

重要事項説明書

当事業所は、利用者ご本人に対して、居宅介護支援事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明致します。

1、事業者名 社会福祉法人タービュランス福祉会

ホピ園

2、代表者名 管理者 中村 洋平

3、ご利用のサービス事業所について

(1) 所在地 高崎市寺尾町621番地1

電話 027-324-8844

FAX 027-324-8843

群馬県知事指定番号 第1070200264号

(2) 事業所の名称 居宅介護支援事業所 ホピ園

(3) 当事業所の目的及び運営方針

- ・ 利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ、自立した日常生活が営めるよう、利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づいた、保健医療サービス及び福祉サービスが等しく受けられるよう支援します。又、当事業所は、公正中立を旨とし、利用者の人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係においてなんら差別することはありません。

4、 職員の職種、員数及び職務内容

- ・ 当事業所には、管理者1名、介護支援専門員1名以上を配置しております。
- ・ 介護支援専門員は、常に最新の知識をもって職務に従事するため、必要な研修を行います。

5、 営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月曜日から金曜日（但し、国民の祝日及び12月30日から1月3日までを除く）
- ・ 営業時間 午前8時30分から午後5時30分までとする。

6、 指定居宅介護支援の提供及び内容

- ・ 利用者からの相談を受ける場所は、利用者の居宅若しくは利用者の指定する場所または当事業所の相談室で行い、居宅介護支援の内容は次のとおりです。

- ①居宅サービス計画作成
- ②指定居宅サービス事業者等との連絡調整
- ③介護保険施設への紹介
- ④利用者に対する相談援助業務
- ⑤その他利用者に対する便宜の提供

7、 利用料及びその他の費用

- ①厚生労働大臣が定める介護報酬告示の額
 - ②交通費等
- ・ 通常の事業の実施地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費は、その実費をご負担いただきます。尚、自動車を使用した場合の交通費は次の額をご負担いただきます。
 - (1) 通常の事業の実施する地域を越えたところから、片道おおむね20キロメートル未満 500円
 - (2) 通常の事業の実施する地域を越えたところから、片道20キロメートル以上は、前号の額に1キロメートルごとに30円を加えた額。

8、 通常の事業の実施地域

- ・ 高崎市の地域（但し、旧倉渚村、旧箕郷町、旧群馬町、旧新町、
旧榛名町は除く）

9、 当施設における苦情やご相談については、以下の専用窓口で受け付けます。

- ・ 苦情窓口、苦情解決責任者

管理者 中村洋平 027-324-8844

（その他の苦情窓口）

- ・ 高崎市介護保険課介護サービス担当 027-321-1250（直通）
- ・ 群馬県国民健康保険団体連合会
介護保険課 027-290-1363（直通）

10、 重要事項内容の同意

- （1） 重要事項説明書の内容について説明を受けた後ご同意していただきます。
- （2） 利用者が他の保健医療サービス機関、福祉サービス機関、県・市町村行政サービス機関を利用するにあたり、その円滑な情報引継に必要な次の事項についてご同意していただきます。
 - ① 利用者の保健医療サービス内容の情報提供
 - ② 利用者の福祉サービス内容の情報提供
 - ③ 利用者の県・市町村行政サービス内容の情報提供
 - ④ 利用者・身元保証人（家族等）の状況の情報提供
- （3） 守秘義務について

当事業所を利用する利用者及びご家族等に関する事項を正当な理由なく他に漏洩しないことを定めるものです。

- ① サービス従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約が終了したあとも同様です。
- ② サービス従業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、

医療機関等に甲に関する心身の情報を提供できるものとします。

- ③ 前2項にかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業所等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を本書にて行い利用者及びその家族等の個人情報をใช้ในการことができるものとします。

契約者において、上記同意事項について、その内容を理解した事を証するため、本書を別紙契約書末尾に添付し、記名押印をもって本書の内容に同意したものとします。

重要事項内容についてその内容について同意します。

令和 年 月 日

契約者氏名

㊟

介護者・ご家族氏名

㊟

(契約時説明)

居宅介護支援の利用開始にあたって

○利用者は、ケアプランに位置付けるサービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることができます。

○利用者は、ケアプランに位置付けたサービス事業所について、その事業所を位置づけた理由を求めることができます。

○医療機関に入院したら、担当のケアマネジャーの所属や氏名を入院先に伝えてください。また、できる限り、担当ケアマネジャーにも連絡してください。

これは、退院後もスムーズに介護サービス等を利用できるよう担当ケアマネジャーと医療機関関係者が連携するためです。

担当ケアマネジャーの名刺を「医療保険証」や「介護保険証」「おくすり手帳」などと一緒に保管し、入院時はセットで持参するのもよいと思います。

令和 年 月 日

上記により説明しました。

説明者 居宅介護支援事業所ホピ園

上記のとおり説明を受けました。

利用者 _____ ④

利用者家族 _____ ④

(続柄:)

事故発生時及び緊急時の対応について

(1) サービス提供時又はその他の時間帯において事故が発生した場合は、次の要領により対応させていただきます。

① 転倒、骨折が疑われる場合

- ・ あわてず速やかに対応する。
- ・ 疼痛の観察、炎症症状の観察、出血の有無、バイタルサインのチェックをする。
- ・ 骨折などの外科的処置を必要とする事故が生じた場合には主治医に連絡し指示を受ける。
- ・ 状態に応じ救急車を依頼する。

② 誤嚥、誤飲の場合

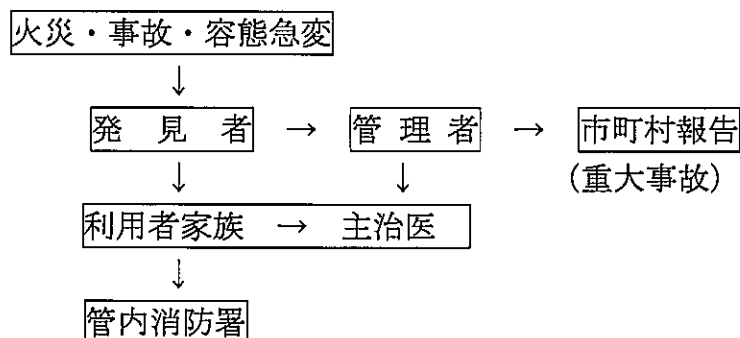
- ・ あわてず速やかに対応する。
- ・ タッピング施行し、(背中をたたく)様子観察を行う。
- ・ 主治医に連絡し必要時は救急車を依頼する。

③ 意識消失の場合

- ・ あわてず速やかに対応する。
- ・ バイタルサインをチェックする。
- ・ 意識レベルの確認をする。
- ・ 消失時の時間を確かめ、記録する。
- ・ 主治医に連絡し、指示を受ける。

④ 経過をよく検討し、担当者は事故報告書を速やかに提出する。

(2) 緊急時の連絡体制については、下記の要領に従い対応させていただきます。



※ 状況により変更する場合があります。

※ 緊急時における責任者は管理者です。