

# 居宅介護支援(ケアマネジメント) 重要事項説明書

(平成27年4月1日 現在)

居宅介護支援サービス提供の開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業所の概要

運営主体	上都賀厚生農業協同組合連合会
所在地	〒322-8550 栃木県鹿沼市下田町1-1033
代表者職氏名	代表理事長 黒本 一郎
事業所名	在宅介護支援センターかみつが
所在地	〒322-0045 栃木県鹿沼市上殿町960-2
事業者指定番号	栃木県0970500088
管理者・連絡先	小川 和哉 電話:0289-64-7281 FAX:0289-64-2753
サービス提供地域	鹿沼市

## 2. 事業所の職員体制等

職種	業務	人員
管理者	居宅介護支援事業の運営管理に関すること。	1名(常勤1名/下記と兼務)
介護支援専門員	居宅サービス計画の作成管理等に関すること	6名(常勤5名、兼任1名)

## 3. 当事業所のサービスの方針等

高齢社会にむけて、上都賀厚生農業協同組合連合会が運営する介護支援サービス・居宅サービス・介護予防サービス・介護老人保健施設サービス各事業所は、地域の医療・保健・福祉の連携拠点として高齢者・障害者介護のさまざまなニーズに応え、総合的なサービスを提供します。

そのために、各事業所は良質なサービスを提供するとともに、相互に連携し高齢者・障害者のリハビリテーションの充実を図り、地域との連携の中で情報の収集・発信、人的資源や技術の開発など新たな取り組みを進めていきます。

## 4. 営業時間

営業日		休日
平日	土曜日	
8:30 ~ 17:00	8:30 ~ 12:30	日曜日、祝祭日、 年末年始(12/30~1/3) 及び 8/15

当事業所では、上記営業時間以外に24時間連絡体制・相談等対応体制を確保しています。  
急ぎ相談等用件がございましたらお電話(64-7281)でご連絡ください。

## 5. サービス利用料及び利用者負担

- (1) 居宅介護支援サービスについては、利用者の負担はありません。
- (2) 介護支援専門員が通常のサービス地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その旅費(実費)の支払いが必要となります。

## 6. 相談窓口、苦情対応

○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。

当事業所の相談窓口	電話番号	0289-64-7281
	FAX番号	0289-64-2753
	相談員(管理者)	小川 和哉
	対応時間	前記4の営業時間内

○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。  
また、申立て等に必要な援助もいたします。

鹿沼市保健福祉部 介護保険課	電話番号	0289-63-2283
	FAX番号	0289-63-2284
	対応時間	平日の8:30~17:00
栃木県国民健康保険 団体連合会 (苦情処理担当)	電話番号	028-643-2220
	FAX番号	028-643-5111
	対応時間	平日の9:00~16:00

## 7. 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、別に定める「在宅介護支援センターかみつが緊急時連絡体制」の手順に従い、速やかに利用者の代理人(ご家族や後見人等)、に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当該保険者及び関係機関への連絡を行います。

## 8. 個人情報の使用について

利用者のためのサービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整、並びに医療機関の受診等において、個人情報の使用を必要とする場合があります。個人情報を使用する場合は、下記の条件のもとに利用者及び利用者の代理人(ご家族や後見人等)の同意を得るものとします。

- (1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当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うこと。
- (2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- (3)使用する期間は当事業所と別に締結する居宅介護支援サービスの契約期間内であること。

## 9. 法令遵守について

上都賀厚生農業協同組合連合会は、法令遵守の義務の履行を確保し、利用者の保護と適正な介護事業運営を図るため、業務管理体制を整備しています。

### 【説明確認欄】

平成 年 月 日

1. サービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項を説明しました。

(事業者)事業者名 在宅介護支援センターかみつが

説明者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

2. サービスの内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、サービスの内容に同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者の家族等 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印) (続柄 \_\_\_\_\_)