

指定居宅介護支援事業所
訪問看護ステーションえがおみょう
重要事項説明書

医療法人仁泉会

更新日 令和7年8月1日

1 事業所内容

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	訪問看護ステーションえがおみょう
所在地	青森県八戸市大字妙字分枝38-3
電話番号	0178(30)1501
FAX番号	0178(30)1503
事業所番号	指定事業所番号 0270302409
サービスを提供できる地域※	八戸市、階上町

(2) 職員配置状況

- | | | |
|-------------------|------|--------|
| ① 管理者 兼 主任介護支援専門員 | 1名 | (常勤兼任) |
| ② 主任介護支援専門員 | 1名以上 | (常勤専従) |
| ③ 介護支援専門員 | 2名以上 | (常勤専従) |

(3) サービスの提供時間帯

営業日	通年
営業時間	午前8時30分～午後17時30分
休業日	日曜日、年末年始(12/30～1/3)

※但し、携帯電話等により24時間常時連絡可能な体制をとり、利用者の状況に応じて対応できる体制とします。

2 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

- 1) 指定居宅介護支援事業は、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て自立した生活を営むことができるよう配慮して行います。
- 2) 指定居宅介護支援事業は、利用者の心身の状況や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ます。
- 3) 指定居宅介護支援事業は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供する指定居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることがないように、公平中立に行います。また、居宅介護支援の提供の開始の際に前月6月間に当事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下、「訪問介護等」という。)がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、

前6月間に当事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者または指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）について、別紙を用いて説明しご理解いただきます。

- 4) 指定居宅介護支援事業は、市町村、地域包括支援センター等及び主治医、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携を努めて行います。
- 5) 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行い、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントの実施を図り、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資するよう努めるため、介護支援専門員1人当たりの担当利用者数の上限を、44人に定めています。
- 6) 『指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準』第13条の具体的取扱い方針を遵守し、居宅介護支援費に係る運営基準減算が、適用されないよう努めます。
- 7) 介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、PDCAサイクルの構築と推進により、サービスの質の向上に努めます。

(2) サービス提供方法および内容

1) アセスメント・生活上の課題の把握(インターライ方式 旧 MDS・HC)

利用者の居宅を訪問し、利用者および家族との面談により、心身の状態や療養環境を確認し生活上の課題を把握し記録します。

2) 居宅サービス計画作成・交付

- ①利用者または利用者の家族は、居宅サービス計画に位置づける指定居宅サービス事業者等について、複数の事業所の紹介を求めることができます。
- ②利用者または利用者の家族は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者の選定理由の説明を求めることができます。
- ③居宅サービス計画に医療系サービスを位置づける場合、利用者の同意を得て主治の医師に意見を求め、この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します。
- ④必要に応じて、通院時、利用者が医師の診察を受ける際に利用者の同意を得た上で同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する情報提供を受けてサービス計画に記録します。
- ⑤必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービスを含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成します。

3) サービス担当者会議の開催

居宅等(テレビ通話のできる通信機器を使用したオンラインによる会議も含む)において、居宅サービス計画書原案に位置付けたサービス担当者を参集し、開催いたします。

4) 経過観察、再評価

- ①特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者へ面接を行います。
- ②1月に1回、モニタリングの結果を記録します。
- ③訪問介護事業所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、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員からの主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ④状態の変化に応じて居宅サービス計画変更の支援等必要な対応を行います。
- ⑤サービス事業所との連絡調整を行います。

5) 要介護認定等の申請に関わる援助

6) 入院または退院・退所に伴う医療機関等との連携

※病院等へ入院した場合には、当事業所名と介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院等へ伝えることをお願いしています。

7) 施設入所への支援

8) 相談、苦情対応

3 利用料金

- (1) 居宅介護支援利用料は、法定代理受領により居宅介護支援に対し、介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はありません。
- (2) 介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、法定代理受領が出来なくなる場合があります。その場合、1ヶ月につき要介護度に応じて料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。(サービス提供証明書を後日市町村に提出すると、全額払い戻しを受けることができます。)
- (3) サービスを提供できる地域にお住まいの方、及びそれ以外の地域にお住まいの方も交通費は無料です。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話等でお申し込みください。介護支援専門員がご自宅にお伺いします。もしくは、直接事業所へおいでください。契約締結後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

1)利用者のご都合で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)当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事由により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1か月前までに文書で通知するとともに、他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

3)自動終了

以下の場合、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。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 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、非該当(自立)・要支援1・要支援2と認定された場合
※①、②の場合、条件の変更により、再度契約することができます。
- ③ 利用者が亡くなられた場合
- ④ その他

利用者やご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。

5 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所の利用者様相談・苦情窓口

- ①苦情対応責任者： 管理者 蟹沢 良子
- ②電話番号： 0178-30-1501
- ③FAX番号： 0178-30-1503
- ④受付時間： 月～土 8：30～17：30

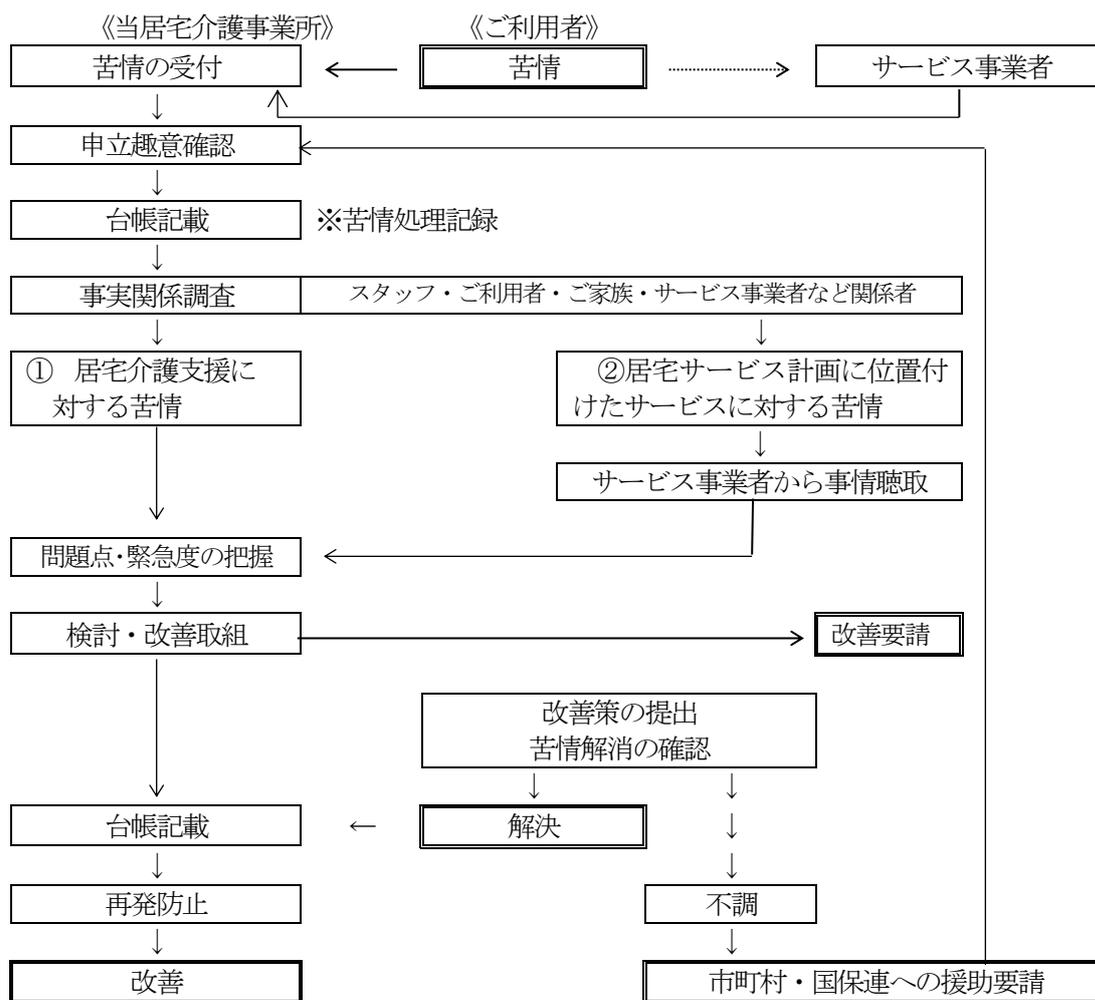
(2) 事業所以外の相談・苦情窓口

事業所以外に、下記の苦情相談窓口等にも苦情を伝えることができます。

(行政機関その他苦情受付機関)

機関名	電話番号
八戸市介護保険課	0178-43-9292
階上町保健福祉課	0178-88-2641
青森県国民健康保険団体連合会	017-723-1301

(苦情対応フロー)



6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族へ連絡をいたします。

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再

発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

8 秘密の保持について

- (1) 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

重要事項説明書の内容に関する説明は、下記の者が担当いたしました。

令和 年 月 日

所属 訪問看護ステーションえがおみょう

氏名 _____

重要事項説明書の内容に関する説明を、上記の担当者より受け、サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

代理署名者 _____

利用者との関係 ()