

憩いの丘在宅介護支援センター(居宅介護支援事業所)

重要事項説明書

〈 令和 年 月 日現在 〉

様

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(岡山市指定 第3370100343号)

当事業所は利用者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

☆居宅介護支援とは

利用者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

○ご利用者の心身の状況や利用者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画(ケアプラン)」を作成します。

○ご利用者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご利用者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。

○必要に応じて、事業者とご利用者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目 次◆◆

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 事業所の概要 | 11. 虐待防止のための措置に関する事項 |
| 2. 事業運営の方針 | 12. 身体拘束について |
| 3. 事業所が提供するサービス | 13. 相談・要望・苦情等に対応する窓口及び |
| 4. 利用料金 | 秘密保持について |
| 5. サービス利用に関する留意事項 | |
| 6. 事故発生時の対応及び損害賠償 | |
| 7. 個人情報の取り扱い | |
| 8. 介護サービス情報の公表 | |
| 9. 感染症の発生及びまん延等の取り組み | |
| 災害への地域と連携した対応の強化 | |
| 10. 成年後見人制度の活用支援 | |

(2) 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・ご利用者およびその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ・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との連絡調整を行います。
- ・ご利用者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。
- ・情報の提供

要介護認定の更新の申請、変更の代行申請

居宅サービス事業者との契約終結に関する必要な援助

関連事業者等の連絡調整

(3) 給付管理票の作成・提出

毎月、岡山県国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスをチェックします。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、わかりやすい様に説明をします。もし、わからないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問して下さい。

(4) 公正中立な支援について

あなたの意志に基づいたサービスを受けていただくため、居宅サービス計画の作成にあたっては、担当の介護支援専門員に対し複数の指定居宅サービス事業者の紹介を求めることができます。また居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者の選定理由の説明をいつでも受けることができます。

(5) 担当の職員

- ・あなたの担当する介護支援専門員は()です。

- ① 職員は、常に身分証明証を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

(6) 担当職員の変更

あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。

その場合、変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

当事業者は、担当職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

(7) 医療機関に入院する場合のお願い

あなたが病院又は診療所に入院する場合には、あなたの居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービスとの情報を入院先医療機関と共有することで、あなたが退院されるときに、円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながりますので、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるようご協力をお願いします。日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することをおすすめします。(入院時の5つのお願い文書をお渡しします)

退院・退所加算

病院、施設等の退院又は退所に当って病院、施設等の職員と面談を行い必要な情報の提供を受けたうえで居宅サービス計画を作成しサービス利用に関する調整を行った場合に加算します。

退院・退所加算(Ⅰ)イ・カンファレンス以外の方法により1回受けている。4,594 円/月

退院・退所加算(Ⅰ)ロ・カンファレンスにより1回受けている。6,126 円/月

退院・退所加算(Ⅱ)イ・カンファレンス以外の方法により2回受けている。6,126 円/月

退院・退所加算(Ⅱ)ロ・2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによる。7,657 円/月

退院・退所加算(Ⅲ) 3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによる。9,189 円/月

通院時情報連携加算 510 円/月

利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や埼葛環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に岐路記した場合に算定します。

緊急時等居宅カンファレンス加算 2,042 円/月

病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービスまたは地域密着型サービス利用に関する調整を行った場合に加算します。

5. サービス利用に関する留意事項

(1) サービスの利用開始

同意書をかわしたのち、サービスの提供を開始します。

- (2) 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合及び前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与のサービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合を文書により懇切丁寧に説明を行います。

(3) 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情により、サービスの提供を中止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します。

- ③ 自動終了

以下の場合は、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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・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、要支援又は自立と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

- ④ 居宅介護支援の実施に際し、利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知等を行い、その結果、この契約を継続し難い重大な事情

書面を交わすこととします。

13.相談・要望・苦情等に対応する窓口及び秘密保持について

(1) 相談・要望・苦情等の対応窓口

①居宅介護支援事業に関する相談、要望、苦情などは下記窓口までお申し出ください。

苦情受付窓口(担当者) 憩いの丘在宅介護支援センター 岡本 美和

苦情解決責任者 施設代表者 秋山 敏夫

電話 086-295-2211(直通) 086-295-1155(代表)

相談時間 月～金曜日 8:30～17:30

② 苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

③ 第三者委員を設置しています。

佐々木 基彰(弁護士) Tel086-226-1215

草野 候一(元伊島学区連合町内会副会長・第三者委員経験者)Tel090-4800-4657

④ 公的機関の窓口

1)岡山市 保健福祉局 高齢福祉部 事業者指導課Tel:086-212-1012

2)岡山市 保険福祉局 高齢福祉部 介護保険課Tel:086-803-1240

3)岡山県国民健康保険団体連合会(県国保連)Tel:086-223-8811

4)岡山県運営適正化委員会Tel:086-226-9400

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口にも苦情を伝えることができます。

(2) 秘密保持

- ・居宅介護支援事業者の介護支援専門員は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことはありません。
- ・この守秘義務については利用者のサービス終了後も継続します。
- ・サービス担当者会議において、ご利用者およびご家族の個人情報を用いる場合は当該利用者、家族にあらかじめ文書により同意を得ます。

同意書

憩いの丘在宅介護支援センター

管理者 岡本 美和 殿

私は、憩いの丘在宅介護支援センターより個人情報の取り扱いについて説明を受け、サービス向上のためにサービス担当者会議等において、居宅介護支援事業者が本人及び家族に係る個人情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

サービス利用者

住所 _____

名前 _____

署名代行者

住所 _____

名前 _____

本人との関係 _____

代筆の理由 _____

家族署名

住所 _____

名前 _____ 続柄 _____

提供される情報

現在利用しているサービスの種類とその利用回数、サービスに対する本人・家族の希望、家族状況、本人・家族からお聞きした病状、身体状況、住居等の状況等