

重要事項説明書

1. 事業所の概要

| | |
|---------|-------------------------|
| 事業所名 | 赤羽整形リウマチクリニック 居宅介護支援事業部 |
| 所在地 | 東京都北区赤羽西1-34-2-2F |
| 事業者指定番号 | 1371703503 |
| 管理者 | 鈴木 言枝 |
| 連絡先 | 電話：03-3900-0567 |
| | FAX：03-3900-0572 |

2. 事業所の職員体制

| | 常勤 | 非常勤 |
|---------|------|-----|
| 管理者 | 1 | |
| 介護支援専門員 | 1名以上 | |
| 事務員 | 1名以上 | |

(名)

3. サービス提供地域

東京都北区 赤羽西1丁目 赤羽西2丁目 赤羽西3丁目 赤羽西4丁目
赤羽西5丁目 赤羽西6丁目

4. 営業日・営業時間

① 営業日 ○が営業日、×が休業日です。

| 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 祝日 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | × |

その他の休日 年末年始 1月1日～1月3日までは休業。

② 営業時間

| | | |
|-----|------------|-------------|
| 平日 | 9:00～12:30 | 15:00～19:00 |
| 土曜日 | 9:00～12:30 | 14:00～17:00 |

5. 利用者負担金

① 居宅介護支援については、利用者の自己負担はありません。

(要介護者の方は、介護保険制度から全額給付されます)

利用料金及び加算金額は、別紙に掲げる「料金表」を参照下さい。

保険料の滞納等により、介護給付金が直接事業所に支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて別紙に掲げる利用料の金額を頂き、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北区の窓口に提出しますと全額払い戻しを受けられます。

② 交通費は、北区赤羽西地区にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費を負担していただきます。自動車を使用した場合の交通費は、区域を越えて片道1km毎に100円をいただきます。

6. 当事業所のサービスの方針等

要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況やおかれている環境等に応じて保険・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう利用者の立場にたって支援を致します。

また、介護保険制度の基本理念である『居宅介護の重視』を実現するために、利用者からの相談、依頼のあった場合には、利用者自身の立場にたち、常にその居宅において日常生活を営むことができるように支援できるかどうかという視点から検討を行い運営するものとします。

なお、職員の計画的な研修等を実施することにより、質の向上を図り、利用者の支援に役立てたいと考えております。

7. 居宅介護支援の内容

① 居宅サービス計画の作成

作成に関する業務は居宅介護支援専門員が担当します

作成開始に当たっては、情報を提供し利用者にサービスの選択を求めます
選択されたサービスについて、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介し
選択を求めること、また居宅計画原案に位置づけた事業者等の選定理由の説明
を求めることを可能とします

利用者の有する能力・現提供サービス内容・環境等の評価を通じて現に抱えている問題点を明らかにし、自立した生活を営むことができるように支援し、解決すべき課題を把握します

利用者の居宅を訪問し、利用者・家族等（以下「利用者等」という）に面接をすることにより解決すべき課題の把握に努め、その主旨について十分説明し理解を得ます

利用者等によるサービスの希望並びに把握された課題に基づき、当該地域体制を勘案して、提供されるサービスの目標・達成時期を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します

原案作成に当たっては、被保険者証に記載のある要介護状態区分及び指定に係る居宅サービスの種類、認定審査会における意見について主旨を説明し理解を得た上で行います

サービス担当者会議を開催し、原案の内容について各サービス担当者から専門的な意見を求め、互いに利用者の状況を把握し情報を共有します

原案に基づき、利用者等に対し介護保険給付の有無・サービスの種類・内容・利用料等について説明し、居宅サービス計画を作成し、同意する旨の文章に署名を受けこれを交付します

② サービス実施状況把握・評価

居宅サービス計画の作成後においても、実施状況の把握、利用者の課題把握（以下「モニタリング」という）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、各サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行います

モニタリングに当たっては、利用者等、各サービス事業者等との連絡を継続的に行い、特段の事情がない限り、少なくとも月に1回、利用者の居宅を訪問し面接し、その結果を記録します

③ 居宅サービス事業者との連絡調整

指定居宅サービス提供事業者等の担当者と緊密な連携を図り、利用者の解

決すべき課題に変化が認められない場合には、円滑に連絡が行われる体制の調整に努めます

利用者が入院する必要がある場合には、入院先医療機関との早期の連携を促進するため、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るよう協力を求めます

その居宅においてサービスの提供が困難になったと認める場合、利用者が介護保険施設への入所入院を希望する場合は、介護保険施設の紹介・情報提供等を行います

介護保険施設から退所退院しようとする要介護者から依頼があった場合は、円滑に居宅生活へ移行できるよう、居宅サービス計画の作成等の援助を行います

利用者が医療サービスの希望及び必要としている場合、利用者の同意を得て主治の医師等の意見・指示を確認します

居宅サービス計画書に医療サービスを位置づける場合は、主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外のサービスを位置づける場合にあっては、主治の医師等からの留意事項を尊重します

居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供をうけたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供します

④ 居宅サービス計画の変更

事業者が居宅サービス計画の変更の必要性を認めた場合、または必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画の変更を、この居宅介護支援業務の実施方法等の手順に従って実施します

居宅サービス計画の作成又は変更にあたっては、原則として特定の時期に偏ることなく、計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにします

居宅サービス計画の作成又は変更にあたっては、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域住民による自発的活動サービス当の利用も含めて居宅サービス計画上に位置づけるように努めます

⑤ 給付管理

居宅サービス計画の内容に基づき、毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します

⑥ 要介護認定申請に対する協力・援助

利用者の要介護認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います

⑦ 相談業務

居宅サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者等に対し、サービス提供方法等について理解しやすいように説明します

⑧ 居宅介護支援の業務範囲外の内容

上記内容以外の、次に例として示すような内容は業務範囲外となります。これらのご要望に対しては、応じられません

例) 救急車への同乗/入退院時の手続きや生活用品調達等の支援/家事代行業務/直接の身体介護/金銭管理/認知症高齢者の検索/通院時の付き添い/住宅賃貸のお世話/消費者被害の対応/薬お管理/郵便物の確認・仕分け/近隣住民とのトラブル対応 等

8. 秘密保持

- ① 介護支援専門員およびその他の従事者は、業務上知り得た利用者およびその家族に関する秘密については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中および契約終了後において第三者に漏らすことはありません。この守秘義務は、事業所および従事者が廃業および退職等によりその職務を終了した後も継続します。
- ② あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

9. 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、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関等の連絡します。

| | | |
|-------|--------|--|
| 医療機関等 | 主治医の氏名 | |
| | 医療機関 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 続柄 | |
| | 連絡先 | |

10. 事故発生時等の対応

万一、指定居宅介護支援の提供により事故・トラブルが発生した場合は、市町村およびご家族に連絡をし、適切にかつ迅速に対応し、その内容に応じて利用者の主治医等へ連絡し指示を仰ぎます。また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。

11. 相談窓口・苦情対応

- ① 当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

| | | |
|---------------|-------|-------------------|
| 当事業所の 相談窓口 | 電話番号 | 03-3900-0567 |
| | FAX番号 | 03-3900-0572 |
| | 相談担当者 | 渡辺 房雄 鈴木 言枝 |
| | 対応時間 | 営業時間内（FAXは24時間受信） |

- ② 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出等ができます。

| | | |
|----------------|----|--------------|
| 北区介護保険課相談窓口 | 電話 | 03-3908-1119 |
| 東京都国民健康保険団体連合会 | 電話 | 03-6238-0177 |

1 2. 虐待防止の対応

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

1 3. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 当事業所では第三者評価を受審しておりません。
- ② 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）、職員に対するセクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）を禁止行為とさせていただきます。

- * 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。
- * 重要事項事項説明書において、介護保険法改正に伴う事項等の軽微な変更については、別途案内文を通知することをもってこれに代えさせていただきますので、ご確認ください。

令和 年 月 日

事業者名 赤羽整形リウマチクリニック 居宅介護支援事業部
 説明者 鈴木 言枝（介護支援専門員） 印

- * 居宅介護支援契約の締結にあたり、上記の通り説明を受け、居宅介護支援を受けることにつき同意しました。

令和 年 月 日

利用者

氏名 印

家族

氏名 印

代理人

氏名 印