

居 宅 介 護 支 援 重 要 事 項 説 明 書

1 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所 さゆらぎ
所在地	神奈川県平塚市立野町 10-5
事業所指定番号	神奈川県 1472003225 号
管理者・連絡先	小泉 幹夫 0463-75-8412
サービス提供地域	平塚市 伊勢原市 秦野市 大磯町

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービスの種類、業務	人 員
管理者	居宅介護支援	1 名（常勤兼務）
居宅支援専門員	居宅介護支援	3 名（常勤専従） 1 名（常勤兼務） 1 名（非常勤）
事務担当職員	経理・事務	2 名（非常勤兼務）

3 サービス提供時間

区 分	平 日	土・日、祝日
提供時間	08:30～17:30	休 み

（注）年末年始（12/29～1/3）は「祝日」の扱いとなります。

電話等により、常時連絡が可能な体制としています。

4 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。
- （２） 介護支援専門員が通常のサービス提供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交通費（実費）の支払いが必要となります。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常のサービス地域を越えてから実費（片道 1km50 円）をお支払いいただきます。
- （３） 前項の費用の支払いを受ける場合は、利用者又は家族に対し、事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の署名又は捺印をいただきます。

5 当社のサービスの方針等

- (1) 当事業者は、利用者の状況に応じ、可能な限り自立した居宅生活を念頭において居宅サービス計画を作成し、利用者の生活の質が向上するよう支援に努めます。
- (2) 当事業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った居宅サービス計画を作成します。
- (3) 当事業者は、地域や家庭との結びつきを尊重し、市町村、他の居宅介護支援事業所、介護保険施設、保健医療サービス、福祉サービスとの密接な連携に努めます。
- (4) 居宅介護支援サービスの提供にあたり、当事業者が前6か月間に作成した居宅サービス計画（ケアプラン）総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の記載された割合、並びに前6か月間に作成したケアプランに記載された訪問介護等の回数のうち同一のサービス事業者によって提供された割合は下記の通りです。

- ① 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	35%
通所介護	25%
福祉用具貸与	59%
地域密着型通所介護	28%

- ② 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	ケアステーション 野いちご 51.5%	ケアステーション あさがお 14.3%	クレール平塚立野ヘルパーセンター 6.7%
通所介護	らいおんハートリハビリ デイサービス河内 16.2%	デイサービスおあし す 12.7%	平塚ケアセンターそ よ風 7.1% デイサービスセンタ ーれんげの郷 7.1%
福祉用具貸与	オーシャン 32.9%	メディケアセンター平 塚 18.6%	介護ショップあかつき 7.6%
地域密着型通所介護	デイサービス野いちご 40.0%	アクアケアサービスキ ラッと 9.5%	うんどう・デイ・ま つがおか 8.1%

※ 判定期間 （令和 6年度）

■前期（3月1日から8月末日） □後期（9月1日から2月末日）

- (5) 感染症又は非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、又は非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」といいます。）を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じ研修及び訓練を定期的の実施します。その上で定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務改善計画の変更をします。
- (6) 感染症の発生及びまん延等に関する取り組みに関する委員会の開催、指針（マニュアル）の整備、研修や訓練を実施し、感染症や災害等が発生した場合であっても、業務事業計画に基づいて介護サービスが継続的に提供できるように体制を構築します。
- (7) 高齢者虐待の早期発見、発生またはその再発を防止するために、担当者の配置、委員会の開催、職員への周知徹底、指針（マニュアル）の整備や研修の実施を定期的の実施します。また、虐待事案が発生した場合は、個別状況に応じて慎重に対応するとともに、速やかに市町村へ通報し調査などの協力、再発防止策や評価をします。
- (8) 職場においてあらゆるハラスメントにより就業環境が害されることがないように必要な措置を講じ、またカスタマーハラスメントについては必要な措置を講じるよう努めます。

6 居宅介護支援の内容と提供方法等

指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立って、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。その内容は次のとおりとします。

- (1) 要介護認定等の申請に係る援助
- (2) 居宅介護サービス計画又は居宅支援サービス計画の作成と実施状況の把握
- (3) 利用者の心身状況・住環境・家族状況など居宅介護支援に必要な課題の分析
- (4) 利用者の要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止、又は要介護状態等になることを予防するための支援
- (5) 相談を受ける場所は、事業者の相談室又は利用者の居宅等、利用者が希望する場所とします。
- (6) 介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開催して専門的意見を求めるとともに、適切な会場を設定し、利用者又は家族の参加も得るものとします
- (7) 指定居宅サービス事業所及び介護保険施設等への紹介、その他の便宜の提供

7 個人情報の保護

- (1) 当事業者及び介護支援専門員等は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持することを厳守します。
- (2) 当事業者は、介護支援専門員等が退職した後も、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- (3) 当事業者は、関係機関・医療機関等に対して、利用者の情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者の同意を得ることとします。
- (4) 当事業者は、個人情報保護に則し、個人情報を使用する場合、利用者及びその家族の個人情報の利用目的を公表します。
- (5) 当事業者は、個人情報保護に係る規定を公表します。

8 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等と連携を図り、対応します。

介護支援専門員一人ひとりが個別の携帯電話を所持し、常時個々の利用者からの相談に対応します。
また、サービス提供時間後の事業者への電話は、担当者携帯にて対応します。

9 相談窓口、苦情対応

当事業者は、利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情受付窓口など必要な措置を講ずるものとします

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

居宅介護支援事業所 さゆらぎ お客様相談コーナー	電話番号	0 4 6 3 - 7 5 - 8 4 1 2
	FAX 番号	0 4 6 3 - 7 5 - 8 4 1 5
	管理者	小泉 幹夫
	対応時間	0 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

○公的機関においても、苦情申出等ができます。

平塚市福祉部 介護保険課	所在地 平塚市浅間町9-1 電話番号 0463-21-8790 (直通) 対応時間 08:30 ~ 17:00
秦野市福祉部 高齢介護課	所在地 秦野市桜町1-3-2 電話番号 0463-82-5111 (代表) FAX番号 0463-82-6793 (代表) 対応時間 08:30 ~ 17:00
伊勢原市保健福祉部 介護高齢課	所在地 伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711 (代表) FAX番号 0463-94-2245 対応時間 08:30 ~ 17:00
大磯町町民福祉部 福祉課 高齢福祉係	所在地 中郡大磯町東小磯183 電話番号 0463-61-4100 (代表) 対応時間 08:30 ~ 17:15
茅ヶ崎市 高齢福祉介護係	所在地 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1 電話番号 0467-82-1111 (代表) 対応時間 08:30 ~ 17:00
神奈川県国民健康保険団体 連合会 介護福祉部 介護 保険課 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 (直通) 0570-022-110 (土日、祝祭日、年末年始を除く) 利用時間 08:30 ~ 17:15

10 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 さゆらぎ
代 表 者 名	代表取締役 久保 紀代子
所在地	神奈川県平塚市立野町10-5
電話・FAX番号	TEL 0463-75-8412 FAX 0463-75-8415
事業内容	居宅介護支援事業 / 訪問介護事業 / 介護予防訪問介護事業 地域密着型通所介護事業

【 説明確認欄 】

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 事業者名 居宅介護支援事業所 さゆらぎ

説明者 _____ 印

令和 年 月 日

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内容に同意し交付を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人又は

立会人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____