

居宅介護支援重要事項説明書

2024.4.1～

1. 事業者

事業者の名称	株式会社 エイチ・エス・エー 居宅介護支援センター
法人 所在地	小田原市扇町 5-11-21
法人種別	株式会社
管理者 氏名	清水 裕介
電話番号	0465-32-8110

2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携および連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

3. 概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	株式会社 エイチ・エス・エー 居宅介護支援センター
所在地	小田原市扇町 5-11-21
介護保険指定番号	1472300605
サービス提供地域	小田原・南足柄市・足柄上郡・足柄下郡・中郡

(2) 当法人の概要

名称・法人種別	株式会社 エイチ・エス・エー
代表者名	田中 勉
本社所在地・電話	小田原市扇町 5-11-21 電話番号 0465-32-2532
業務の概要	居宅介護支援事業・訪問介護（2か所）・訪問看護・通所介護（4か所） 有料老人ホーム（3か所）・障害福祉サービス居宅介護事業・住宅改修 障害者福祉サービス重度訪問介護事業・訪問マッサージ・治療室

	放課後等デイサービス（4か所）・一般乗用自動車運送事業
	特定相談支援事業
事業所数	22ヶ所

(3) 職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者	常勤	事業所の運営および業務全般の管理	1人
介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	9人
介護支援専門員	非常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	3人

(4) 勤務体制

勤務・休日	午前9時00分～午後6時00分 原則として、日曜日および年末年始（12/29-1/3）を休日とする
緊急連絡先	0465-32-8110 に対応。午後6時から午前9時まで転送システムにて24時間体制受付（緊急時に限りの対応となります。通常の連絡・相談は営業時間内での対応をお願いします）

(5) 利用料金及び利用者負担

居宅介護支援については、原則利用者負担はありません。ただし、保険料の滞納により決定代理受領ができなくなった場合、1か月の要介護度別の介護保険請求額を支払っていただき、当事業所からサービス提供証明書を発行致します。このサービス提供証明書を後日、保険者の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

また、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（自費）の支払いが必要となります。

4. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

(1) 当事業所相談窓口

相談窓口	株式会社 エイチ・エス・エー
担当者	高橋 英美
電話番号	0465-32-2532
対応時間	平日 9:00 から 18:00

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者およびサービス

事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情申立機関が下記のとおり設置されております。

外部苦情相談窓口

神奈川県国民健康保険 国体連合会 介護保険課 苦情相談係	電話 番号	045-329-3447
小田原市 高齢介護課	電話 番号	0465-33-1827
	ファックス番号	0465-33-1838
	電話 番号	
	ファックス番号	

5. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行う等の調整を図ります。

6. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ①利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ②入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。
- ③末期のがんなど「医師が回復の見込みがないと判断した者」に対して、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

7. 秘密の保持

- ①事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者および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、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議や事

業所等との連携調整等において、情報を共有するために個人情報を使用致しますので、別紙「個人情報使用同意書」に同意をお願い致します。

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。

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各自1通を保有するものとします。

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 株式会社 エイチ・エス・エー

所在地 小田原市扇町 5-11-21

説明者

令和 年 月 日

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。

利用者

住所 _____

氏名 _____

ご家族又は代理人

(代理人は本人の意思を代理するものであり請求支払義務を負うものではありません)

住所 _____

氏名 _____

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*