

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	山口リハビリテーション病院
法人所在地	宇部市西岐波 229-3
法人種別	医療法人 和同会
代表者氏名	理事長 高橋 幹治
電話番号	0836-51-6222

2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し、適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携および連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

3. 概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	山口リハビリテーション病院
所在地	山口県山口市黒川 3380 番地
介護保険指定番号	3510311255号
サービス提供地域	山口市

(2) 職員体制

従業員の職種	業務内容	人数
管理者	事業所の運営および業務全般の管理	1人以上
主任介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に係る業務	1人以上
介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に係る業務	3人以上

(3) 勤務体制

平日 (月)～(金)	8時30分～17時30分 原則として、土・日・祝祭日および年末年始を除く
緊急連絡先	担当介護支援専門員緊急連絡先にて24時間体制にて受付

(4) 居宅介護支援サービスの実施概要

事項	備考
課題分析の方法	厚生省の標準課題項目に準じて最低月1回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行う
研修の参加	現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加
担当者の変更	担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能

3.利用者からの相談または苦情に対応する窓口

(1) 当事業所相談窓口

相談窓口	苦情やご相談は以下の専用窓口で受付
担当者	管理者 三明 恵子
電話番号	083-921-1616
対応時間	月曜日～金曜日（祝日・盆・正月休みを除く）8：30～17：30

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者及びサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果及び具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方法等

サービス事業者の対応状況を正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合いを実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) 苦情申立機関が下記の通り設置されております。

外部苦情相談窓口

山口市介護保険課	所在地 山口市亀山町2番1号 電話番号 083-934-2795 ・ F A X 083-934-2669
国民健康保険団体 連合会	所在地 山口朝田字岡の口1980番地の7 電話番号 083-995-1010 ・ F A X 083-934-3665

4.事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関わらず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合、下記の対応を致します。

①事故発生時の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合、速やかに市町村（保険者）に報告します。

②処理経過及び再発防止策の報告

①の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険

者)に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

当事業所は、居宅介護支援の提供にあたり、利用者に上記の通り重要事項を説明しました。
この証として本書 2 通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各自 1 通を保有するものと
します。

但し、利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏ま
え、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、

ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を可能とします。

イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能とします。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 山口リハビリテーション病院

所在地 山口市黒川 3380 番地

管理者 三明 恵子

説明者 _____ 印

令和 年 月 日

私は本書面に基づいて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
同意しました。

利用者

住所

氏名 _____ 印

代理人

住所

氏名 _____ 印

(続柄)