

居宅介護支援 重要事項説明書

居宅介護サービス提供の開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1 指定居宅介護支援を提供する事業所の概要

(1) 医療法人社団の概要

| | |
|---------|---|
| 法人種別・名称 | 医療法人社団ユニメディコ |
| 代表者氏名 | (理事長)立野 慶 |
| 所在地 | 横浜市泉区領家3-2-4 山手台IK プラザ2階 |
| 連絡先 | 045-814-6821 |
| 事業内容 | 医科医院診療所の経営・歯科医院診療所の経営・居宅介護支援事業所の経営・訪問介護事業所の経営 |

(2) 事業所の概要

| | |
|---------|-----------------------------|
| 事業所名 | 医療法人社団ユニメディコ サンライズ居宅介護支援事業所 |
| 事業所番号 | 1472701166 |
| 事業所の所在地 | 三浦市三崎町諸磯 24-1 |
| 連絡先 | 046-874-5915 |
| 管理者氏名 | 介護支援専門員 堀 ユミ |
| 事業実施地域 | 三浦市・横須賀市・横浜市の一部 |

2 営業日及び営業時間

| | | | |
|------|---------------------------------|--------------|--|
| 営業日時 | 月曜日～金曜日 午前 9 時 ~ 午後 6 時 | | |
| 休日 | 土・日・祝日等の国民の休日、及び年末年始(12/29～1/3) | | |
| 連絡先 | 営業時間内(9:00～18:00) | 046-874-5915 | |

3 職員の体制

| 職種 | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤専従 | 非常勤兼務 | 計 |
|---------|------|---------------|-------|-------|----|
| 管理者 | | 1名(介護支援専門員兼務) | | | 1名 |
| 介護支援専門員 | 2名 | 2名 | | | 4名 |

*職員の配置については、指定基準を順守し資質向上のため研修の機会を確保しています。

4 業務内容

- ご利用者が自宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、ご利用者の心身の状況に合わせ、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成するとともに、その計画に基づいてサービス提供が確保されるよう事業者等との連絡調整を行います。
- ご利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、ご利用者ご家族に対して適切なサービスが多様な事業所から提供されるように紹介し、ご利用者に選択していただきます。また、各事業所をケアプランに位置づけた理由についても説明いたします。
- 居宅介護支援にあたっては、ご利用者の意見及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立つて提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることがないよう、公正中立に行います。

4) 居宅介護支援にあたっては、必要に応じて市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅支援事業、介護保険施設、医療サービス等と連携をとります。

5 居宅介護支援サービスの提供方法及び内容

- 1) 居宅サービス計画作成にあたっては、ご利用者の居宅を訪問し、ご利用者及びそのご家族に面接して解決すべき課題の把握(以下、アセスメントという)をします。そのアセスメントの結果に基づいて、最も適切なサービスの組み合わせについて検討し作成します。
- 2) 居宅サービス計画の作成後においても、ご利用者やそのご家族、事業者等と常に連絡をとり、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、ご利用者について再アセスメントをし、必要に応じて居宅サービス計画の変更、事業者等との連絡調整、その他の便宜の提供を行います。
- 3) 前項の居宅サービス計画の実施状況、アセスメント等について適切な記録を作成・保管して、ご利用者に対し継続的に情報提供、説明等を行います。

<サービスの内容>

- ① ご利用者の状況の把握とアセスメント
- ② 居宅介護サービス計画の作成
- ③ 居宅サービス事業者との連絡調整
- ④ サービス実施状況把握、評価

※ 居宅訪問・月1回、及びご利用者からの依頼があった場合、居宅介護支援業務の実施に不可欠と認められる状況で介護支援専門員は訪問いたします。利用者の状態が安定している場合、テレビ電話装置その他の情報通信機器を使用したモニタリングも行う事ができます。

6 その他の居宅介護支援サービス

- ① 要介護(要支援)認定に対する協力、及び認定申請の代行
- ② 相談業務(電話・訪問・来所等を通してご利用者からの相談に適切に対応します)
- ③ 給付管理(国保連に提出する介護保険給付管理を行います)
- ④ 介護保険施設への入所を希望された場合の情報提供と援助

7 市町村への届け出

この居宅介護支援サービスを受ける際には、その旨を市町村に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続きは担当の居宅介護支援専門員にご相談下さい。

8 入院時の医療機関への連絡について

病院等に入院をした際には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、早期に病院等と情報共有や連携を行う必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えて下さい。

9 ご利用者の負担金について

居宅介護支援の利用料は介護保険で全額給付されますので、ご利用者の負担はありません。但し、保険料を滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、1ヶ月につき介護支援費としての金額をお支払いください。その後、当事業所発行のサービス提供証明書を保険者窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

*「居宅介護支援費」については、別紙1をご参照下さい。

*当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用

状況は別紙2の通りです。

10 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 堀 ユミ |
|-------------|----------|

- 2) 成年後見制度の利用を支援します。
- 3) 苦情解決体制を整備しています。
- 4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11 サービスのキャンセル及び契約期間途中での解約等について

- 1) ご利用者がこの居宅介護支援に係る訪問調査、居宅サービス計画の作成等のサービス提供をキャンセル、又は中断する場合には、速やかに当事業所までご連絡ください。
- 2) 居宅サービス計画の変更、ご利用者が依頼された事業者との連絡調整等を取り消す場合も速やかに当事業所まで連絡先ご連絡ください。
- 3) ご利用者は、1週間以上の予告期間があれば、契約全体を解約することもできます。

12 秘密保持

- 1) 事業者及び事業者の使用者の者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご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、契約が終了した後も継続します。
- 2) 事業者は、利用者及び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、利用者の個人情報を用いません。

13 事故発生の対応

居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに利用者のご家族、当該市町村及び関係機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14 苦情等の相談窓口

サービスに対する苦情やご意見、手続き等のサービスに関する御相談、記録等の情報開示の請求は以下で受け付けています。

* 苦情受付窓口(担当者): 管理者 堀 ユミ

* 受付時間: 営業時間内(9:00~18:00) 電話046-874-5915

* 下記、公的機関の窓口においても苦情を申し立てることができます

| | |
|-----------------|--|
| 三浦市役所 高齢介護課 | 所在地 三浦市城山町1-1 電話 046-822-1111 対応時間 8:30~17:15(土日・祝祭日・年末年始除く) |
| 横須賀市役所 高齢福祉課 | 所在地 横須賀市小川町11 電話 046-822-9588 対応時間 8:30~17:15(土日・祝祭日・年末年始除く) |

* 他 現住所がある市区町村の介護保険担当

15 事業計画及び財務内容の閲覧について

本事業所では、事業運営の透明性の確保のため、ご利用者及びご家族の求めに応じてその内容を開示します。

居宅介護支援サービスの開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

重要事項説明の証として、本書を2通作成し、各署名捺印の上、各1通を保持する。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|-------|-----------------------------|
| 事業者 | 住所 | 三浦市三崎町諸磯 24-1 |
| | 事業所名 | 医療法人社団ユニメディコ サンライズ居宅介護支援事業所 |
| | 管理者名 | 堀 ユミ |
| | 説明者氏名 | |

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援の提供開始に同意し交付をうけました。

令和 年 月 日

| | |
|-------------------|-----------|
| ご利用者 | 住所 |
| | |
| 上記代理人(代理人を選任した場合) | |
| | 住所 |
| | 氏名 |
| | (利用者との関係) |

(注)「代理人」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、代理人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。