

重要事項説明書 (Ver. 51)

令和6年7月1日改定

(居宅介護支援事業所 シルバー在宅介護支援センター)

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 鷲山会
法人所在地	岡山県倉敷市児島柳田町355-1
法人種別	社会福祉法人
代表者	理事長 木村 光亮
電話番号	(086) 473-1010

2. ご利用施設

施設の種別	居宅介護支援事業所
施設の名称	シルバー在宅介護支援センター
施設の所在地	岡山県倉敷市児島柳田町355-1
事業者番号	岡山県3370200283号
管理者	阿部 亜紀
電話番号	(086) 473-8080
ファクシミリ番号	(086) 473-1073

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	岡山県知事の事業者指定		利用定員	
	指定年月日	介護保険事業者番号		
介護老人福祉施設	平成12年 4月1日	3370201141号	100人	
居宅サービス	短期入所生活介護	平成12年 4月1日	3370201141号	13人(併設型・空床型)
	介護予防短期入所生活介護	平成18年 4月1日	〃	〃
	通所介護	平成12年 4月1日	3370201059号	35人
	介護予防通所介護	平成18年 4月1日	〃	〃
	介護予防支援	平成18年 4月1日	3300200155号	

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法等関係法令に従い、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、適切な居宅サービス計画を作成し、かつ居宅サービスの提供が確保されるよう居宅サービス事業者その他の事業者、関係機関との連絡調整その他の便宜の提供をいたします。
施設運営の方針	・基本理念 「ひと、かがやく介護」 ・行動理念 1. ご利用者の思いを大切に、やさしさと愛情を持って接します 2. 地域ニーズを理解し、地域に求められる福祉を提供します 3. 「知識・技術・思いやり」を身につけた職員の育成を行います 4. コスト意識を高め、持続可能な施設経営を行います

5. 職員体制

従業員の種類	員数	区分				常勤換算後の人員	職員の勤務の体制
		常勤		非常勤			
		専	兼	専	兼		
管理者兼 介護支援専門員	1		1			1	常勤 8:30~17:30
介護支援専門員	4	2		1		4	常勤 8:30~17:30 非常勤 8:30~13:30

6. 営業日

営業日	日曜日、国民の祝日及び年末年始（12/29～1/3）を除く毎日
営業時間	9:00～17:30

7. 居宅介護支援サービスの概要

種類	内容	利用料
要介護認定の申請代行	要介護認定の申請代行をいたします	自己負担なし（全額保険給付）
サービス計画の立案	ご利用者様の意志及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、ご利用者に提供されるサービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立にサービスが提供できるよう、支援いたします（別紙参照） 要介護度に応じ、ご利用者、ご家族の求めに応じて複数の事業所を紹介し、介護サービス計画（ケアプラン）を作成いたします。	〃
情報提供	各サービス事業所（社会資源）の情報提供をいたします。当該事業所を介護サービス計画に位置付けた理由を求められます。	〃
連絡調整	介護サービス計画に沿ったサービスが適切に受けられるよう、サービス提供事業所やその他関係機関との連絡調整を適時行います。	〃
医療機関との連携	居宅介護支援の提供にあたり、ご利用者等に対して、入院時に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に依頼するなど、医療機関との連携を図ります。	〃

なお、通常の実施地域を越えてサービスの提供を行う場合は、必要となる交通費を実費ご負担いただきます。なお自動車を使用した場合の交通費は、①実施地域の境界から片道5km未満は無料、②それ以上は20円/kmといたします。

8. 事業の実施地域

市町村名	倉敷市全域
------	-------

9. 担当介護支援専門員

職名	介護支援専門員
氏名	阿部亜紀、岡田憲侍、植田陽子、吉田真浩

10. 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 介護支援専門員：岡田憲侍 ご利用時間 9：00～17：30 ご利用方法 電話（086）473-8080、面接								
苦情受付窓口	苦情解決責任者：阿部亜紀（管理者） 苦情受付担当者：岡田憲侍（介護支援専門員） 利用時間：9：00～17：30 利用方法：電話（086）473-8080、面接								
第三者委員	片山 由美（自宅）：（086）473-7964 大石 繁夫（自宅）：（086）473-6758								
苦情解決の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情は、面接、電話、書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。 ・ 苦情受付担当者は、受け付けた苦情の内容を、苦情解決責任者と第三者委員（申出者が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。第三者委員は苦情の内容を確認し、申出者に対して報告を受けた旨を通知します。 ・ 苦情解決責任者は、申出者と誠意をもって話し合い、苦情の解決に努めます。その際、申出者は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。 ・ 苦情は、直接下記の機関に申し立てることもできます。 								
苦情申立機関	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: right;">対応時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">倉敷市介護保険課</td> <td style="text-align: right;">8：30～17：15 （086）426-3343</td> </tr> <tr> <td>岡山県国民健康保険団体連合会</td> <td style="text-align: right;">8：30～17：00 （086）223-8811</td> </tr> <tr> <td>岡山県運営適正化委員会</td> <td style="text-align: right;">9：00～17：15 （086）226-9400</td> </tr> </tbody> </table>	対応時間		倉敷市介護保険課	8：30～17：15 （086）426-3343	岡山県国民健康保険団体連合会	8：30～17：00 （086）223-8811	岡山県運営適正化委員会	9：00～17：15 （086）226-9400
対応時間									
倉敷市介護保険課	8：30～17：15 （086）426-3343								
岡山県国民健康保険団体連合会	8：30～17：00 （086）223-8811								
岡山県運営適正化委員会	9：00～17：15 （086）226-9400								

11. 事故発生時の対応

- （1）迅速な事故処理を行います。
- （2）ご利用者の家族、市町村等に連絡を取ります。
- （3）損害賠償の責めを負う必要があるときは速やかに応じます。
- （4）事故に関する処置の経過を記録するとともに再発防止策を講じます。

12. 個人情報の保護

個人情報の保護については、当法人が定める「個人情報に関する基本方針」及び「個人情報に関する基本規程」に基づき、これを適正に管理・保護いたします

- （1）業務上知り得た秘密は保持します。
- （2）従業員が退職後、在職中に知り得た秘密は漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- （3）居宅介護サービス計画作成にあたり、サービス提供事業者やそれに関わる関係機関による「サービス担当者会議」等において、必要であれば介護保険に関わる情報の提供を行なう場合があります。

13. 虐待防止のための措置

虐待防止担当者：阿部 亜紀（管理者）

事業所はご利用者の人権擁護、虐待等の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- (1) 研修の実施を通じて、職員の人権意識の向上や、虐待防止の知識の向上に努めます
- (2) 事業所は、当該事業所及び居宅サービス事業所の職員又は養護者により虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報いたします

14. 成年後見制度の活用支援

事業所は適正な契約手続き等を行うため、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います

15. その他

当事業所の事業運営の内容に関しては、当該年度の事業計画・事業報告、財務内容等を閲覧することができます。ご希望の方は、事務所までお申し出下さい。

年 月 日

（事業者）

居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地：倉敷市児島柳田町355-1

法人名：社会福祉法人 鷲山会 理事長 木村 光亮

名称：居宅介護支援事業所 シルバー在宅介護支援センター

説明者職名：介護支援専門員

説明者氏名： 印

電話番号：(086) 473-8080

（利用者）

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

住所：

氏名： 印

電話番号：

代筆者氏名： (続き柄)