

居宅介護支援重要事項説明書

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令38号4条の規定に基づき、当介護相談センターが説明すべき重要事項は次の通りです。

1、 当介護相談センターの窓口

TEL 0776-25-0041
080-6352-0047
FAX 0776-43-0570
管理者 町谷 雅志（主任介護支援専門員）

2、 サービス提供事業所

事業所名	メイプルケア大宮介護相談センター
所在地	福井県福井市大宮4丁目13番1号
事業所の指定番号	第1870101126号
サービスを提供する地域	・福井市（旧美山町、越廼村を除く） ・永平寺町（旧松岡町） ・坂井市（旧春江町、丸岡町）

3、 事業所の職員体制

職種	人数
・管理者（介護支援専門員兼務）	1名（常勤）
・介護支援専門員	2名（常勤）

4、 営業日及び営業時間

・月曜日～土曜日 ・午前8時00分～午後5時00分
（日曜、12月31～1月3日は休業）

5、 居宅介護支援の主なサービス

- ① 要介護認定申請代行
- ② 居宅サービス計画（ケアプラン）作成の支援
- ③ 居宅サービス計画作成後のサービス提供の把握、連絡調整
- ④ 利用者の状態を定期的に再評価し、状態の変化に迅速に対応
- ⑤ 介護保険施設への紹介

6、 内容と主な手順

- ①利用者の自宅訪問し、利用者およびその家族に面接し、その旨を十分に説明し理解を得ます。
- ②適切な方法により解決すべき課題を把握します。
- ③計画の作成開始にあたっては、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることや当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能です。
また、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についてはご希望の場合別紙にてお知らせ可能です。
サービス内容や利用料等の情報を適切に利用者、家族に提供して、サービスの選択を求めます。
- ④地域におけるサービス提供体制を勘案し、サービスの目標及び達成期間、サービス提供上の留意点を記載した計画原案を作成します。
- ⑤担当者会議、照会等により各専門的見地から意見を反映し、利用者の方にサービス内容、利用料について説明し、同意を得て計画を作成します。
- ⑥利用者の方、家族、サービス事業所等へ継続的に連絡し、連携を行います。
- ⑦必要に応じ、計画の変更、サービス事業所との連絡調整等の便宜を図ります。

7、 利用料

- ①法廷代理受領分 → 自己負担はありません
- ②法廷代理受領分以外 → 厚生労働大臣が求める額
- ③交通費・申請代理 → 無料です

8、 サービス内容に関する苦情申し立て窓口

ご利用者ご相談窓口 介護相談センター 苦情受付担当者：八木 真希子 苦情解決責任者：町谷 雅志	ご利用時間 平日 午前8時00分～午後5時00分 TEL 0776-25-0041 080-6352-0047
第三者委員 島川 由美子	TEL 090-7588-4388
第三者委員 嶋田 伸行	福井市文京3丁目11番2号 TEL 0776-22-0057
第三者委員 山本 ひろ子	鯖江市北野町2丁目19番20号 TEL 090-1634-1700
福井市役所介護保険課	ご利用時間 平日 8時30分～17時15分 TEL 0776-20-5715
国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 9時～16時 TEL 0776-57-1614

- ① 苦情受付担当者から受け付けした苦情内容の傾聴し報告。
- ② 苦情処理記録を作成し苦情内容や原因について確認。
- ③ 事業所としての方針と対応について苦情解決責任者が検討。
- ④ 状況によっては第三者委員の意見を求める。
- ⑤ 苦情者へ検討内容を伝え改善結果を報告。

9、事故発生時の対応

当介護相談センターは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は速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

居宅介護支援サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事業所 メイプルケア大宮介護相談センター

説明者 印

本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意します。

契約者 住所

氏名 印

家族代表 住所

氏名 印

(契約者との続柄)

個人情報使用に関する同意について

介護保険制度では利用者の要望にお応えし、且つ自立を援助するサービス提供が基本となっております。その為に居宅介護支援事業所及びサービスを提供する事業所と話し合いを行っていく事があります。その際、必要と思われる事柄について情報提供していくことになります。介護計画・サービス提供上に必要な情報としての取り扱いであり、他に一切漏らすような事はありません。

サービス担当者会議、居宅介護支援事業所及びサービス事業所へ必要な情報提供する事に同意します。

契約者 氏名

印

家族代表 氏名

印

(契約者との続柄)