

# 重要事項説明書

## 1 サービス内容（自立支援・利用者本位）

事業者は、利用者に対し、可能な限り居宅において能力に応じた自立した日常生活を営むために必要な居宅サービスが適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、当該計画に基づいて、適切な居宅サービスの提供が確保されるようサービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。また、必要に応じて医療機関との連携に努めます。

**\*主治医等の医療機関に、予め担当者氏名をお伝え下さいますようお願いいたします。**

## 2 サービス提供の方針（利用者本位・公正中立）

居宅介護支援にあたっては、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、提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏ることがないように公正中立に行います。

(1) 利用者に対して、ケアプラン作成時に、①複数のサービス事業所の紹介、②サービス事業所選定理由の説明、を行います。利用者は、上記①②の説明を求めることができます。

(2) 利用者に対して、前6ヶ月に作成したケアプランにおける訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与の、①各サービスの利用割合、②各サービスの同一事業者によって提供されたものの割合を、年2回、説明します。

(3) 認知症対応力の向上に努め、研修の受講状況等、認知症に係る取組状況について情報公表を行います。

## 3 事業運営の留意事項

(1)感染症の発生及びまん延防止等に関する取組の徹底を図るため、委員会開催、指針整備、研修実施、訓練実施等を行ないます。

(2)虐待の発生又は再発を防止するため、委員会開催、指針整備、研修実施、担当者配置等を行ないます。

(3)男女雇用機会均等法に関する責務を踏まえて、ハラスメント対策を講じます。

(4)感染症や災害が発生した場合でも継続的にサービス提供できるよう、業務継続に向けた計画策定、研修実施、訓練実施等を行ないます。

## 4 事業所の概要

事業所名	南足柄市社会福祉協議会居宅介護支援事業所
所在地	神奈川県南足柄市関本403番地2
提供可能なサービス種類	居宅介護支援
介護保険事業所番号	1474300116号
管理者及び連絡先	(管理者) 穂谷野 靖 (電話) 0465-71-2070
サービス提供地域	南足柄市全域
併設サービス	訪問介護

## 5 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 南足柄市社会福祉協議会
代表者名	会 長 玉野 真永
本社所在地・電話	(所在地) 南足柄市関本403番地2 (電 話) 0465-73-1575
業務の概要	社会福祉事業、保健医療教育その他社会福祉と関連する事業との連絡、共同募金事業への協力、ボランティア活動の振興、介護保険事業の経営、障害福祉サービス事業の経営、移動支援事業の経営、その他この法人目的達成のため必要な事業 *運営にあたっては法令遵守いたします。
事業所数	3

## 6 事業所の職員体制等

職 種	従事する業務内容	人 員
管理者	職員管理・業務管理	1名（常勤兼務）
介護支援専門員	ケアプラン作成	4名（常勤兼務1名、常勤専従3名）
事務担当職員	庶務・会計	1名以上

## 7 営業日・営業時間

営業日	月曜日から金曜日（祝祭日除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時15分

(注1) 祝祭日・年末年始(12/29～1/3)は「休日」の扱いとなります。

(注2) 営業日外・営業時間外は電話対応になります。(特定事業所加算算定事業所の責務)

## 8 利用者負担金

### (1)居宅介護支援費

法定代理受領サービスである場合は、利用者負担はありません。

### (2)交通費・移動費

介護支援専門員が通常のサービス提供地域を超えて訪問・出張する場合には、その交通費(実費)の支払いが必要となります。自動車及び原動機付自転車の場合は、1キロメートルにつき50円、自転車は1キロメートルにつき30円とします。

## 9 秘密保持

(1)事業者は、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、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

(2)事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者サービスを提供するサービス事業者や医療機関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ます。

## 1 0 記録の保管

提供したサービス内容等の記録は、その完結の日から5年間保管するものとします。

## 1 1 緊急時の対応

サービス提供にあたり怪我や体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 連絡先

\*主治医等の医療機関に、予め担当者氏名をお伝え下さいますようお願いいたします。

## 1 2 事故発生時の対応

サービス提供に係る事故が発生した場合は、別に定める事故対応マニュアルに従い対応するとともに、ご家族及び保険者に報告いたします。

前述の事故において事業所に責任賠償が生じたときは、その損害を賠償します。ただし、事業所の過失によらない場合はその限りではありません。

## 1 3 職員の研修

介護支援専門員の資質向上のため、採用時及び年1回以上の研修機会を確保します。

## 1 4 相談窓口、苦情対応

(1)サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で時間内にお受けいたします。苦情申し立て等に対しては迅速かつ誠実に対応します。

苦情・相談等の窓口	(電話) 0465-71-2070 (FAX) 0465-73-1211 (相談員) 露木 隆夫 (対応時間) 8:30~17:15
苦情解決第三者委員	委員については事業所内に掲示しています。

(2)公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

南足柄市高齢介護課	(所在地) 南足柄市関本440 (電話) 0465-73-8057 (FAX) 0465-74-0545 (対応時間) 8:30~17:15
神奈川県 国民健康保険団体連合会 (国保連)	(所在地) 横浜市西区楠町27-1 国保会館 (電話番号) 045-329-3447 (対応時間) 8:30~17:15

【説明確認欄】

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 所在地 : 南足柄市関本403番地2

事業者名 : 南足柄市社会福祉協議会居宅介護支援事業所

説明者 : \_\_\_\_\_ 印

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(利用者)

住所 南足柄市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

(上記代理人) 代理人を選任した場合

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印

(立会人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印