

# 居宅介護支援事業所ケンゆのかわ 重要事項説明書

## (事業の目的)

当事業所は、介護保険法等の関係法令に従い、事業所の介護支援専門員が要介護状態にある利用者が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生活を営むことができるよう配慮し、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じた日常生活を営むことができるよう居宅介護支援（ケアマネジメント）を行い、利用者の選択に基づいた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、適切な居宅介護サービスが提供されるよう支援することと専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施することを目的とします。

## (運営の方針)

事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅サービス事業者、他の指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設等と綿密な連携を図るとともに、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、利用者へ提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立な業務に努めます。

## (事業者の概要)

### 1. 事業者の名称

- (1) 法人名 社会福祉法人 函館厚生院
- (2) 法人所在地 北海道函館市本町34番8-1号
- (3) 電話番号 0138-51-9588
- (4) 代表者氏名 理事長 中田 智明
- (5) 設立年月日 明治33年3月6日（昭和27年5月17日 社会福祉法人設立認可）

### 2. 事業所の名称等

- (1) 種類・名称 居宅介護支援事業所ケンゆのかわ  
特定事業所Ⅱ加算取得事業所
- (2) 指定番号 0171404510
- (4) 所在地 北海道函館市湯川町3丁目29番15号
- (5) 電話番号 0138-36-1500
- (6) F A X 番号 0138-83-6117
- (9) 開設年月日 平成30年4月1日

### (11) 当事業所で合わせて実施する事業

[老人保健施設]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[短期入所療養介護]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[介護予防短期入所療養介護]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[通所リハビリテーション]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[介護予防通所リハビリテーション]	平成18年4月1日指定	0151480043号

[訪問看護]	(介護保険)	平成12年4月1日指定	0161490057号
	(医療保険)	保険医療機関コード	1490057
[介護予防訪問看護]	(介護保険)	平成18年4月1日指定	0161490057号
[訪問リハビリテーション]		令和2年1月1日指定	0151480043号
[介護予防訪問リハビリテーション]		令和2年1月1日指定	0151480043号
[ヘルパーステーションケンゆのかわ]		令和3年3月1日指定	0171405004号
[訪問型サービス事業所ケンゆのかわ]		令和3年3月1日指定	0171405004号
[身体障害者居宅介護事業所ケンゆのかわ]		令和3年3月1日指定	0111402426号

### 3. 職員の配置状況

令和7年4月1日現在

職 種	員数	職 務 内 容
管理者	1名以上 (常勤兼務 1名)	職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を行います。
主任介護支援専門員	1名以上 (常勤兼務 1名)	居宅介護支援サービスに係る業務を行います。
介護支援専門員	1名以上	居宅介護支援サービスに係る業務を行います。

常勤かつ専従の介護支援専門員3名以上と主任介護支援専門員等の配置をしております。

※上記職員数は、事業の状況等によって増減できるものとします。

### 4. 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～金曜日（祝祭日を含む）（12月30日から1月3日までを除く）

営業時間 9:00～17:30

※ 緊急に連絡が必要な場合は24時間電話連絡できる体制を整えています。

（事業所の休日及び営業日の17:30～9:00まではオンコール対応）

緊急連絡先 担当介護支援専門員緊急連絡先にて24時間体制で受付

### 5. 居宅介護支援の提供方法及び内容

#### (1) 相談体制

事業所内に相談室を整備し、利用者からの相談に適切に対応します。

#### (2) 課題分析票の種類

利用者に対する介護サービス計画原案作成のために使用する課題分析方式については、「居宅サービス計画ガイドライン」等とします。

#### (3) 居宅サービス計画の作成

当該地域における居宅サービス事業所等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及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。提供される居宅サービスの目標、その達成時期、居宅サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画原案を作成します。

作成した居宅サービス計画原案に関しては、必ず利用者に対して説明を行い、同意を得て交付

します。

利用者は、居宅介護支援事業の提供を受けるに当たり、複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることができます。また、当該事業所等を居宅サービス計画原案に位置付けた選定理由についても求めることができます。

利用者に対し、前6カ月間に作成した居宅サービス計画における、訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与(以下、訪問介護等という)の各サービスの利用割合及び前6カ月間に作成した居宅サービス計画における、訪問介護等の、各サービスごとの同一事業所によって提供されたサービスの割合の説明を行います。

#### (4) サービス担当者会議

居宅サービス計画に対し、専門的な見地から意見を求めるとともに、利用者とその家族、居宅サービス事業所等が、目標や支援のポイント、留意点等を共有する目的とし、サービス利用開始時、要介護及び要支援認定期間の満了時、及び要介護状態等の変更時に、当該計画原案に位置付けた居宅サービス等の担当者を招集ややむを得ない場合には照会等により担当者会議を開催します。

#### (5) 居宅訪問

居宅サービス計画作成にあたり、利用者の置かれている環境の評価や現に抱えている問題を把握するため、居宅訪問による面接を行います。また、当該計画作成後においても、最低1カ月に1度は居宅サービス計画の実施状況等を把握し、サービス計画の変更など、利用者等が求めるサービスが適切に提供されるよう、月に1回以上の居宅訪問等の方法による支援を行います。

#### (6) 居宅サービス計画への同意

居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス等について、保険給付の対象に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及び家族に説明し、利用者より同意を受けます。同意後、居宅サービス計画に記載されている内容等について状況の変化等により変更が生じた場合は必ず当事業所に連絡ください。

なお、利用者は、病院または診療所に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の氏名および連絡先を、当該病院または診療所に伝えていただくことにご協力いただきます。利用者の疾患に対する円滑な対応を目的として事業者は必要に応じて主治医及び関係医療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連絡を取り、対応します。

#### (7) その他

事業者は要介護認定等の有効期間を確認し、有効期間の終了1ヶ月前までに利用者へ要介護認定等の更新申請について連絡し、利用者の依頼により要介護認定申請等を代行します。

その他、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うために必要と認められるサービスの提供を行います。

## 6. その他、職務内容及び体制

### (1) 会議の開催

専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施する為、概ね週に1回、「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」を開催しております。

## (2) 研修の実施

介護支援専門員に対し、個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施期間を定めた研修計画を作成し、計画的に研修を実施しています。また、他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等の取り組みを実施しています。

## (3) 地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備しています。また、地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加しています。

## (4) その他

必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援サービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成しています。

事業所は認知症対応力の向上に向けた取り組みに努めます。

## 7. 費用等

### (1) 利用料金

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援費については介護保険制度から全額保険給付されるので自己負担はありません。ただし、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月について料金をいただき、当事業所が居宅介護支援提供証明書及び領収書を発行します。（※この居宅介護支援提供証明書及び領収書を後日市町村の介護保険課の窓口に出しますと、償還払いを受けられます。）

(2) (4) の通常の事業の実施地域を超えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の事業の実施地域を超えた所から利用者宅の最短の往復距離（1km未満端数切り捨て）に30円（1km単価）を乗じた額を徴収します。

(3) 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けるとします。

(4) 通常の事業の実施地域は、函館市（旧戸井町、旧恵山町、旧楳法華村、旧南茅部町を除く）の区域です。

## 8. 事故発生時の対応

利用者に対し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市町村、利用者のご家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況および事故に際してとった処置について記録します。また、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。

## 9. 秘密保持

従業員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らしません。従業員であった者が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

利用者またはその家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いません。

## 10. ハラスメントの防止

事業所は、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業所の責務を踏まえつつ、「職場におけるハラスメントの禁止について」の指針に基づき、適切なハラスメント対策に取り組めます。

### 11. 高齢者虐待防止の取り組みについて

#### (1) 虐待防止に関する責任者

虐待防止に関する責任者は、介護老人保健施設ケンゆのかわ身体拘束廃止・虐待防止委員会の責任者とします。

#### (2) 取組内容について

定期的に虐待防止の為の委員会を開催し、虐待防止の周知徹底を行なっています。

年1回または定期的に虐待防止に資する勉強会を開催、啓発ポスターなどを作成し虐待防止の意識付けを行なっています。

### 12. 業務継続計画の策定について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施する為、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の業務継続計画を策定し、必要な措置を講じるものとします。業務継続計画については、従業員へ周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的に行い、定期及び必要時に計画の見直しを行ないます。

### 13. 衛生管理について

事業所は、本事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように本体施設と連携し以下に掲げる措置を講じます。

(1) 感染症の予防及びまん延防止の為の対策を検討する委員会の開催及びその結果の周知

(2) 感染症の予防及びまん延防止の為の指針の整備

(3) 感染症の予防及びまん延防止の為の定期的な研修及び訓練の実施

### 14. 身体拘束について

事業所は、当該利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行ないません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

### 15. 苦情対応

利用者から事業所へ苦情の申し立てまたは相談があった場合、苦情対応の窓口責任者が迅速かつ誠実に必要な対応を行います。利用者が苦情申し立てを行ったことを理由として何ら不利益な取り扱いをすることはありません。

16. 苦情申立先

[当事業所窓口]

居宅介護支援事業所ケンゆのかわ

TEL 0138-36-1500 FAX 0138-83-6117

受付時間 9:00~17:30 (土、日、12月30日~1月3日を除く)

[公共機関窓口]

- ・函館市保健福祉部 高齢福祉課高齢・介護総合相談窓口、指導監査課高齢者担当

函館市東雲町4番13号

総合相談窓口 TEL 0138-21-3025 FAX 0138-26-5936

指導監査課 TEL 0138-21-3926 (もしくは3927、3923)

受付時間 8:45~17:30 (土日・祝日を除く)

- ・北海道国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口

札幌市中央区南2条西14丁目

TEL 011-231-5175 FAX 011-233-2178

受付時間 9:00~17:00 (土日・祝日を除く)

- ・北海道社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会

札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 5階

TEL 011-204-6310 FAX 011-204-6311

受付時間 9:00~17:00 (土日・祝日を除く)

【説明確認欄】

契約の締結にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

年 月 日

所在地 函館市湯川町3丁目29番15号

事業所名 居宅介護支援事業所ケンゆのかわ

説明者

氏名 \_\_\_\_\_

契約の締結にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意致します。

年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(代筆者 氏名 )

(続柄 )

代筆理由 ( \_\_\_\_\_ )

家族または代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_