

## 1 法人の概要

法人の名称	一般社団法人秦野伊勢原医師会
代表者職氏名	会長 秋澤 孝則
法人の所在地	秦野市曾屋 11 番地
電話番号	0463-81-5018
F A X 番号	0463-82-7799

## 2 事業所の概要

事業所名	秦野伊勢原医師会居宅介護支援事業所
事業所の所在地	秦野市曾屋 11 番地
電話番号	0463-82-1021
F A X	0463-82-7877
介護保険事業所番号	1472800034
指定年月日	平成 11 年 8 月 2 日
併設サービス	介護予防支援
管理者氏名	亀井 俊至
通常の事業の実施地域	秦野市内

## 3 営業日、営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし、祝日（12/29～1/3 含む）は休業	
営業時間	平日	土曜日・日曜日・祝日
	8：30～17：30	休業

※ただし、当事業所は24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者の相談に対応する体制を確保しています。

## 4 事業所の職員体制等

職 種	業務内容	人 員
管理者	従事者及び業務の管理	常勤1名 主任介護支援専門員
介護支援専門員	介護支援サービスの提供	常勤1名以上 (管理者兼務1名を含む)
事務担当職員	事務	1名 (常勤1名 非常勤0名)

## 5 当事業所のサービスの方針・特徴

医療・福祉の連携をもって、可能な限り利用者の自立支援を図ります。

介護支援専門員はサービス事業者の選定や推薦にあたり、利用者又はその家族の希望をふまえつつ、公正中立に行います。

当事業所は、人員体制や研修の実施、困難な事例に対する支援の提供状況などの要件を満たしている為「特定事業所加算Ⅱ」を算定する事業所です。必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成します。

## 6 居宅介護支援の提供方法、内容、加算等

### (1) 提供方法、内容

- (ア) 居宅サービス計画の作成
- (イ) 居宅サービス事業者との連絡・調整
- (ウ) サービス実施状況の把握、評価 モニタリングの結果記録(1ヶ月に1回)
- (エ) 利用者の状態把握 居宅訪問(最低月1回)
- (オ) 給付管理
- (カ) 介護保険に関する申請の援助・代行
- (キ) 要介護認定の訪問調査
- (ク) 相談業務 来所相談には事業所内応接室兼相談室使用
- (ケ) その他の申請の援助・代行(高齢者・身体障害福祉、医療保険など)  
状況・必要性等を勘案して行います。

(2) 利用者又はその家族の同意がある場合、個人情報 の適切な取り扱いに留意し、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスなどを、テレビ電話装置等(オンラインツール)を活用して行います。

(3) ターミナルケアマネジメント加算は、在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前日14日以内に2日以上利用者の居宅を訪問し、利用者の心身等の状況を記録し、主治医及びサービス事業者に提供した場合に加算します。

なお、加算の算定に当たってはターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保し、必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備し、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行います。

(4) 居宅サービス等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こと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を算定します。

## 7 サービス利用料及び利用者負担金

(1) 居宅介護支援については、利用者の負担はありません。

ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき別紙料金表の記載に沿った利用料金の全額(10割)をいただき、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に提出しますと、全額払戻をうけられます。

(2) 通常のサービス提供地域を越えて行う居宅介護支援に要した訪問交通費の利用者負担はありません。

## 8 事故発生時の対応

利用者に対する居宅介護支援の実施に際して事故が発生した場合や利用者のけがや体調の急変があった場合には、市町村、利用者の家族、主治医や救急機関、管理者への連絡その他適切な措置を迅速に行います。事故の状況及び事故に際して採った処置については記録を行い、当該利用者に対する居宅介護支援の完結日より5年間保存します。

また、利用者に対する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は、事業所単位にて加入する賠償責任保険により損害賠償を速やかに行います。ただし、自

らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

## 9 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。
  1. 苦情があった場合は、ただちに担当者が相手方に連絡を取り詳しい事情を聞くとともに担当者からも事情を確認いたします。
  2. 必要により、管理者、サービス担当者等で検討会議を行います。
  3. 検討の結果、迅速且つ適切に対応いたします。
  4. 苦情対応の記録は、当該利用者に対する居宅介護支援の完結日より5年間保存します。

当事業所ご相談窓口 (原則として土曜、日曜、祝日 及び12月29日～1月3日を除き ます)	電話番号 0463-82-1021 FAX番号 0463-82-7877 窓口責任者 管理者 亀井俊至 対応時間 午前8時30分～午後5時30分
--	---

○ 当事業所以外に次の機関において相談、苦情申出等ができます。

保険者(秦野市)の窓口 秦野市高齢介護課介護保険担当 (原則として土曜、日曜、祝日 及び12月29日～1月3日を除き ます)	所在地 秦野市桜町1-3-2 電話番号 0463-82-9616 FAX番号 0463-84-0137 対応時間 午前8時30分～午後5時15分
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係 (原則として土曜、日曜、祝日 及び12月29日～1月3日を除き ます)	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 利用時間 午前8時30分～午後5時15分

※その他の市町村にお住まいの方は、お住まいの市町村(保険者)の介護保険課までお問い合わせ下さい。

## 10 従業者の研修機会の確保

介護支援専門員の資質向上を図るための研究、研修の機会を設け、また業務体制を整備します。

## 11 衛生管理等

- (1) 事業所の従業者に毎年健康診断等を実施し、清潔の保持及び健康状態について衛生管理を行います。
- (2) 居宅介護支援事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための従業員に対する研修及び訓練の実施等、その他必要な措置を講じます。

## 12 秘密の保持

事業所の従業者は、業務上知り得たご利用者又は家族の秘密を保持し、退職後もまた同様とするべき旨を採用時周知徹底し、従業者との雇用契約の内容に含むものとします。

## 13 その他

- (1) 介護支援専門員は、利用者の意思に基づいた居宅サービス計画作成のため、複数の居宅サービス事業者を紹介します。  
利用者は介護支援専門員に対し複数の居宅サービス事業者の紹介を求めることや、

居宅サービス計画原案に位置付けた居宅サービス事業者の選定理由の説明を求め  
ることができます。

- (2) 利用者が医療機関等に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の  
氏名及び連絡先を入院先医療機関に伝えてください。  
医療機関における利用者の退院支援や、退院後の円滑な在宅生活への移行支援を  
目的とします。
- (3) 当事業所は、介護支援専門員実務研修の受け入れを行っております。ご理解とご  
協力をお願い致します。
- (4) 利用者の人権の擁護、虐待の防止の観点から、虐待の発生又はその再発を防止す  
るため、次の措置を講じます。
  - (ア) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施。
  - (イ) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。
  - (ウ) その他虐待防止のために必要な措置事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、  
速やかに市町村に通報するものとします。
- (5) 男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏ま  
つつ、ハラスメント対策のため、次の措置を講じます。
  - (ア) 従業者に対するハラスメント指針の周知・啓発
  - (イ) 従業者からの相談に応じ、適切に対処するための体制の整備
  - (ウ) その他ハラスメント防止のために必要な措置
- (6) 感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画  
を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じます。

#### 【説明・同意・交付署名欄】

令和 年 月 日

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 神奈川県秦野市首屋 11 番地 電話 0463-82-1021  
法人名 一般社団法人秦野伊勢原医師会  
事業者名 秦野伊勢原医師会居宅介護支援事業所  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、同意しました。

また、当該説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(署名代行人・家族同意署名欄) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_