

居宅介護支援サービス重要事項説明書

<平成29年2月1日現在>

居宅介護支援の提供開始に当たり、重要事項を以下の通り説明します。

1. ご利用事業所の名称

法人の名称	社会福祉法人パール
代表者名	理事長 新谷弘子
事業所の名称	社会福祉法人パール パール居宅介護支援事業所
介護保険事業所番号	東京都 1371300193 号
所在地	東京都渋谷区鉢山町3番27号
連絡先	TEL 03-5458-4811
	FAX 03-5458-4817
	E-mail pearl@isis.ocn.ne.jp

相談・苦情受付担当者（介護支援専門員） 新谷弘子、入江祐介、山口カネ子

2. ご利用事業所の従業員の職種、員数及び勤務形態

管理者	1名（主任介護支援専門員）
介護支援専門員	3名以上（内1名は管理者と兼務・常勤3名以上）
事務員	0名（非常勤0名）

3. ご利用事業所の営業日及び運営の方針

営業日 月曜日から土曜日（祝日含む）

営業時間＝午前8時45分～午後7時00分

上記以外の曜日や時間帯についても、24時間電話連絡を受付（03-5458-4811）。

4. 居宅介護支援の内容及び提供方法

1 居宅サービス計画の作成

- ①ご自宅を訪問し、ご本人及びご家族に面接をいたします。その上で、自立した生活をお送りいただくために、解決すべき課題を明らかにします。その際に、ご本人の同意を得た上で主治医意見書等の提示を保険者に申請する場合があります。
- ②ご本人及びご家族の希望を踏まえつつ、地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を公正中立な立場で提供し、サービスが選択できるようにいたします。
- ③提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを選択する上での留意点を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成。主治医や各サービス事業者とサービス担当者会議を持ち、居宅サービス計画書についての検討機会を設けます。
- ④居宅サービス計画の原案における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、利用料等についてご説明し、文書による同意を受けます。
- ⑤その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

2 経過観察・再評価

- ①毎月ご自宅を訪問し、ケアプランの実施状況の確認、経過把握に努めます。
- ②居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう、指定居宅サービス事業者等の連絡調整を行います。
- ③ご利用者様の状態について毎月モニタリング評価・記録を行い、状態の変化等に応じて居宅サービス計画の変更、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。

3 その他

◇ご利用者様が居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断された場合、若しくはご利用者様が病院や介護保険施設等への入院または入所を希望された場合、介護支援専門員は病院や介護保険施設等をご紹介します。

5. 利用料及びその他の費用

- ◇居宅介護支援利用料 要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。
- ◇交通費 ご利用者様が事業実施地域（渋谷区内）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、交通費の実費がご利用者様の負担となります。なお、自動車を利用した場合は、1kmにつき100円となります。ご本人及びご家族の求めに応じて、サービス提供記録を開示いたします。1件につき100円。1枚につき10円。ご利用者様の負担となります。
- ◇サービス実施記録の複写物の費用
- ◇その他、ご利用者様の負担となるもの ・ご利用者様の居宅において、居宅介護支援提供のために使用する電話代。

6. 営業範囲

原則渋谷区内。渋谷区以外の地域につきましては、別途ご相談に応じます。

7. 利用料金等の請求について

利用料金などはその都度現金で頂戴し、領収証を発行します。

8. 相談窓口、苦情対応

当事業所相談窓口 東京都渋谷区鉢山町3番27号
電話番号03-5458-4811（受付時間9:00～18:00）
担当：新谷弘子 入江祐介 山口カネ子

渋谷区役所高齢者福祉課 東京都渋谷区宇田川町1番1号
介護相談係 電話番号03-3463-3304（直通）

※渋谷区以外にお住まいの方は、お住まいの市区町村 介護保険窓口にご相談ください。

東京都国民健康保険団体連合会 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館10階
苦情相談窓口 電話番号03-6238-0177

（直通、受付時間：9:00～17:00、土日祝除く）

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご利用者様に重要な事項を説明いたしました。

平成 年 月 日

◇事業者 事業者氏名 社会福祉法人パール パール居宅介護支援事業所
住 所 東京都渋谷区鉢山町3番27号
Tel.03-5458-4811

説 明 者 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から居宅介護支援事業についての重要事項の説明を受けました。

◇ご利用者様 住 所 _____

氏 名 _____ 印

◇ご家族様 住 所 _____

氏 名 _____ 印