

重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

居宅介護支援事業所 あさひな

2025.5.19

1. 法人の概要

法人の名称	医療法人 中村会
代表者名	理事長 中村 勝年
所在地	横浜市金沢区釜利谷東2-20-9
電話番号	045-783-2855
運営する事業所	中村整形外科 所在地：横浜市金沢区釜利谷東2-20-9 介護老人保健施設 あさひな 所在地：横浜市金沢区朝比奈町107

2. 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所 あさひな
所在地	横浜市金沢区朝比奈町107
事業所指定番号	1470802123
管理者・連絡先	横浜市金沢区朝比奈町107 川波 賀子 電話 045-788-1133 045-350-3123
サービス提供 実施地域	・横浜市金沢区・横浜市磯子区氷取沢町、上中里町 ・横浜市栄区長倉町、庄戸全域、上郷町、東上郷町、野七里、 上之町、犬山町、桂台、尾月、亀井町、中野町、公田町 ・逗子市久木・池子、
併設サービス	介護老人保健施設あさひな 施設サービス：本入所 在宅サービス：通所リハビリテーション(デイケア) ショートステイ 訪問リハビリ

3. 営業日及び営業時間

営業日 : 月曜日から金曜日とし、祝日も営業いたします。
ただし、12月31日から1月3日までを除きます。
営業時間 : 午前9時から午後6時までとします。

4. 職員の員数及び勤務体制

- | | | |
|-------------|---------|--------------------|
| (1) 管理者 | 介護支援専門員 | 1名（常勤兼務） |
| (2) 介護支援専門員 | | 3名（常勤専従1名、非常勤専従2名） |

5. 事業の目的および運営の方針、サービスの提供方法・内容

(1) 事業の目的

居宅介護支援事業所あさひな(以下「事業所」という)は、ご利用者が要介護状態等になった場合においても、そのご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ことを目的に、居宅介護支援事業を行います。ご利用者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、それぞれのご利用者に合ったきめ細かい居宅サービス計画を作成し、心身の健康が維持できるような支援を行います。

(2) 運営の方針

- ① 要介護状態となった場合においても、そのご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に配慮して居宅介護支援事業を行います。
- ② ご利用者の心身の状況、環境等に応じて、ご利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して居宅介護支援事業を行います。
- ③ 居宅介護支援の提供に当たっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に努めます。
- ④ 居宅サービス計画の作成にあたり、ご利用者は介護支援専門員に対し、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原案に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由を求めることができます。
- ⑤ 区市町村、地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業者、他の指定居宅介護支援事業者、地域における様々な取組を行う者等関係機関との連携に努めます。

(3) 居宅介護支援の内容、利用料及びその他の費用について

居宅介護支援の内容	① 居宅サービス計画の作成 ② 居宅サービス事業者との連絡調整 ③ サービス実施状況把握、評価 ④ ご利用者の状況把握 ⑤ 給付管理 ⑥ 要介護認定申請に関する援助 ⑦ 相談業務
介護保険適用の有無	上記①～⑦の内容は、指定居宅介護支援の一連の業務として介護保険の対象となるものです。
指定居宅介護支援の利用申し込みから介護サービス提供までの基本的な流れ	① ご利用者より事業所へ指定居宅介護支援依頼を頂きます。 ② ご利用者の介護保険被保険者証を確認します。 ③ 重要事項説明書による説明を行い、同意を頂きます。 ④ 契約を締結します。 ⑤ ご利用者の状態把握・課題分析をします。 ⑥ 居宅サービス計画原案を作成し、ご利用者及びご家族等に説明し同意を頂きます。 ⑦ 複数居宅サービス事業者のご紹介をし、ご利用者及びご家族等に選択して頂きます。また、ご利用者及びご家族等は居宅サービス計画に位置づけた理由の説明を求めることができます。 ⑧ 前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下この項において「訪問介護等」という)がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち同一の指定居宅サービス事業所又は指定地域密着型サービス事業所によって提供されたものが占める割合について文書を交付し説明するよう努めます。 ⑨ 居宅サービス事業者との調整(サービス担当者会議の開催・サービスの依頼等)をします。 ⑩ ご利用者及びご家族等が医療系サービスの利用を希望している場合等は、ご利用者及びご家族等の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。この意見を求めた主治の医師等に対して居宅サービス計画を交付します。 ⑪ 居宅サービス計画をご利用者及びご家族等に説明し、同意を頂きます。 ⑫ 同意いただいた居宅サービス計画に基づき、サービス提供事業者

	より介護サービスが計画的に提供されます。 ⑬ 介護支援専門員は居宅サービス計画作成後においても、ご利用者及び家族等、居宅サービス事業者との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握(以下「モニタリング」)するとともに、少なくとも月に1回ご利用者宅を訪問することによりご利用者の課題把握を行い、居宅サービス計画の変更及びサービス事業者等との連絡調整その他の支援を行います。 モニタリングの結果は毎月記録します。尚、モニタリングに関しては、以下の要件を満たす場合はテレビ電話装置その他の情報通信機器を活用し、実施することができるものとします。 ア ご利用者の同意を得ること。 イ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の同意を得ていること。 i ご利用者の状態が安定していること。 ii ご利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む） iii テレビ電話装置等を活用した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こと。 ウ 少なくとも2月に1回（介護要望支援の場合は6月に1回）はご利用者の居宅を訪問すること。 ⑭ ご利用者が入院された場合、入院先の医師等とご利用者の情報の共有をし、スムーズな在宅復帰を支援します。 ※ 入院された場合は、担当介護支援専門員の氏名等を医療機関にお伝えください。 ⑮ ご利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、又は変更が必要と介護支援専門員が判断した場合は、ご利用者の同意をもって変更します。
利用料(月額)	別紙の「利用料金」を参照ください。
ご利用者負担額	介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。 (全額介護保険により負担されます)

6. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・ 成年後見制度の利用を支援します。
- ・ 苦情解決体制を整備しています。
- ・ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

高齢者虐待防止について

- (1) ご利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、以下の取り組みを実施します。
 - ①虐待防止等のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を定期的に開催するとともに委員会での検討結果を従業員に周知徹底します。
 - ②虐待防止のための指針の整備を行います。
 - ③従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を定期的実施し、その結果について、従業員に周知徹底します。適切に実施するための責任者を設置します。
- (2) 居宅介護支援の提供に当たり、当該事業所及び居宅サービス事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市区町村に通報する義務があります。

7. 身体拘束適正化について

- (1) ご利用者の身体拘束等の適正化のために、以下の取り組みを実施します。
 - ①ご利用者又は他のご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、身体的拘束を行いません。
 - ②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その他必要な事項を記録します。
 - ③身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
 - ④身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - ⑤従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施し、研修を通じて従業員の人権意識、知識および技術の向上に努めます。

8. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 介護支援専門員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

9. 衛生管理等

- (1) 事業所の介護支援専門員等の清潔の保持および健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 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。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 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、おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ②感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③従業者に対し、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定期的に実施します。

10. 秘密の保持

事業者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。事業者は、ご利用者及びそのご家族等に関する個人情報について、サービスを円滑に提供するために実施するサービス事業者との連絡調整、サービス担当者会議等において必要最小限の範囲内で使用します。ただし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

11. 事故発生時の対応

ご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は、速やかにご家族等、主治医または関係医療機関、区市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について事故報告書を作成し、再発防止に努めます。事故報告書は作成後5年間保管することとします。

また、サービスの提供にともなって事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実にを行います。

12. 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご利用者のご家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13. 職員の研修について

従業者の質的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する。

採用時研修	採用後1ヶ月以内
継続研修	年1回以上

14. 相談窓口・苦情対応窓口について

○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。

当事業所における 相談・苦情窓口	電話番号	: 045-788-1133
	FAX 番号	: 045-788-2225
	担当者	: 川波 賀子
	対応時間	: 午前9時から午後6時まで

○公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

横浜市金沢区役所 高齢・障害支援課 介護保険担当	所在地 : 横浜市金沢区泥亀 2-9-1 電話番号 : 045-788-7868
横浜市磯子区役所 高齢・障害支援課 介護保険担当	所在地 : 横浜市磯子区磯子 3-5-1 電話番号 : 045-750-2490
横浜市栄区役所 高齢・障害支援課 介護保険担当	所在地 : 横浜市栄区桂町 303-19 電話番号 : 045-894-8547
横浜市 はまふく コール (横浜市苦情相談 コールセンター)	所在地 : 横浜市中区本町 6-50-10 電話番号 : 045-263-8084
逗子市高齢介護課	所在地 : 神奈川県逗子市逗子 5-2-16 電話番号 : 046-873-1111
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 電話番号 : 045-329-3447

15. 個人情報保護について【指定居宅支援事業における個人情報の取り扱い基準の順守について<平成 11.3.31 厚令三十七に基づく>】

- (1) 個人情報は、介護保険事業ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で収集いたします。
- (2) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼の下で個人情報の提供、預託を行う場合においても、提供・預託先に適正に管理するよう、監督を行ってまいります。

16. その他

- (1) 担当介護支援専門員の交替を希望される場合には、前記の事業所管理者にご相談ください。
- (2) 介護支援専門員に対する贈り物や飲食等のお気遣いは、ご遠慮申し上げます。

重要事項説明書の内容に関し説明を受け、これらを十分に理解した上で同意し、個人情報の取り扱いについても十分に理解し同意の上、交付を受けました。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____ 印

<ご利用者> 氏 名 _____ 印

住 所 _____

<ご家族> 氏 名 _____ 印 (続柄)

住 所 _____

<代理人> 氏 名 _____ 印 (続柄)

住 所 _____

※ 上記欄に署名捺印された方は、同欄の署名を持ってご利用者(ご家族・代理人)の個人情報を必要最小限の範囲内で使用することに同意したものとします。