

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	医療法人 社団 明芳会 北小田原病院
所在地	〒250-0136 南足柄市矢倉沢625
連絡先	0465-73-2191(代)
事業者指定番号	第1414300216号
管理者	渡邊 絵里子
サービス提供地域	南足柄市・開成町・松田町・山北町・大井町・中井町

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービスの種類・業務	人 員
管理者	1) 従業者の管理及び利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2) 従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1名 介護支援専門員と兼務 (主任介護支援専門員)
介護支援専門員	居宅介護支援業務を行います。	常勤兼務 1名 管理者と兼務 常勤専従 2名以上

3 営業時間

区分	平日・土曜日	日曜日・祝日
営業時間	9:00~17:30	休み

(注) 年末年始(12月30日午後1時~1月3日)は休みとなります

4 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

申し込みからサービス提供までの流れ

ケアプラン(居宅サービス計画書)作成等に対する相談の受付。

↓

利用者宅を訪問して解決すべき課題の把握。
使用する課題分析票の種類は自社独自方式とする。

↓

ケアプラン(居宅サービス計画書)の原案作成、サービス担当者会議の開催。
利用者への説明とケアプラン(居宅サービス計画書)の交付。

↓

ケアプラン（居宅サービス計画書）の実施状況の把握【モニタリング】。
モニタリングに当たり少なくとも1月に1回の利用者宅訪問。

※ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも利用者からの依頼や居宅介護支援業務に遂行に不可欠と認められる場合での利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

※ 下記の状況において、テレビ電話装置等その他の情報通信機器を活用した実施状況の把握をさせていただく場合もありますので、ご了承ください。

サービス担当学会議等において次項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ている。

- 1) 利用者の状態が安定している。
- 2) 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通が出来る。（家族のサポートがある場合も含む）
- 3) テレビ電話装置等を活用した実施状況の把握【モニタリング】では収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集する。

ただし、少なくとも2ヶ月1回は利用者の居宅を訪問させていただきます。

その他 主な内容

- ①利用者の居宅サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、利用者とその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ②必要に応じて、利用者と事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。
- ③指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- ④利用者の要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いいたします。
- ⑤利用者が介護保険施設に入所を希望される場合は、その仲介をいたします。

5 サービス利用料及び交通費 利用者負担

法定代理受領サービスの場合は利用者負担はありません。

事業実施地域以外の交通費は徴収いたしません。

6 事故発生時の対応

居宅支援提供中、事故や病状の急変が起きた場合は、速やかに御家族、主治医、市町村、利用に関わる介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

7 利用者の権利・公正中立なケアマネジメントの確保

- ① ケアプラン（居宅サービス計画書）に位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが出来ます。
- ② 当該事業所をケアプラン（居宅サービス計画書）に位置付けた理由を求めることが出来ます。
- ③ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、下記の割合について説明を行います。

・前6ヶ月間に当該居宅介護支援事業所において作成したケアプラン（居宅サービス計画書）の総数のうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与、が位置づけられたケアプラン（居宅サービス計画書）の占める割合。

・前6ヶ月間に当該居宅介護支援事業所において作成したケアプラン（居宅サービス計画書）のうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与、各サービスごとの同一の事業所によって提供されたものの割合（上位3位まで）※別紙参照

【前期】 3月1日から8月末日

【後期】 9月1日から2月末日

8 秘密の保持

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及び個人情報については、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いて、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。

9 医療機関との連携の強化

① 事業者は居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者に対して入院時担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することとします。

② 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治医の医師等に意見を求めることとし、意見を求めた主治医の医師等に対してケアプラン（居宅サービス計画書）を交付することとします。

③ 居宅サービス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自身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医の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

④ ケアマネジメントを行う上で必要と判断した場合、利用者様の通院時に介護支援専門員が同行し、医師又は歯科医師等との情報連携を行います。

⑤ 病院等からの退院・退所時、必要に応じ福祉用具相談員や作業療法士等の専門職に同席を依頼し、身体状況・自宅環境に合わせた支援の充実を図ります。

10 感染症対策の強化

① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6ヶ月1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。

② 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ます。

③ 事業所における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実施します。新規職員採用時にも研修を実施します。

11 高齢者虐待防止の推進

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し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

② 虐待防止のための指針を整備します。

③従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
新規職員採用時にも研修を実施します。

④サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族又は同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

次のものを虐待防止に関する責任者とします。

虐待防止に関する担当者	： 日野 直美
-------------	---------

1.2 身体的拘束等の適正化の推進

①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、身体的拘束等を行わないこととします。

②身体的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いたします。

1.3 業務継続計画書の策定

感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう業務継続計画等を作成、当該計画に従い研修及び訓練を実施します。

1.4 従業者の研修

介護支援専門員の資質向上を図るための研修の機会を次のとおりに設けます。

①採用時研修 採用時は随時日程を調整をした上で、研修を実施。

②継続研修 年2回以上

1.5 相談窓口、苦情窓口

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	0465-73-2191
	FAX番号	0465-72-418
	相談員（責任者）	渡邊 絵里子
	対応時間	9:00～17:30

○ 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	電話番号	0465-73-8057
	FAX番号	0465-74-0545
開成町 福祉介護課	電話番号	0465-84-0316
	FAX番号	0465-85-3433
山北町 保険健康課	電話番号	0465-75-3642
	FAX番号	0465-79-2171

松田町 福祉課	電話番号 0465-83-1226 FAX番号 0465-44-4685
大井町 福祉課	電話番号 0465-83-8024 FAX番号 0465-83-8016
中井町 健康課	電話番号 0465-81-5546 FAX番号 0465-81-5657
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 〒220-0003 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 受付時間 8:30~17:15（土・日・祝・年末年始除く）

1.6 事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 社団 明芳会
代表者名	理事長 中村 哲也
所在地	〒250-0136 神奈川県南足柄市矢倉沢625
電話番号	0465-73-2191
業務の概要	精神科病床数345床（内科療養病棟55床、精神病棟290床） 指定居宅介護支援事業所
事業所数	1事業所（上記の通り）

【説明確認欄】

令和 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。

所在地 神奈川県南足柄市矢倉沢625

事業所 医療法人 社団 明芳会 北小田原病院

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、その内容に同意し、
交付を受けました。

利用者 _____ 住所 _____

氏名

印

代理人または立会人

住所

氏名

印

(続柄

)
