

御所苑居宅介護支援センター 居宅介護支援重要事項説明書

＜ 年 月 日現在＞

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0268-22-5674（又は22-2222）
（受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分）

担 当 介護支援専門員 氏名

1. 御所苑居宅介護支援センターの概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	御所苑居宅介護支援センター
所在地	上田市御所666番地
介護保険事業所番号	2070300039
通常の事業の実施地域 ※	上田市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同施設の職員体制 { 基準数：1人当たり35人以内（1ヶ月の給付管理数） }

区 分	常 勤	非常勤	業務内容	計
管 理 者	1名		事業所の管理	1名
主任介護支援専門員	1名以上		介護支援専門員の指導	1名以上
介護支援専門員	3名以上		居宅サービス計画作成援助	3名以上

(3) 営業日、営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日 (休日：日曜・祝日、年末年始12月31日から翌年1月3日)
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時30分
緊急連絡電話	0268-22-5674（24時間対応体制） 0268-22-2222（御所苑）

2. 当事業所の居宅介護支援の特徴

(1) 運営の方針

利用者の方々の希望や心身の状況等を踏まえ、利用者の方々の立場に立った介護サービスの提供を行うため、介護保険法令の趣旨にしたがって、居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ります。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	○	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題把握）の方法	－	MDS－HC方式による
介護支援専門員への研修の実施	○	月1回以上の法人内研修を行うとともに、年1回以上の専門研修を実施しています
契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で利用者の方のご都合により解約した場合の解約料	×	無料
第三者評価の有無	×	
その他	○	介護保険のご相談や居宅介護支援についてご不明のことがありましたら、お気軽に介護支援専門員又は当事業所にお問い合わせください

3. 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項

- (1) 利用者は、介護支援専門員に対して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、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- (2) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (3) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携する必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。
- (5) ご利用者またはご家族による暴言や暴力、パワーハラスメントやセクシャルハラスメント等のハラスメント行為等により、事業者または従業者等の生命・身体・精神・財物・信用等を傷つけたり、または著しい不信行為を行うなど、利用契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合は契約を解約する場合があります。

4. 事故発生時の対応

- (1) 指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

5. 虐待防止措置

当事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次の措置を講じます。

- ・虐待防止に関する責任者を選定しています。
〔虐待防止に関する責任者〕 管理者 倉嶋 順子
- ・虐待防止のための指針を整備しています。
- ・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のための委員会及び啓発するための研修を定期的に行います。
- ・サービス提供中に、事業所の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

6. 秘密保持

- (1) 事業者、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密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。
- (2) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

7. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当事業所利用に関する相談・苦情担当
当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

電 話 0 2 6 8 - 2 2 - 5 6 7 4

(受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分)

担 当 管理者 倉 嶋 順 子

(2) その他

当事業所以外に、国民健康保険団体連合会、当該市町村の介護保険の窓口で苦情を伝えることができます。

主な窓口

◇長野県国民健康保険団体連合会

長野市西長野 1 4 3 - 8

電話 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0

FAX 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 1

E-mail kaigo@kokuhonagano.or.jp

◇長野県福祉サービス運営適正化委員会（長野県社会福祉協議会）

電話 0 1 2 0 - 2 8 - 7 1 0 9（フリーダイヤル）

電話 0 2 6 - 2 2 6 - 2 2 1 0

FAX 0 2 6 - 2 2 7 - 0 1 3 7

E-mail fukushi7109@nsyakyokyo.or.jp

◇上田市高齢者介護課

上田市大手 1 - 1 1 - 1 6

電話 0 2 6 8 - 2 3 - 5 1 4 0

FAX 0 2 6 8 - 2 3 - 4 4 6 6

8. 当法人の概要

法 人 名 医療法人 丸 山 会
代表者役職・氏名 理事長 丸 山 和 敏
法人所在地 長野県上田市中丸子1771番地1
法 人 電 話 番 号 0268-42-1111

定款の目的に定めた事業

1. 病院の経営 丸子中央病院
2. 診療所の経営 上田透析クリニック
3. 介護医療院の経営 丸子中央病院介護医療院ケアあおぞら・ケア大宮花の丘
4. 介護老人保健施設の経営
御所苑・ケア新小岩・ケア東久留米
5. その他これに付随する業務
 - *デイサービスセンター ケアまるこデイサービスセンター
 - *訪問看護ステーション そよ風訪問看護ステーション・御所苑訪問看護ステーション
御所苑訪問看護ステーションあおきサテライト
 - *居宅介護支援事業所
丸子中央病院居宅介護支援センター・御所苑居宅介護支援センター
ケア新小岩居宅介護支援センター・ケア大宮花の丘居宅介護支援センター
ケア東久留米居宅介護支援センター
 - *地域包括支援センター 城下地域包括支援センター
 - *在宅介護支援センター 東久留米市在宅介護支援センター

事業所数

- *病 院 1ヶ所
一般病床 99床、地域包括ケア病床 50床、療養病床 50床（医療型）
介護保険サービス：通所リハビリテーション（介護予防含む）
訪問リハビリテーション（介護予防含む）
居宅療養管理指導（介護予防含む）
- *診療所 1ヶ所（透析専門診療所）
- *介護医療院 2ヶ所
介護保険サービス：介護医療院、短期入所療養介護
通所リハビリテーション（介護予防含む・1ヶ所）
訪問リハビリテーション（介護予防含む・1ヶ所）
- *介護老人保健施設 3ヶ所
介護保険サービス：介護老人保健施設、短期入所療養介護（介護予防含む）
通所リハビリテーション（介護予防含む）
訪問リハビリテーション（介護予防含む）
- *デイサービスセンター 1ヶ所
介護保険サービス：通所介護、通所介護相当サービス
通所型サービスA（総合事業）
- *訪問看護ステーション 2ヶ所（サテライト事業所 1ヶ所）
介護保険サービス：訪問看護（介護予防含む）
- *居宅介護支援事業所 5ヶ所
介護保険サービス：居宅介護支援（介護予防含む）
- *地域包括支援センター 1ヶ所
介護保険サービス：介護予防支援
- *在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ） 1ヶ所

_____年____月____日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者

〔名 称〕 御所苑居宅介護支援センター
(介護保険事業者番号 2070300039)
〔住 所〕 上田市御所666番地
〔代表者名〕 管理者 倉 嶋 順 子
〔説 明 者〕 介護支援専門員
氏 名_____

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービス開始について了承しました。

利用者

〔住 所〕 _____
〔氏 名〕 _____

(代理人)

〔住 所〕 _____
〔氏 名〕 _____