

〔ケアプランセンター 勝央苑〕 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(介護保険事業所番号 3373600265)

○当事業所は利用者に対して**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内容、契約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

介護保険法、保険給付対象サービスのひとつです(利用者負担はありません)。

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。

介護利用者が適切に介護サービスを利用できるようにするため、利用者の依頼のもと、介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプラン（居宅介護サービス計画）を立てます。その計画に従い、サービスが提供されるように介護サービス提供事業者や各関係者との連絡・調整を行います。

制度上「自宅（居宅）」とされる住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の利用者（入居者）も利用できます。

※要介護認定申請中の方でもサービスの利用は可能です。

○担当の介護支援専門員

利用者を担当する介護支援専門員は（ ）です。

専門員は、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、その提示をお求め下さい。緊急時には、連絡ができるように 24 時間体制にしています。担当の専門員、もしくは事業所までご連絡下さい。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 勝央福祉会
- (2) 法人所在地 岡山県勝田郡勝央町平 242-1
- (3) 電話番号 0868-38-7214
- (4) 代表者氏名 理事長 大村 晃一
- (5) 設立年月日 平成 10 年 4 月 1 日

2. 居宅支援事業所の概要と目的

- (1) 事業の目的 要介護状態にある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する。
- (2) 事業所の名称 ケアプランセンター 勝央苑
- (3) 事業所の所在地 岡山県勝田郡勝央町平 242-1
- (4) 電話番号 0868-38-7214
- (5) 管理者 氏名 綱澤 優子
- (6) 当事業所の運営方針 利用者の選択により心身状況や環境などに応じた介護サービスを受け自宅で生活できるように配慮し支援していく。利用者の立場に立ち提供されるサービスの種類が特定の事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行う。
- (7) 指定年月日 平成 12 年 3 月 1 日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 勝田郡勝央町・その他近隣地区を基本区域とする。
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 土・日、祝祭日、12月29日から1月3日までの間を除く
営業時間	午前8時30分から午後5時30分

4. 職員の体制

職種	常勤・非常勤の有無	職務の内容
1.管理者	常勤（兼務） 1名	事業所の管理
2.介護支援専門員	常勤 1名以上	居宅介護サービス計画の作成

6. 居宅介護支援の内容

(1)アセスメント

利用者宅を訪問し、心身の状況や生活環境等把握し課題を分析します。

(2)サービス調整

アセスメントの結果を踏まえ利用する介護サービス事業者等へ連絡調整を行います。

医療系サービス利用の場合には医師等へサービス利用についての意見を求めます。

また、医療系サービスの利用が無い場合でも必要に応じて医師等へサービス計画にあたっての留意事項を確認します。

(3)ケアプラン作成

介護サービス等を利用するための計画書を作成します。

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出下さい。

(4)サービス担当者会議

介護サービス事業者等が集まりケアプランの内容等について話し合います。

(5)モニタリング

少なくとも1月に1回は利用者と面接を行い心身の状況やケアプランの利用状況等について確認します。テレビ電話装置等を活用したモニタリングの実施も可能とします。

テレビ電話装置等を活用したモニタリングの方法や長短所は以下の通り。

- ・利用者の状態が安定していることを前提として実施します。
- ・実施にあたっては、主治医及びサービス事業者との合意を得ます。
- ・2ヶ月に1回はご利用者の居宅を訪問して面接を行います。
- ・移動が不要であるためケアマネジャーとの日程調整が容易になります。
- ・訪問者を自宅に迎え入れないため利用者の心理的負担が軽減されます。
- ・感染症が流行している状況でも非接触での面接が可能になります。
- ・利用者の健康状態や住環境等については画面越しでは確認が難しいことから、サービス事業所の担当者から情報提供を受けます。

(6)居宅サービス計画の変更

利用者やご家族等、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。利用者が居宅サービス変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と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。

(7)給付管理

ケアプラン作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し国民健康保険団体連合会に提出します。

(8)要介護認定の申請に係る援助

利用者の要介護認定の更新申請や状態変化に伴う区分変更申請を円滑に行えるように援助します。利用者が希望する場合、要介護認定の申請を代行します。

(9)介護保険施設等の紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合、又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介等の支援を行います。

7. 居宅介護支援の業務範囲外の内容

ケアマネジャーは、ケアプランの作成やサービスの調整等を行います。下記に示すような内容は業務範囲外となります。これらのご要望に対しては、必要に応じて他の専門職等を紹介いたします。

- ・救急車への同乗
- ・入退院時の手続きや生活用品調達等の支援
- ・家事の代行業務
- ・直接の身体介護
- ・金銭管理

8. サービスの利用と終了方法

(1)サービスの利用開始

まずは、電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2)サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

申し出て下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 か月前までに通知するとともに、地域の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。

- ・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非該当(自立)と認定をされた場合
- ・入院を含む介護保険サービスの未利用期間が3カ月に及んだ場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

7. 利用料金

(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ますので自己負担はありません。
但し、介護サービスを受けることについて予めお住いの市町村に届け出ていない場合や介護保険料の滞納により保険給付金が直接事業者を支払われない場合、一旦、1ヶ月あたり介護サービス計画(ケアプラン)費の料金を要介護度に応じて下記の金額をいただくことになります。

居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたり「別紙1」のとおりです。

(2)交通費

サービス事業の実施地域にお住いのかたは無料です。

(3)解約料

いつでも契約を解除することができ、料金は一切かかりません。

(4)その他

居宅介護支援について記録を作成し、完結から5年間保管するとともに、利用者または代理人の求めに応じて閲覧に供し、希望により実費負担で複写物(コピー)を交付します。

8. 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項

(1) サービスの選択と公正中立な支援について

利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

(2) 介護給付等対象サービス以外の支援について

居宅サービス計画の作成又は変更にあたっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外にも、市町村の保険医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めます。

(3) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所に変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

また、要介護認定の更新の申請が遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する前には、なされるよう必要な援助を行うものとします。

(4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。

訪問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ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態などについて、ケアマネジャーから主治医の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

(5) 担当専門員の変更

利用者は、いつでも担当の専門員の変更を申し出ることができます。

ただし、利用者やその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(暴言・暴力、いやがらせ、セクシャルハラスメント)などの迷惑行為を行った場合は、即座に解約・終了させていただく場合がございます。

9. 虐待防止のための措置

(1) 事業所は高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- ・虐待防止委員会の開催
- ・高齢者虐待防止のための指針の整備
- ・虐待防止研修の実施
- ・専任担当者の配置・虐待防止に関する担当者 (綱澤 優子)
- ・成年後見制度の活用を支援します。

(2) 事業所はサービス提供中に当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通知します。

10. 身体的拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

11. 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

12. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- ・感染対策委員会の開催
- ・感染症及びまん延防止のための指針の整備
- ・感染症及びまん延防止のための研修及び研修の実施
- ・専任担当者の配置・感染症防止に関する担当者（ 綱澤 優子 ）

13. 事故発生時の対応

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、ご利用者に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。

14. 個人情報の取り扱いと秘密の保持

ケアプラン業務では主治医、サービス提供事業所等との情報提供や担当者会議において個人の情報を利用します。利用者の個人情報は個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り利用目的以外には原則使用しないものとし、情報提供については必要に応じて利用者及び家族の了解を得ます。サービス提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約終了後も同様です。

15. 従業者の研修等

現任研修等、資質向上のための必要な研修に計画的に参加します。

16 介護サービス情報の公表

事業所の運営規定、重要事項、介護支援専門員の勤務体制等の概要を提供し、利用者またはその家族が利用を選択するための資料として活用できるように情報を公表します。

17 苦情の受付について

(1) 苦情の受付 ＊当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けています。

- 担当者 ケアプランセンター 勝央苑 電話番号 38-7214 管理者 綱澤 優子
- 受付時間 月曜日から金曜日 8:30 ～ 17:30
(土、日、祝祭日、12月29日～1月3日を除く)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

岡山県国民健康保険団体連合会	所在地	岡山県岡山市桑田町 11 番 6 号
	電話番号	086-223-8811
	受付時間	9 : 00～17 : 00
勝央町総合保健福祉センター内 (健康福祉部)	所在地	岡山県勝田郡勝央町平 242-1
	電話番号	0868-38-7102
	受付時間	8 : 30～17 : 15
津山市役所内 (高齢介護課)	所在地	岡山県津山市山北 520
	電話番号	0868-32-2070
	受付時間	8 : 30～17 : 15
美作市保健福祉部保健センター内 (高齢者福祉課)	所在地	岡山県美作市北山 390-2
	電話番号	0868-75-3912
	受付時間	8 : 30～17 : 15
奈義町保健相談センター内 (こども・長寿課)	所在地	岡山県勝田郡奈義町豊沢 327-1
	電話番号	0868-36-6700
	受付時間	8 : 30～17 : 15

利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス利用及び重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

社会福祉法人 勝央福祉会

ケアプランセンター 勝央苑 説明者 介護支援専門員 氏名

私は、本書面を受け取りこれに基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供の開始に同意しました。

同意日 令和 年 月 日

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

家族住所 _____

家族氏名 _____ 印