

美里リハビリテーションクリニック居宅介護支援重要事項説明書
(2024年 4月 1日現在)

1 支援事業者の概要

| | |
|---------|--------------------------------------------------------------------|
| 名称・法人種別 | 社会医療法人 黎明会 |
| 代表者名 | 理事長 江上 寛 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 熊本県宇城市松橋町久具691 (電話) 0964 (32) 3111 (FAX) 0964 (32) 3112 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| 事業所名 | 美里リハビリテーションクリニック居宅介護支援センター |
| 所在地・連絡先 | (住所) 熊本県下益城郡美里町洞岳1308 (電話) 0964 (48) 0211 (FAX) 0964 (48) 0811 |
| 事業所番号 | 4372301442 |
| 管理者の氏名 | 赤星 博子 |

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 (人) | | | 職務の内容 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | | 専従 (人) | 兼務 (人) | |
| 管理者 (主任介護支援専門員) | 1 | 0 | 1 | ・従業者及び業務の管理 |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 | ・ケアプランの作成等 |

(3) 事業の実施地域

| | |
|---------|-------------|
| 事業の実施地域 | ① 熊本県 ② 宮崎県 |
|---------|-------------|

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(4) 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|--------|-----------------------------------------|
| 平日 | 8:30～17:30 |
| 営業しない日 | 土・日曜日・祝日・8月14, 15日 12月29日から1月3日(6日間) |

3 提供する居宅介護支援サービスの内容

- ア 居宅サービス計画(ケアプラン)の作成
- イ 要介護等認定の申請代行
- ウ 給付管理業務

4 費用

(1) 利用料

認定を受けられた方は介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払下さい。利用料のお支払と引換にサービス提供証明書と領収証を発行します。

| 要介護1・2 | 要介護3～5 |
|----------|----------|
| 10,860 円 | 14,110 円 |

(2) 交通費

2の(3)の実施地域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交通費の実費が必要となる場合があります。

(片道1kmにつき10円)

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、8日までに前月分の請求をいたしますので、月末までに病院受付にお支払下さい。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

社会医療法人黎明会が開設する「美里リハビリテーションクリニック居宅介護支援センター」(以下「支援センター」という。)が行う指定居宅介護支援の事業(以下「事業」という。)の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定めセンターの介護支援専門員が要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

(2) 運営方法

- 1 支援センターが居宅介護支援を行う際は、被保険者証により利用者の要介護度及び認定の有効期間を確認し、利用者の同意のもとに適切な介護支援を行う。
- 2 支援センターの介護支援専門員等は要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮し、居宅介護支援を行う。
- 3 事業の実施に当たっては、利用者の心身状況、その置かれている環境等に応じて利用者の選択に基づき、適切な保健・医療サービス及び福祉サービスが、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、利用者の同意を得て必要な情報を伝達し、意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する。

- 4 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格を尊重し、常に利用者の立場にたつて、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- 5 事業の運営に当たっては、他の指定居宅介護支援事業者・介護保健施設等の関係期間との連携に努める。
- 6 支援センターの介護支援専門員その他の従業者は業務上知り得た利用者並びにその家族の秘密を保持する義務がある。またこの義務は、介護支援専門員その他の従業者が退職等の理由により業務の担当終了後であっても継続するものとする。
- 7 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る場合は利用者の同意を利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ておくものとする。
- 8 当支援センターは、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒まない。
- 9 障害福祉サービスを利用してきた方が介護保険サービスを利用する場合、特定相談支援事業者との連携に努める。

(3) その他

| 事 項 | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アセスメント（評価）の方法及び事後評価 | お客様の直面している課題等を評価、お客様に説明の上ケアプランを作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（居宅サービス報告書）に記載してお客様に説明の上、交付します。 |
| 従 業 員 研 修 | 採用後3ヶ月以内・年間2回 |

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

窓口責任者 赤星博子

ご利用時間 平日8時30分から17時15分

（24時間受付可能）

ご利用方法 電話0964（48）0211

面接（美里リハビリテーションクリニック面談室）

*苦情については、別添書類「利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要」により対応致します

7 緊急時の対応方法

- 1 乙は、弦に居宅介護支援の提供を行っているときに甲に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

| | | |
|------------|----------------|--|
| 緊 急 連絡先 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 電 話 番 号 | |
| | 昼 間 の 連 絡 先 | |
| | 夜 間 の 連 絡 先 | |

8 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講ずる。
- ② 利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行う。

9 担当の介護専門員

あなたを担当する介護支援専門員は 赤星 博子 です

10 お客様へお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、お客様の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

医療機関や介護保険施設等を退院・退所し居宅サービス等を利用する場合、医療機関等の職員と面談による情報収集やカンファレンスに参加しケアプランを作成する為入院・入所時に担当する介護支援専門員名をお伝え下さい。

- * サービス担当者会議や市町村が開催する地域ケア会議等において、利用者の個人情報を用いることがあります

私は、本書面に基ついて美里リハビリテーションクリニック居宅介護支援センターの職員赤星博子から上記 重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名 印

代理人（選任した場合）住 所

氏 名 印

利用者と代理人の間柄（ ）