

医師会居宅介護支援センター重要事項説明書【令和6年4月1日改正】

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、厚生省令38号4条に基づいて以下の通り重要事項を説明します。

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|--------|------------------|
| 事業者の名称 | 一般社団法人由利本荘医師会 |
| 所在地 | 秋田県由利本荘市水林456番地4 |
| 法人種別 | 一般社団法人 |
| 代表者名 | 松田 武文 |
| 電話番号 | 0184-22-4085 |
| FAX 番号 | 0184-22-0050 |

2. 事業所の概要

| | |
|---------|------------------|
| 事業所の名称 | 医師会居宅介護支援センター |
| 事業の種類 | 居宅介護支援事業 |
| 所在地 | 秋田県由利本荘市水林456番地4 |
| 管理者名 | 石黒 智子 |
| 電話番号 | 0184-27-2891 |
| FAX 番号 | 0184-27-2831 |
| 事業の実施地域 | 由利本荘市・にかほ市 |

3. 営業日及び営業時間、休業日

| | |
|-----|---|
| 営業日 | 月曜日～金曜日（8時30分～17時） 第2・4・5土曜日（8時30分～12時30分） |
| 休業日 | 第1・3土曜日、日曜日、祝日 8月13日～14日、12月30日～1月3日 |

※電話により、24時間常時連絡が可能な体制を整備する。

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | ノーマライゼーションの理念のもとに地域医療・福祉サービス事業者・行政などと連携を図り、利用者により良い介護サービスの提供を目的とする。 |
|-------|---|

| | |
|-------|--|
| 運営の方針 | 介護保険における法令の趣旨に従い、公正中立な立場から、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう居宅サービス計画を作成するとともに、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整、その他の便宜を提供する。 |
|-------|--|

5. 職員の勤務体制と配置

| 職員の職種 | 人数 | 勤務体制 |
|---------|------|----------------|
| 管理者 | 1名 | 常勤（介護支援専門員と兼務） |
| 介護支援専門員 | 3名以上 | 常勤（専従） |

利用者の数44名に対して1名を標準として配置する。

6. 相談苦情申し立て窓口

| | |
|---------|----------------------|
| 窓口担当者 | 当センター職員 |
| 利用時間 | 9時～16時30分 |
| 利用方法 | 来所または電話 0184-27-2891 |
| 苦情解決責任者 | 細矢 学 |

行政その他の苦情受付機関

| | |
|-----------------|--------------|
| 秋田県国民健康保険団体連合会 | 018-883-1550 |
| 由利本荘市地域包括支援センター | 0184-24-6345 |
| にかほ市地域包括支援センター | 0184-32-3045 |

7. サービスの内容

(1) 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れ

- ①居宅介護支援事業の契約締結
- ②解決すべき課題・希望の確認（アセスメント）
- ③居宅サービス計画の原案作成
- ④サービス担当者会議の開催
- ⑤居宅サービス計画の配付
- ⑥居宅サービスの実施
- ⑦居宅サービスの実施状況確認（モニタリング）

(2) 提供するサービスについて

①事業所等の公正中立な情報提供

1)利用者やその家族等は居宅サービス計画に位置づ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求めることができる。また、当該事業所を居宅サービス計画に位置づけた理由を求めることができる。

2)前6か月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の説明。

※別表の通り。

3)前6か月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同一事業者によって提供されたものの割合を説明。

※別表の通り。

②医師等の医療機関やサービス提供事業者、その他の多職種を参集し、利用者やその家族等と一緒にサービス担当者会議を開催する。

③医療系のサービスを希望する場合は、利用者やその家族等から了解を得て、主治の医師等に意見を求める。また、意見を求めた主治の医師等に対して居宅サービス計画を交付する。

④居宅サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切を説明し、了解を得る。

⑤自宅を1か月に1回訪問し、利用者やその家族等に居宅サービス実施状況確認をする。また、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用し、居宅サービス実施状況確認をする場合もある。その際は利用者の同意を得て、サービス担当者会議で主治医や担当者その他の関係者から一定の要件に合意を得たうえで行う。この場合は少なくとも2か月に1回は自宅を訪問する。

⑥医療と介護の連携

1)利用者が入院した際は利用者またはその家族等が担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に伝える。

2)退院する際は在宅生活にスムーズに移行できるように医療機関等の職員と面談を行い、必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、必要時はカンファレンスを行う。

3)訪問介護事業者等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、居宅サービス実施状況確認で介護支援専門員が把握した状態等について、介護支援専門員が主治の医師等や歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝達する。

⑦要介護認定等の代行申請。

⑧居宅サービス事業者との契約締結に関する必要な援助。

⑨関連事業所との連絡調整。

⑩給付管理票の作成・提出。

⑪毎月、国民健康保険連合会へ提出。

⑫地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合の体制の整備。

8. 居宅サービス計画書等の交付・開示

居宅サービスの実施状況に関する書類が必要な場合はいつでも交付・開示できる。

9. 利用料

(1)要介護又は要支援認定を受けられた時は介護保険制度から全額給付される。介護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は1か月につきその要介護度に応じて支払うことで、当センターがサービス提供証明書を発行する。このサービス提供証明書を市町村の窓口へ提出することで全額払い戻しを受けることができる。

(2)特定事業所加算Ⅱを算定。

(3)通常の事業実施地域（由利本荘市・にかほ市）以外の居宅介護支援に要した交通費は公共交通機関の料金に準じた額を請求する。利用者やその家族等に対して、事前に請求に関する文書を説明し、支払いに同意する旨の文書に署名捺印を得る。

※別表の通り。

10. 担当の職員

担当の介護支援専門員は【 】です。

当センター職員は常に身分証明書を携帯し提示する。また必要時はいつでも提示する。

11. 担当介護支援専門員の変更

当センターの都合により、担当介護支援専門員を変更する場合がある。その際は事前に利用者やその家族等の了解を得る。

12. 守秘義務

(1)居宅介護支援サービスを提供するうえで知り得た利用者やその家族等の個人情報については、利用者の生命や身体に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らさない。

(2)利用者やその家族等から個人情報使用同意を得た場合は、必要最小限度の範囲で個人情報を使用する。

13. 事故発生時の対応

居宅介護支援サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じる。

14. 虐待防止について

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

(1)虐待防止に関する責任者選定

責任者：管理者 石黒智子

(2)成年後見制度の利用の支援

(3)苦情解決体制の整備

(4)当センター職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施

15. 災害時業務継続

自然災害等に対処するため、事業継続に向けた計画の策定、研修の実施、訓練を実施する。

16. 感染症予防及び蔓延の防止

感染症及び蔓延の防止のため、研修の実施や必要な措置を講じる。

17. ハラスメント対策の強化

(1)職場におけるハラスメント対策を強化し、職場環境の改善を図る。

(2)当センター職員に対する暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為やパワーハラスメント・セクシャルハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為を禁止する。

(3)当センター職員の写真や動画の撮影、録音等を無断で行う行為や SNS 等への掲載を禁止する。

18.提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施していない。

19.サービス利用にあたっての留意事項

体調の変化などによりサービスを利用できなくなった場合は、利用者又はその家族等ができる限り早めに担当介護支援専門員または居宅サービス事業者の担当者へ連絡する。

重要事項説明書同意確認書

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項（利用料金含む）の説明を行いました。

(事業者) 住 所 秋田県由利本荘市水林 456 番地 4
開設者 一般社団法人由利本荘医師会
会 長 松田 武文

(説明者) 事業所 医師会居宅介護支援センター
説明者

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業所から居宅介護支援についての重要事項（利用料金含む）の説明を受け、サービス提供開始に同意し、交付を受けました。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____

(家族等) 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____