

# 居宅介護支援事業重要事項説明書

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口、担当ケアマネジャー

電話 080-9157-3500 (平日 午前 9:00 ~ 午後 5:00 まで)  
担当 湯本 隆一 ※ご不明な点は何でもおたずねください。

### 当事業所の対象となる方

当事業所は要介護認定区分が要介護1から要介護5の介護保険給付を受ける方が対象となります。介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が要支援1・2と認定された場合は予防給付の対象となり、その後のサービス計画作成については、管轄の「地域包括支援センター」をご紹介し、計画移行後サービス終了となります。

## 2. 運営方針

- (1) 大森赤十字病院居宅介護支援センターは、要介護状態となられた方がその特性を踏まえて、介護保険医療保険・福祉および社会資源を利用し、居宅において自立した自宅での生活が送れるように支援する。
- (2) 事業の実地にあたり、各関係サービス事業所、市区町村、保健医療福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (3) 大森赤十字病院居宅介護支援センターは、必要時に必要なサービスが提案できるように努めます。

## 3. 大森赤十字病院居宅介護支援センターの概要

### (1) 大森赤十字病院居宅介護支援センターの所在地およびサービス提供地域について

事業者名	大森赤十字病院居宅介護支援センター
所在地	東京都大田区中央4-30-1
事業所番号	指定居宅介護支援 1371112911
サービスを提供する地域	大田区全域 それ以外の地域は、応相談

### (2) 事業所の概要

事業者名称	日本赤十字社
所在地	東京都港区芝大門1丁目1番3号
電話番号	03-3438-1311

### (3) 職員体制

	基礎資格	常勤専任	常勤兼務	業務内容	
管理者・主任介護支援専門員	社会福祉士		1名	事業所の管理運営 居宅介護支援業務	1名
介護支援専門員	介護福祉士	1名		居宅介護支援業務	1名

### (4) 営業時間と連絡体制について

#### 営業時間

月曜 ~ 金曜日	午前 9:00 ~ 午後 5:00
----------	-------------------

※ 国民の祝日および12月29日~1月3日および設立記念日5月1日は休業します。

#### 連絡体制

平日 月曜~金曜日の9:00~17:00は、080-9157-3500 へご連絡下さい。

## 4. 利用料金

### (1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されますので自己負担はありません。

詳細は別紙料金表をご参照ください。

### (2) 交通費

前記3-(1)以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するための交通費実費が必要な場合があります。

### (3) 解約料

一切料金はかかりません。

## 5. 契約時の説明等

- (1) 担当ケアマネジャーにおいては、利用者やその家族に対して、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求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけます。

6. サービス内容に関する苦情

- (1)大森赤十字病院居宅介護支援センターセンター ご相談・苦情担当、連絡先  
 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。  
 担当 湯本 隆一 電話 080-9157-3500
- (2)その他  
 当事業所以外に市区町村の相談苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

東京都国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0177  
 大田区福祉部介護保険課介護サービス担当 電話 03-5744-1655  
 ※その他の自治体については、担当にご確認ください。

7. 秘密保持と個人情報保護について

①ご利用者およびその家族に関する 秘密の保持について	事業者およびその従業員はサービス提供上で知り得た利用者やその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秘密を保持する業務は、契約終了後も継続します。
②個人情報保護について	事業者は、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、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても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で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。事業者は、利用者やその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

8. 情報開示について

当事業所の事業計画及び財務内容に関する資料については、ご希望時、閲覧可能です。

9. サービスの終了

- (1)利用者の都合によりサービスを終了する場合  
 文書でお申し出くだされば、いつでも解約できます。
- (2)当事業所の都合により、サービスを終了する場合  
 人員不足ややむを得ない事情等により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。  
 その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業所をご紹介いたします。
- (3)自動終了(以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。  
 ・在宅での介護保険サービスを原則3ヶ月以上利用されない場合  
 ・介護保険施設等に入所後3ヶ月以上経過し、在宅に戻る予定がない場合  
 ・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、非該当(自立)もしくは、要支援1・2(予防給付)と認定された場合(管轄の地域包括支援センターをご紹介いたします)  
 ・利用者がお亡くなりになった場合
- (4)その他  
 ・利用者やその家族などが当事業所や、当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、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ございます。  
 ・今後、重要事項の内容に変更があった場合については、書類を作成、説明の文書にてご報告いたします。

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明うけ、同意いたしました。

契約締結日 令和 年 月 日

〈事業者〉所在地 大田区中央4-30-1  
 名称 大森赤十字病院居宅介護支援センター 印

説明者氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業所から居宅介護支援についての重要事項の説明をうけて同意いたしました。

〈利用者〉  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

〈代筆者〉  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄  
 ( )