 東根市中央1丁目1-1 電話番号: 0237-42-1111
【公的団体の窓口】 山形県国民健康保険団体連合会	所在地: 寒河江市大字寒河江字久保6番地 電話番号: 0237-87-8000

16 文書の保存期間について

サービス提供に関する記録など文書については、5年の保存期間を確保する。

居宅介護支援の提供にあたり、利用者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	宮城県仙台市青葉区上愛子字街道66番地の29
	法人名	株式会社ゴールデンスタッフ
	代表者名	代表取締役 上谷 弘子 印
	事業所名	ゴールデンスタッフ山形居宅介護支援センター
	説明者氏名	介護支援専門員 渡 邊 美 花 印

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

令和 年 月 日

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の説明を受け、その内容に同意し、「重要事項説明書」および「重要事項説明書 料金表」を受領いたしました。

住 所 _____

利用者
氏 名 _____ (印)

私は、本人の契約意志を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

利用者との関係 _____

署名代行理由 _____

住 所 _____

署名代行者
氏 名 _____ (印)

連絡先 _____