

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	ケアフルハウス居宅介護支援センター
所在地	越前市広瀬町153-12-2
事業所指定番号	1870300637
管理者	田中 優子
連絡先	TEL 0778-22-0030 fax 0778-22-4566
サービス提供地域	越前市

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／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。	2名以上

3 当事業所のサービスの方針等

- (1) 利用者が可能な限り有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるように支援します。
- (2) 利用者の選択に基づき、適切なサービスを各種事業所との連携により、公正中立な立場で総合的かつ効果的に提供できるよう支援します。
- (3) 事業の実施に当たっては、関係市町村や地域包括支援センター等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4 営業時間

営業日	営業時間	休日
月 火 水 木 金 土	9:00～18:00	日 祝祭日 12/29～1/3

5 サービス利用料及び利用者負担

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。

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致します。

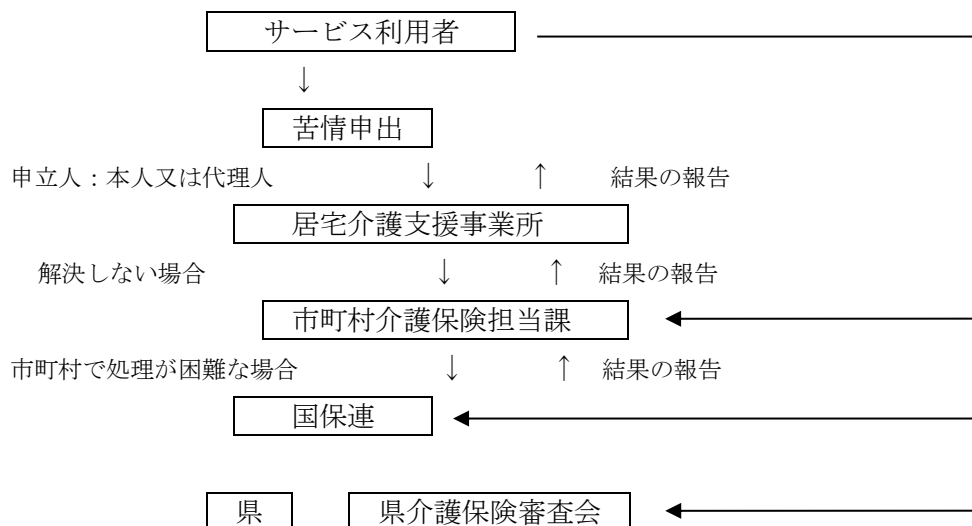
当事業所の相談窓口	電話番号 0778-22-0030 Fax 番号 0778-22-4566 相談員（責任者） 田中 優子 対応時間 上記の営業時間
-----------	--

○ 公的機関においても次の機関において苦情申し出等ができます。

越前市役所 長寿福祉課	越前市府中一丁目13-7 TEL(0778)22-3715 受付時間 8:30～17:30
鯖江市役所 介護保険グループ	鯖江市西山町13-1 TEL(0778)53-2218 受付時間 8:30～17:30
南越前町役場 保健福祉課	南条郡南越前町東大道29-1 TEL(0778)47-8007 受付時間 8:30～17:30

越前町役場 高齢福祉課	丹生郡越前町西田中13-5-1 TEL(0778)34-8711 受付時間 8:30~17:30
福井県国民健康保険団体連合会 介護保険係	福井市西開発町4-202-1 TEL(0776)57-1614 受付時間 8:30~17:30
福井県社会福祉協議会 運営適正化委員会	福井市光陽2丁目3-22 TEL(0776)24-2347 受付時間 9:00~17:00

苦情処理体制・手順



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、速やかに利用者の代理人（ご家族や後見人など）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所の連絡調整、並びに医療機関の受診などにおいて、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 感染症や災害の対応力強化について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、且つその提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（「業務継続計画」）を策定するとともに、当該業務改善計画に従い、介護支援専門員その他の従業者に対して、必要な研修及び訓練（シュミレーション）を実施します。感染症が発生、又はまん延しないように次の措置を講じます。

- (1) 感染症の発生又はそのまん延を防止するための指針の整備
- (2) 感染症の発生又はそのまん延を防止するための研修及び訓練の実施

10 居宅介護支援及び介護予防支援に伴う留意事項について

- (1) 居宅介護支援提供に先立ち、介護保険被保険者証に記載された内容（資格や認定の有無及び認定の有効期間）を確認します。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者にお知らせください。
- (2) 利用者が病院等に入院しなければならない又は入院した場合には、病院等との情報共有や連携を速やかに図り退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、事業所名や担当者名を病院等へ伝えてください。またその旨を事業所までお知らせください。
- (3) 居宅サービスの利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱う事が適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

令和 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。

事業者名 ケアフルハウス居宅介護支援センター

説明者氏名 田中 優子

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

利用者の家族など

住所

氏名

続柄