

重要事項説明書

(居宅介護支援)

1 居宅介護支援

要介護状態および要支援状態にある、ご本人またはご家族の依頼により、ご利用者の心身の状況・希望及びその置かれている状態等に応じて、ご利用者の選択に基づき、各種居宅サービスが総合的、効率的、計画的に提供できるように居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービス実施機関等との連絡調整を行うことを居宅介護支援といいます。

2 事業所のサービス方針等

当事業所は、利用者が可能な限り自宅において、能力に応じた日常生活を続けることができるよう支援をしていきます。また併設するクリニック、介護付き有料老人ホーム及び他の保健・医療・福祉サービス提供事業者との連携に努めていきます。

3 業務内容

- (1) 介護保険、在宅介護、施設介護等の相談
- (2) 要介護認定申請の代行
- (3) 居宅介護サービス計画（ケアプラン）作成
- (4) 他のサービス提供事業者の提供するサービスを利用するために必要な連絡調整
- (5) 居宅サービス利用に際しての苦情受け付け

4 市町村への届出

居宅介護支援のサービスを受ける際には、その旨を市町村に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続きは上記担当者にご相談ください

5 事業所の概要

| | |
|----------|---|
| 事業所名 | 介護支援センターゆい小田原 |
| 所在地 | 神奈川県小田原市久野 13 番地 1 職員寮 101 号室 |
| 事業所指定年月日 | 令和 4 年 10 月 1 日 |
| 事業所指定番号 | 1 4 7 2 3 0 3 7 9 9 |
| 管理者名 | 井上 智恵美 |
| 連絡先 | 電話 0465-46-8313 FAX 0465-46-8314 |
| サービス提供地域 | 小田原市・箱根町・大井町・松田町・山北町・中井町・二宮町・南足柄市 |
| 業務の内容 | 居宅介護支援事業所 (併設) ゆい小田原クリニック (予防) 通所リハビリテーション (予防) 訪問看護ステーション (併設) 介護付き有料老人ホームデンマーク INN 小田原 105 床 (予防) 短期入所生活介護 |

6 法人名 : 特定医療法人社団 研精会 代表者 : (理事長) 石坂 真一郎

7 事業所の職員体制等

| 職 種 | 職務内容 | 人員 |
|---------|--------------|----------|
| 管理者 | 事業所内の管理・統括 | 常勤兼務 1 名 |
| 介護支援専門員 | 居宅サービス計画関連業務 | 常勤兼務 1 名 |

8 地域

サービスの提供地域は、小田原市、足柄下郡箱根町、足柄上郡大井町、足柄上郡松田町、足柄上郡山北町、足柄上郡中井町、中郡二宮町、南足柄市とします。

9 営業時間

| | 平日 | 土曜・日曜・祝日 |
|-----|------------|----------|
| 時 間 | 9：00～17：00 | 休 業 |

(注) 年末年始(12/30～1/3)は「休業」となります。

10 利用者負担金

- (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提供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。

11 サービスの中止(キャンセル)等

- (1) 居宅介護支援あるいは居宅サービス提供の変更または中止を希望する場合は、事前に担当の介護支援専門員にご連絡ください。
- (2) 3日以上予告期間があれば、契約全体を解約することもできます。
- (3) サービス提供のキャンセル又は契約の解約の場合にも、キャンセル料等は必要ありません。

12 秘密保持

業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約後も第三者に漏らすことはありません。また、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

13 事故発生時及び緊急時の対応

利用者に対する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・利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。緊急時の連絡先は下記に記します。

| | |
|--------|---|
| 医療機関等 | 医療機関・主治医等の氏名 連絡先 |
| 緊急連絡先 | 氏 名 連絡先 |
| 併設医療機関 | 箱根リハビリテーション病院附属ゆい小田原クリニック(院長：永井) 電話：0465-46-6481 |

14 相談窓口、苦情対応

*サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

| | |
|--------|--|
| 事業所相談室 | (電話) 0465-46-8313 (FAX) 0465-46-8314 (担当者) 井上 智恵美 (対応時間) 平日9：00～17：00 |
|--------|--|

〈公的機関への苦情申出〉

| | |
|--|---|
| 小田原市役所 高齢介護課 | (所在地) 小田原市荻窪300 (電話) 0465-33-1827 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 箱根町役場 福祉部福祉課 | (所在地) 足柄下郡箱根町湯本256 (電話) 0460-85-7790 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 大井町役場 福祉課 | (所在地) 足柄上郡大井町金子1964-1 (電話) 0465-83-8024 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 松田町役場 福祉課 | (所在地) 足柄上郡松田町松田惣領2037 (電話) 0465-83-1226 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 中井町役場 健康課高齢介護班 | (所在地) 足柄上郡中井町比奈窪56 (電話) 0465-81-5546 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 山北町役場 保険健康課 | (所在地) 足柄上郡山北町山北1301- (電話) 0465-75-1122 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 二宮町役場 高齢介護課 | (所在地) 中郡二宮町二宮961 (電話) 0463-73-0134 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 南足柄市役所 高齢介護課 | (所在地) 南足柄市関本440 (電話) 0465-73-8057 (対応時間) 平日 8:30~17:15 |
| 神奈川県国民健康保険団体連合会 (国保連)介護保険課(介護苦情相談係) | (所在地) 横浜市西区楠町27-1 (電話) 045-329-3447 (FAX) 0570-033110 (利用時間) 平日 9:00~17:00 |

15 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

- ・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ので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- ・病院等に入院しなければならない場合には、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。

16 感染症や災害への対応強化

法人全体として「感染症や災害への対応強化」について取り組みます。

- (1) 感染症の発生及びまん延等に関する取り組みを行うため、感染症対策委員会の開催、指針の

- 整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施。
- (2) 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を整えるため、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施。
- (3) 災害への地域と連携した対応の強化として、計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難訓練の実施等。

17 業務継続計画の策定等

感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護サービスを受けられるようにするため、法人全体として次の事項について取り組みます。

- (1) 感染症に係る業務継続計画の策定と実施。
- (2) 災害に係る業務継続の策定と実施。

18 高齢者虐待防止の推進

利用者の人権の擁護、虐待防止を図るため、その発生またはその再発を防止するための委員会の設置と開催、指針の整備、研修の整備、責任者を定め、保険者および地域包括支援センターと協力、連携し法人全体として取り組みます。

19 ハラスメント対策の強化

男女雇用機会均等法に基づき、事業所内や利用者や家族から受けるセクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止について、法人全体として取り組みます。

20 テレビ電話等情報通信機器の使用について

- (1) 利用者ならびに利用者の家族との面談やサービス担当者会議等の実施に際し、利用者宅、サービス事業所等で開催する他、必要に応じてテレビ電話等を活用いたします。
- (2) 訪問記録を随時記載できる機能を有するソフトウェアを組み込んだタブレット等、事業所内外や利用者の情報を共有できるチャット機能のアプリケーションを備えたスマートフォン等を活用し記録の作成を行います。

【説明確認欄】

年 月 日

上記により重要事項を説明し、重要事項説明書を交付しました。

事業所

(事業所名) 介護支援センターゆい小田原

(説明者) _____ 印

居宅介護支援サービスについて、担当者から重要事項の説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

利用者

(氏名) _____ 印

代理人

(氏名) _____ 印