

居 宅 介 護 支 援 事 業

重 要 事 項 説 明 書

み ず ほ 居 宅 介 護 支 援 事 業 所

1. 当所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 082-433-5721(代表)

082-433-6256(直通)

受付時間 月～土 午前8時30分から午後5時30分

なお、受付時間以外や夜間でも24時間体制で受け付けております。

担当者 介護支援専門員

2. みずほ居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービスの提供地域

事業所名	みずほ居宅介護支援事業所
所在地	東広島市志和町志和東810番地1
介護保険指定番号	3 4 7 2 5 0 0 2 1 8
サービス提供地域	東広島市志和町区域とする

(2) 職員体制

従業員の職種	業務内容	人数
管理者	事業所の運営及び業務全般の管理	常勤兼務 1名
主任介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に関わる業務	常勤兼務1名 常勤専従2名
介護支援専門員	居宅介護支援サービス等に関わる業務	

(3) 勤務体制

平日	午前8時30分～午後5時30分
(月)～(土)	但し12月30日から1月3日までの年末年始を除く
緊急連絡先	上記の期間・時間以外においても、予約、緊急の場合は24時間、常時連絡が可能な体制とする

(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	MDS-HC2.0版を使用し厚生労働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	居宅介護支援事業所の担当
担 当 者	管理者 河野 明子 担当者 糸原 一美 松本 真由美
電 話 番 号	082-433-6256
対 応 時 間	月曜日から土曜日の午前8時30分から午後5時30分

#### (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

- ① 疑義や苦情に関して、管理者又は介護支援専門員が対応し、担当者会議にて検討、調整を行います。
- ② 疑義や苦情に関して、必要に応じて利用者又は家族、保険者、その他関係機関に連絡します。

#### (3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

- ① 疑義や苦情に関して、管理者又は介護支援専門員よりサービス提供事業者に連絡し、必要な改善を求めます。
- ② 改善が認められない場合は、保険者及び介護保険審査会、その他関係機関に連絡し、必要な処置を取ります。

#### (4) 苦情申立機関が下記のとおり設置されております。

##### 外部苦情相談窓口

東広島市役所 健康福祉部介護保険課	電 話 番 号	082-420-0937
	月曜日から金曜日 (祝祭日、12月29日から1月3日を除く) 午前8時30分から午後5時15分	
広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電 話 番 号	082-554-0782
	月曜日から金曜日 (祝祭日、12月29日から1月3日を除く) 午前8時30分から午後5時15分	

### 5. 事故発生時の対応

- ① 事故が発生した場合は、速やかに市町、当該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、事故の状況や処置について記録をします。
- ② 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に及ぼした場合にはその損害を賠償します。

### 6. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

## 7. 主治医の医師及び医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師及び関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ① 利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名及び担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ② また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名及び担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

## 8. 秘密の保持

- ① 事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ② 事業者は、利用者から予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、当該利用者の個人情報を用いません。
- ③ 事業者は、利用者の家族から予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、当該家族の個人情報を用いません。

## 9. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- ① 利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。
  - ・指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求めることができること、利用者は居宅サービスに位置づ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。
  - ・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
  - ・居宅サービス計画等の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集や、やむを得ない場合には照会等により、居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。
- ② 末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が1か月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら通常よりも頻回に居宅訪問(モニタリング)をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置づけた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々々に即したサービス内容の調整等を行います。

## 10. 利用料金

- (1) 要介護の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(内訳は別紙記載)。
- (2) 交通費
  - ① 前記2(1)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。
  - ② 前記2(1)以外の地域の方が要した交通費は、通常の事業の実施地域を超えた場合は、路程1kmあたり20円を実費として支払っていただきます(西条町、八本松町を除く)。
  - ③ 前項の費用を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名又は記名押印を受けることといたします。

## 11.業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 12.感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。

② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③ 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 13.虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。

② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。

③ 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。

④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

## 14.ハラスメント防止

当法人におけるハラスメントの防止に関する基本方針に従い業務に努めます。

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとお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、事業者が署名・押印の上、各自1通を保有するものとします。

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	社会福祉法人みずほ会
所在地	東広島市志和町志和東810番地1
名称	みずほ居宅介護支援事業所

説明者	<u>介護支援専門員</u>	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 \_\_\_\_\_

利用者の家族代表 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

代筆者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

- 代筆理由
- ① 高齢のため
  - ② 文字を書くことが難しいため
  - ③ その他