

重要事項説明書

(居宅介護支援サービス)

第1条 (会社の概要)

法人の名称	株式会社へいあん
代表者職氏名	代表取締役 相馬 秀行
法人の所在地	神奈川県平塚市桜ヶ丘1-35
電話番号	0463-35-6578
FAX番号	0463-34-1713
運営する主な事業・サービス内容	訪問入浴・訪問介護・居宅介護支援・訪問看護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与・住宅リフォーム・特定福祉用具販売・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護（介護予防事業も含む）
事業所数	15ヶ所

第2条 (会社のサービス方針等)

会社の経営理念は、お客様を第一として考え、生活産業を通じて社会に貢献することです。その為に人材の教育育成に努め、サービスの品質を磨き続けます。また、利用者、その家族、さらに地域社会のケアを通し利用者の生き甲斐を創造します。

第3条 (居宅介護支援サービスの目的)

居宅介護支援サービスは、要介護状態となった場合においても、その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日常生活を営むことができるよう、心身の状況や環境、希望を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、安定的にサービスが提供されるよう支援することを目的とします。

第4条 (事業所の概要)

事業所名	へいあんホームケア小田原
所在地	神奈川県小田原市矢作5-1
管理者	阿部 由美子
電話番号	0465-45-0382
FAX番号	0465-47-8833
指定年月日	平成20年4月1日
介護保険事業所番号	1472301512

第5条（事業所の職員体制等）

1 職員体制

職種	人員	備考
管理者 (主任介護支援専門員)	1名（常勤兼務）	介護支援専門員と兼務
主任介護支援専門員	1名以上（常勤兼務）	
介護支援専門員	1名以上	

2 職務内容

①管理者

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

②介護支援専門員

介護支援専門員は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、実施状況の把握等を行います。

③主任介護支援専門員

上記②の介護支援専門員職務に加え、事業所の介護支援専門員の業務指導等を行っていきます。

第6条（サービス提供地域）

小田原市 南足柄市 二宮町

第7条（営業日および営業時間：窓口対応時間）

営業日	月曜日から金曜日まで (ただし、12月30日から1月3日までは休業)		
営業時間	平日	土曜日・日曜日	祝日
	9:00~17:30		9:00~17:30

第8条（居宅介護支援の担当者）

- 1 事業所は、介護支援専門員である職員を居宅介護支援の担当者（以下「担当者」という）として選任し、適切な居宅介護支援に努めます。
- 2 事業所は、担当者を選任又は変更する場合に、利用者の状況とその意向に配慮して行うとともに、事業所側の事情により変更する場合にはあらかじめ利用者と協議します。
- 3 事業所は担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意を持ってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対策を講じます。

第9条（サービス内容）

- 1 担当者が居宅サービス計画を作成します。
- 2 サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行い、利用者等に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行います。
- 3 居宅サービス計画の作成にあたり、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身または家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に居宅サービス等の利用が出来るように努めます。
- 4 利用者によるサービスの選択に資するよう、希望を踏まえつつ公正中立に居宅サービス事業者等の情報を提供します。この際、利用者は複数の事業所の提示と事業所を選定した理由についての説明を求める

ことができます。

- 5 居宅サービス計画の作成にあたり、利用者の有する能力や環境などから問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで、解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という）を行います。
- 6 アセスメントを行うにあたり、居宅を訪問し、利用者及び家族等に面談を行いません。
- 7 アセスメントの結果より、利用者等の希望をふまえて、居宅サービス計画の作成を行います。
- 8 利用者および家族を交えてのサービス担当者会議の開催等で、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、担当者から専門的な見地を求めて居宅サービス計画を作成します。
- 9 要介護更新認定等を受けた場合は、サービス担当者会議の開催等により、居宅サービス計画の見直しを行います。
- 10 居宅サービス計画の内容については、利用者及び家族等に対して説明し、文書により同意を得た上で交付します。
- 11 居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- 12 モニタリングの実施にあたり、少なくとも月に1回は利用者の居宅を訪問し面接します。
- 13 利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となった場合や介護保険施設への入所等を希望する場合は、紹介やその他の便宜の提供を行います。
- 14 介護保険施設等からの退所等に当たり、居宅における生活へ円滑に移行できるよう援助を行います。
- 15 利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見等の記載がある場合、その内容に沿って居宅サービス計画を作成します。
- 16 要介護認定にかかる申請について、利用者の意思を踏まえて必要な協力を行います。
- 17 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅サービス計画を変更するとともに、これに基づく居宅サービスの提供が確保されるようサービス事業者への連絡調整等を行います。
- 18 介護保険法に基づくサービス内容を対象としているため、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約が必要となります。

第10条（居宅サービス計画における各サービスの利用割合について）

当事業所の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、福祉用具貸与の利用状況は別紙の通りです。

第11条（介護費用及び利用者負担金について）

- 1 介護費用及び利用者負担金について
 - ①介護費用は、サービスや内容ごとに決められた単位数に地域単価をかけた金額となります。地域単価は、地域区分やサービスによって、1単位に対する単価が変わります。
地域区分 : 5級地 地域単価 : 10,70円
 - ②利用者負担金は、原則10割が保険給付になるためいただきません。
- 2 介護費用は介護保険法令に基づいて定められているため、契約期間中に介護保険法令が改定された場合には、改定後の金額を適用するものとします。この場合、事業所は改定内容決定後速やかに利用者に対し通知します。
- 3 利用者が介護保険料の支払いを滞納している場合、介護保険法により介護給付の支払方法変更（償還払い）等の給付制限が生じることがあります。保険給付の制限を受けた場合（被保険者証の給付制限欄に「支払方法の変更」等の記載があった場合）、介護費用を利用者負担金として全額お支払いいただきます。詳細については担当者からご説明します。

- 4 介護支援専門員が利用者宅を訪問する際にかかる交通費については、第6条で定めるサービス提供地域にお住まいの方は無料となります。

第12条（サービスの中止）

- 1 利用者がこの居宅介護支援サービスにかかわる訪問や居宅サービス計画の作成等のサービス提供を中止する場合は、すみやかに第4条で定める連絡先までご連絡ください。
- 2 居宅サービス計画の変更、サービス事業者との連絡調整等について利用者が行った依頼を取り消す場合にも、速やかにご連絡ください。
- 3 入院の際は、ケアマネジャーとの契約があることと、担当者名及び連絡先を医療機関にお伝えください。

第13条（サービス提供の記録）

- 1 事業所は、居宅介護支援のサービスを提供する際は、あらかじめ定められた「居宅サービス計画」に必要事項を記録します。
- 2 事業所は、一定期間ごとに居宅サービス計画に記載したサービス提供の目標等の達成状況等を評価し、利用者にその内容を説明するとともに記録します。
- 3 事業所は、居宅サービス計画等の記録を作成し、サービス終了後5年間はこれを適切に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

第14条（連絡先の確認）

事業所は、サービスを提供するにあたり、利用者の連絡先及び連絡相談の窓口となられる家族の方の連絡先を確認させていただきます。

第15条（市区町村への届出）

- 1 この居宅介護支援のサービスを受ける際には、その旨を市区町村に届け出て、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、担当者にご相談ください。
- 2 社会保障費の一元管理と行政手続の利便性向上の目的で、市町村への届出、申請書類にはマイナンバーを記載する箇所があります。記入及び届出については特定個人情報である為、原則ご本人様及びご家族様に対応をお願いしております。但しご本人様、ご家族様が記入及び届出が困難で、一任される場合に限り、介護支援専門員が代行することも可能です。記入代行の際は目視での確認のみとさせていただきます。届出代行の際はその場でお客様に封緘して頂き、提出日まで所定の事業所保管場所にてお預かりします。ケアマネジャーがお客様のマイナンバーを控えることはいたしません。申請等につき必要となった都度、記入のご案内をさせていただきます。ご本人様がこれを委任する認識能力が認め難い場合には、止むを得ず空欄のまま提出することもあります。

第16条（介護保険証、及び介護保険負担割合証の確認）

サービス利用に当たり介護保険証、及び介護保険負担割合証の内容について確認をさせていただきます。

第17条（虐待の防止のための措置）

事業所は利用者の人格を尊重する視点に立ってサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待等を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策を講じ市区町村へ報告します。

当事業所は、利用者の人権の援護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る

- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

第18条（緊急時・事故発生時の対応）

- 1 サービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅サービス事業者等に連絡を行うとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し、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います。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。
- 2 サービスの提供を行っている時に利用者の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等を行います。
- 3 感染症や非常災害の発生時においては、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

第19条（秘密保持）

- 1 業務上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報を、利用者又は第三者の生命、身体等の危険防止の為など正当な理由がある場合を除いて契約期間中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。従業者についても、退職後もこれらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。
- 2 あらかじめ文章等により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず居宅サービス事業者等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利用できるものとします。

第20条（衛生管理）

事業者は、感染症の発生又はまん延を防ぐために必要な措置を講じるとともに、従業者に対し定期的に健康診断等を実施します。又、日頃からの手洗いうがいの徹底に努め、当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し、従業者に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

第21条（従業者の研修）

事業者は、介護支援専門員等の資質の向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備します。

- 1 採用時研修
- 2 事業所内研修

第22条（相談窓口、緊急時連絡先及び苦情対応）

- 1 当事業所でのサービスに関する苦情・ハラスメント等の相談は、次の窓口で対応いたします。

へいあんホームケア小田原

電話番号 0465-45-0382

FAX番号 0465-47-8833

相談責任者 阿部 由美子（アベ ユミコ）

対応時間 午前9時00分より午後5時30分まで（平日・祝日）

2 公的機関においても、苦情・ハラスメント等の相談ができます。

小田原市 高齢介護課・介護給付係

所在地 神奈川県小田原市荻窪300番地
電話番号 0465-33-1827
対応時間 午前8時30分より午後5時15分まで（平日）

南足柄市役所 高齢介護課

所在地 神奈川県南足柄市関本440番地
電話番号 0465-73-8057
FAX番号 0465-74-0545
対応時間 午前8時30分より午後5時15分まで（平日）

二宮町役場 健康長寿課 介護保険班

所在地 神奈川県中郡二宮町二宮961番地
電話番号 0463-71-3311
FAX番号 0463-73-0134
対応時間 午前8時30分より午後5時15分まで（平日）

神奈川県国民健康保険団体連合会

所在地 神奈川県横浜市西区楠町27番地1
電話番号 045-329-3447
対応時間 午前8時30分より午後5時15分まで（平日）

令和 年 月 日

本書面を交付し、重要事項を説明しました。

事業者 所在地 神奈川県小田原市矢作5-1

名称 へいあんホームケア小田原

説明者 _____ 印

令和 年 月 日

上記のとおり説明を受け、サービス提供の開始に同意し、本重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____