

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者の概要

- (1) 事業者名 社会福祉法人高知市社会福祉協議会
- (2) 所在地 高知市丸ノ内1丁目7番45号
- (3) 電話番号 (088)823-9515 FAX番号 (088)823-8059
- (4) 代表者名 会長 吉岡 章

2. 事業所の概要

- (1) 事業所名 社会福祉法人高知市社会福祉協議会
介護センターあじさい会館指定居宅介護支援事業所
- (2) 所在地 高知市春野町西分1番地1 (春野あじさい会館内)
- (3) 電話番号 (088)803-2288 FAX番号 (088)894-3733
- (4) 指定番号 高知県 第3970103085号
- (5) サービス提供地域 高知市

3. 事業所の職員体制

- (1) 管理者(兼務) 1名(管理者は事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。)
- (2) 介護支援専門員 1名以上(介護支援専門員は居宅サービス計画の作成, 指定居宅サービスの実施状況の把握, サービス提供事業者や関係機関との連絡調整, 利用者の状況の継続的な把握, 生活全般にわたる援助を行う。)

4. 営業日

- (1) 平日 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30分
- (2) 土・日・祝休日及び年末年始(12月29日から1月3日)は休業します。

5. 利用料金

- (1) 別紙1参照

6. 当事業所の運営方針等

(1) 運営方針

○要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、居宅サービス計画を作成し、指定居宅サービス等の適正な提供と生活全般にわたる援助を行うとともに、介護支援専門員研修を行い、サービス並びに専門員の資質向上に努めます。

○利用者及び家族の意思を尊重し、公平中立な視点から、利用者は提供され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できることを説明し、居宅介護支援の提供にあたっては、特定の種類又は特定の事業者に偏ることのないよう努めます。

また、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。

(2) 居宅介護支援の概要

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成は、全国社会福祉協議会方式で、アセスメントを通して要介護者の課題等の把握に努め、自立した日常生活に向け支援するとともに適切なサービス計画を作成します。

(3) 居宅サービス計画の作成手順

○ご自宅を訪問し、あなたやご家族からお話を伺います。

○あなたの了解を得て、主治医に意見をお尋ねすることがあります。

○介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。

○サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し、了解を得ます。

(4) 医療と介護の連携の強化

○医療機関と連携を図り、安心して暮らせるよう支援します。なお、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、入院時に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提出するようお願いします。

(5) その他提供するサービス

○要介護認定に関する手続き等。

7. 相談窓口、苦情対応、虐待相談

(1) 別紙2参照

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合には、速やかに医療機関等への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

(1) 居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族等に連絡を行い必要な措置を講じます。

(2) 前号の事故の状況及び処置等について記録します。

(3) 居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 非常災害発生時の対応

非常災害が発生した場合は、速やかに関係機関への通報、その他必要な措置を行います。

11. 秘密の保持と個人情報保護について

(1) 職員は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことはありません。職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

(2) 職員は利用者やその家族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等においてその個人情報を用いません。

12. 虐待の防止のための対応

当事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、虐待の防止のための次の措を講ずるものとします。

(1) 虐待を防止するための職員に対する研修の実施

(2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

(3) その他虐待防止のために必要な措置

事業者は、虐待を受けている恐れがある利用者を発見した場合、ただちに防止策を講じ、市町村へ報告します。

13. ハラスメントについて

当事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③意に沿わない性的言動，好意的態度の要求等，性的ないやがらせ行為

上記は，当該法人職員，取引先業者の方，ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合，マニュアル等を基に即座に対応し，再発防止会議等により同時案が発生しないための再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し，ハラスメントに対する基本的な考え方について研修等を実施します。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し，関係機関への連絡，相談，環境改善に対する必要な措置，利用契約の解約等の措置を講じます。

14. サービス割合の説明

当事業所のケアプランの訪問介護，通所介護，地域密着型通所介護，福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。別紙3参照。

説 明 確 認 欄

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。

事業所所在地	高知市春野町西分1番地1
事業所名	社会福祉法人高知市社会福祉協議会 介護センターあじさい会館 指定居宅介護支援事業所

説明者

印

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

別紙 1

1. サービス利用料

(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るので、自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、一旦下記の利用料を支払うことで、当社会福祉協議会がサービス提供証明書を発行することができます。このサービス提供証明書を後日、保険者（介護保険担当）の窓口へ提出すると、払い戻しを受けることができます。

居宅介護支援費	要介護 1・2	1月につき	10,860 円
	要介護 3・4・5	1月につき	14,110 円

初回加算	1月につき	3,000 円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	1月につき	2,500 円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	1月につき	2,000 円
退院・退所加算 カンファレンス参加無	1回につき	4,500 円
退院・退所加算 カンファレンス参加有	1回につき	6,000 円
退院・退所加算 カンファレンス参加無	2回につき	6,000 円
退院・退所加算 カンファレンス参加有	2回につき	7,500 円
通院時情報連携加算	1月につき	500 円
緊急時等居宅カンファレンス加算	月 2 回限度	2,000 円
ターミナルケアマネジメント加算	1回につき	4,000 円

特定事業所加算	該当なし
---------	------

別紙 2

2. 管理者

管理者氏名	公文 瑞枝
-------	-------

3. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情，虐待相談については，次の窓口で対応いたします。

高知市社会福祉協議会 在宅生活応援課 高知市丸ノ内1丁目7番45号	電話 (088) 820-6865 FAX (088) 823-8109 相談担当者 楠本 太 対応時間 午前8時30分～午後5時30分 ※相談・苦情，虐待相談に対する担当者を設置し，円滑かつ迅速な対応（サービスの点検，内容の把握，検討会議，記録の保管等）を行い，適正なサービスに努めます。
---	---

(2) その他の苦情窓口

第三者委員	入交 征章 電話 (088) 860-2275 林 照男 電話 (088) 846-5930 高野 亜紀 電話 (088) 879-0217
-------	--

(3) 次の公的機関においても苦情の申立てができます。

高知市役所 介護保険課 (高知市本町5丁目1-45)	電話 (088) 823-9972 FAX (088) 824-8390 対応時間 午前8時30分～午後5時15分
-------------------------------	---

高知県国民健康保険団体連合会 (高知市丸ノ内2丁目6-5)	電話 (088) 820-8410 (088) 820-8411 FAX (088) 820-8413 対応時間 午前9時00分～午後4時00分
----------------------------------	---

4. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1あり 2なし
	2なし		

個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記により記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2. 使用する期間

令和 年 月 日から本契約の終了日まで

3. 条 件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

高知市社会福祉協議会
指定居宅介護支援事業所 様

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印