

双葉ヶ丘居宅介護支援センター 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
宮城県指定 第0475100640号

1. 事業所

- 事業の種類 指定居宅介護支援事業・平成12年4月1日指定
- 事業所の名称 双葉ヶ丘居宅介護支援センター
- 事業所の所在地 宮城県仙台市青葉区双葉ヶ丘二丁目9-2
- 管理者 氏名 浅川 昌恵

2. 事業の目的及び運営の方針

○事業の目的

「自宅で生活を続けていきたい」、「自宅で介護をしたい」というご本人・ご家族のご意向を的確に受け止め、充実したケアプランの作成・事業者の紹介・その他必要とされる介護情報を提供し、より快適なご自宅での生活を支援していくことを目的とします。

○運営方針

- (1) ご利用者の心身の特性を踏まえつつ、ご本人が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、配慮して事業を行います。
- (2) ご利用者の心身の状況、その置かれている環境を考慮し、ご利用者自身の選択に基づき、適切な保健、医療サービス及び福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。また、ご利用者に提供されるサービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に事業を行います。
- (3) 事業を運営するに当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 職員の職種、人数及び職務内容

○管理者 1名 [介護支援専門員兼務]

職員の管理、育成、指導及び、居宅介護支援業務の管理を一元的に行います。
及び、介護支援専門員職務内容と同様。

○介護支援専門員 2名 [うち1名管理者兼務]

要介護者等に対する適切な居宅サービス計画を作成するとともに関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、効率的な各種サービスを提供します。

4. 営業日及び営業時間

○営業日

月曜日から金曜日まで。ただし、12月29日から1月3日、及び祝日は除きます。

○営業時間

午前8時30分から午後5時30分まで。

※ただし、通話中や不在の場合は、併設施設の特別養護老人ホーム實樹苑に転送されます。

緊急連絡先 Tel 022-275-4086 《双葉ヶ丘居宅介護支援事業所》

5. 介護支援の提供方法

○相談場所

相談場所は、ご希望に応じます。

○介護支援専門員の居宅訪問・居宅への連絡

月に1度の定期訪問をいたします。その他、随時、ご相談をお受けいたします。

6. サービスの利用方法

○サービスの利用開始

担当の介護支援専門員が、お会いして契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

○サービスの終了

(1) お客様のご都合でサービスを終了する場合

2日前までにお申し出いただければ対応いたします。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。

その場合は、必要に応じて、この地域の他の居宅介護支援事業所を紹介いたします。

(3) 自動終了

次の場合は、自動的にサービスを終了します。

- ・ご利用者が、介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、介護保険の非該当または、要支援1、要支援2と認定された場合
- ・ご利用者が、亡くなられた場合

(4) その他

ご利用者や、ご家族の方が当事業所や、当事業所の介護支援専門員に対して、本契約を継続しがたい背信行為があった場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7. 居宅介護支援の内容

○介護保険申請事務の代行

要介護認定等に係る申請に際しては、ご利用者の要望をお聞きし、必要な事務手続きを代行します。

○居宅サービス計画（以下、ケアプランという）の作成及び指定居宅サービス事業所紹介

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、ご利用者の相談に応じ
ご本人の心身の状況に添った、適切な居宅サービスを利用できるよう、ケアプランを
作成します。その後の状況の変化に応じてケアプランの変更を致します。

また、介護保険施設への紹介等の便宜もお図りします。

○指定介護居宅介護支援の提供に関する記録を作成して、5年間保管します。

○ご利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、ご利用者はケアプランに位
置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を介護支援専門員に求める
こと、また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を介護支援専門員に求めること
が可能です。

8. 居宅サービス計画の作成の流れ

① 事業所は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させ
ます。

②居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス
事業所等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者又はその家族
等に対して提供して、契約者にサービスの選択を求めます。

③介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提
供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を
盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居
宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、
内容、利用料等について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を
得た上で決定するものとします。

9. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、下記のとおりとする。

青葉区：北仙台小学校区、荒巻小学校区、三条中学校区、台原中学校区、桜丘中学校区

泉 区：八乙女中学校区、加茂中学校区、長命ヶ丘中学校区

10. 利用料及びその他の費用

利用料：居宅介護支援利用料の自己負担はございません。(全額保険負担)

1 1. 秘密の保持

- 当事業所、介護支援専門員は、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終了後も同様です。また介護支援専門員がその職を離れた場合にも同様に秘密は守ります。
- 当事業所は、ご利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、ご利用者の個人情報を用いません。

1 2. 事故発生時事故発生時の対応

- 利用者に対する居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には事業所で定めている事故対応マニュアルに基づき対応します。また、速やかに市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- 事業所の責に帰すべき事由により生じた事故につき、事業者は利用者や家族などに賠償する責任を負います。

1 3. 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し初回訪問時及びご利用者やご家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

1 4. 注意義務

ご利用者より委託された業務を行うに当たっては、法令を遵守し善良なる管理者の注意を持って業務を遂行します。

1 5. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受け付け

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 : 浅川 昌恵 (管理者)
TEL 022-275-4086
TEL 022-275-3786 (寶樹苑内)
- 受付時間 : 毎週月曜日から金曜日の午前9時00分から午後5時00分
(ただし、12月29日から1月3日と、祝日は除きます。)
- 苦情解決責任者 : 法人本部長 中川 俊彦
寄せられたご意見や、苦情に対して総合施設長が責任者となって、関係機関と相談しながら、申し出人と誠意を持って話し合い、合意が得られるよう努めます。
なお、法人として、苦情解決第三者委員会を設置しております。定期的に委員会を開催して、委員の皆さんのご意見を伺っております。
・3名の方を委嘱しています。

北仙台地区民生委員2名 越後 洋子 佐藤 勝男
社会福祉法人無量壽会監事1名 犬飼 泰治

いただいた苦情については、問題点を把握し対応策を検討して必要な改善を行います。

また、苦情ボックス（ご意見箱）を特別養護老人ホーム寶樹苑（同建物内）1階食堂前ロビーおよび2階食堂内に設置しております。

（2）行政機関その他苦情受付機関

| | | |
|---------------------------|------|----------------|
| 宮城県国民健康保険 団体連合会 | 所在地 | 仙台市青葉区上杉一丁目2-3 |
| | 電話番号 | 022-222-7700 |
| 宮城県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 所在地 | 仙台市青葉区本町3丁目7-4 |
| | 電話番号 | 022-225-8476 |
| 仙台市介護事業支援課 居宅介護サービス指導係 | 所在地 | 仙台市青葉区国分町3-7-1 |
| | 電話番号 | 022-214-8192 |

※12月29日から1月3日と、土日祝日は除きます。

※その他、お住まいの各区障害高齢課介護保険係にご相談下さい。

16. この規程に定める事項の他、運営に関する重要事項は社会福祉法人無量壽会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

平成 年 月 日

居宅介護支援の提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要項目を説明しました。

事業所

所在地 仙台市青葉区双葉ヶ丘二丁目9-2

名 称 双葉ヶ丘居宅介護支援センター

代表者 管理者 浅川 昌恵 印

説明者 職 種 _____

氏 名 _____ 印

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービス開始に同意いたします。

ご利用者

氏 名 _____ 印

(署名代行者)

氏 名 _____ 印

(続柄： _____)