

重 要 事 項 説 明 書

令和6年6月1日現在

1. 事業者（法人）概要

事業者名称	特定非営利活動法人わっく室蘭
所在地	室蘭市高砂町1丁目10番17号
法人種別	特定非営利活動法人
代表者氏名	会長 鈴木 健生
設立年月	2000年2月15日
電話番号	0143-45-2034

2. 事業所の概要

事業所の名称	わっく室蘭居宅介護支援事業部
事業所の種類	指定居宅介護支援、指定介護予防居宅介護支援
事業所の所在地	室蘭市高砂町1丁目10番17号
電話番号	0143-45-2041
緊急連絡先	080-9173-6661（土日祝日、夜間早朝専用）
管理者氏名	居宅介護支援専門員 丸子 恵
指定年月日	2001年4月1日（事業所番号：北海道0173500208）
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護事業所 2000年4月1日 指定 指定障害者在宅介護支援事業所 2006年10月1日 指定 指定通所介護事業所 2010年4月1日 指定
事業実施地域	室蘭市、登別市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	地域社会を豊かに住みやすくするために、介護サービスを提供することによって福祉の増進を図る。
事業所の運営方針について	利用者の人格を尊重し、自立した日常生活を営むことができるように配慮し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。

4. 営業時間

営業日・時間	通常 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分
備 考	土日祝日、12月30日～1月3日は休業日ですが、利用者の意向により対応します。

5. 職員の体制

従業者の職種	資格	職務の内容
管理者（兼務）	介護支援専門員	業務全般の管理
居宅介護支援専門員（兼務）	介護支援専門員	ケアプランの作成 他
事務職員		事務全般

6. サービス利用料及び利用者負担

- （１）居宅介護支援については、利用者の負担はありません。
- （２）介護支援専門員が通常のサービス地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

7. 苦情等の受付について

- （１）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）サービスに対する苦情やご意見、手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	お客様相談係 鈴木 健生
受付時間	平 日 ８時３０分～１７時３０分
電話番号	０１４３－４５－２０４１

- （２）行政機関その他苦情受付機関

室蘭市保健福祉部 高齢福祉課	平 日 ９時００分～１７時００分 電話番号 ０１４３－２５－３０２７
北海道国民健康保険団体連合会	平 日 ９時００分～１７時００分 電話番号 ０１１－２３１－５１６１

8. 指定居宅介護支援の提供方法及び内容

- （１）相談体制
事業者内に相談室を整備し、利用者からの相談に適切に対応する。
- （２）課題分析票の種類
利用者に対する介護サービス計画案作成のために使用する課題分析方式については、「全社協方式」等とする。
- （３）介護サービス計画の作成
- （４）サービス担当者会議
介護サービス計画原案に対し、専門的な見地から意見を求めるため、当該計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行うサービス担当者会議を事業所内会議室において開催する。
- （５）居宅訪問
計画居宅サービス作成に当たり、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調査を行う。また、当該計画作成後においても、計画居宅サービス計画の実施状況を把握し、サービス計画の変更など、利用者が求めるサービスが適切に供給されるよう居宅訪問等の方法による支援をおこなう。

- (6) 地域ケア会議における関係者間の情報共有
地域ケア会議において、個別のケアマネジメント事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。
- (7) 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う。

9. 医療機関との連携

指定居宅介護支援の提供にあたり医療機関との連携は次のとおりとする。

- (1) 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等には、意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する。
- (2) 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、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、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う。
- (3) 入院時における医療機関との連携を促進する観点から居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関へ提供する。

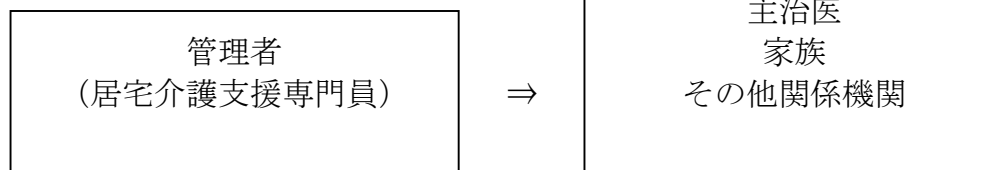
10. 個人情報の保護

- (1) 事業所は、利用者又は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扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。
- (2) 事業者が得た利用者又は家族の個人情報については、事業所での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、外部への情報提供については利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとする。

11. 緊急時の対応

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医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。

- (1) 緊急時の連絡体制



- (2) 緊急時の連絡先及び対応可能時間
080-9173-6661 (土曜・日曜・祝祭日専用 9:00~17:00)

12. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、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市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- (2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行うものとする。
- (3) 事業所は、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は、損害賠償を速やかに行うものとする。

1 3. ハラスメントの防止

事業所は、適切な事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより居宅支援専門員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

1 4. 虐待の防止の措置に関する事項

- (1) 虐待の発生または再発を防止するために、以下の措置を講じる。
 - ① 虐待防止検討委員会を設置して、定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
 - ② 虐待の防止のための指針を整備する。
 - ③ 従業者に対して、虐待の防止のための研修を定期的を開催するために研修計画を定める。
 - ④ 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (2) 虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合には、市町村へ報告するとともに、再発防止策を講じる。

1 5. 身体拘束に関する事項

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（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。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する。

1 6. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

1 7. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 訪問介護員等の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 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。

1 8. 記録の保存

設備、備品、従業者及び会計に関する諸記録を整備するとともに、利用者に対するサービスの提供に関する記録を整備し、その完結から2年間保存する。

1 9. 秘密保持等

- (1) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- (2) 従業者であった者に、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、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

当事業所は重要事項説明書に基づいて、居宅介護支援サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	室蘭市高砂町1丁目10番17号
	事業者(法人)名	特定非営利活動法人わっく室蘭
	事業所名	わっく室蘭居宅介護支援事業部
		(事業所番号)0173500208
	代表者名	会長 鈴木 健生

説明者	職 名	居宅介護支援専門員者
-----	-----	------------

氏 名	丸子 恵
-----	------

私は、重要事項説明書に基づいて、居宅介護支援サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

ご利用者様

氏 名

代理人
(選任した場合)

氏 名

(注)「代理人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に
たって事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。
なお、代理人は契約上の法的な義務を負うものではありません。