

居宅介護支援 重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話： 03-3390-4154

担当： 管理者

※ご不明な点は何でもおたずね下さい。

2. 城西病院在宅サポートセンター居宅介護支援事業所概要

(1) 居宅介護支援事業所概況

事業所名	城西病院在宅サポートセンター
所在地	東京都杉並区上荻2丁目41-6
	春日ビル
事業所番号	1371500933
サービスを提供する地域	当事業所からおおよそ半径2km位

(2) 同事業所の職員体制

管理者・主任介護支援専門員	1名	常勤専任	管理業務・ケアプラン作成等
介護支援専門員	1名	常勤専任	ケアプラン作成等

(3) 営業時間

月曜～金曜	午前 9:00～午後 5:00
休日	土曜、日曜、祝祭日、12月30日～1月3日まで

3. 居宅介護支援の主な流れと支援内容

ご利用者のご意向や生活状況等の把握、また介護保険制度等のご説明を行う為に、居宅を訪問いたします。

ご本人やご家族からの情報をもとに、必要に応じたケアを提供していく為、課題分析(アセスメント)を行います。そして、サービス提供事業所が必要なサービスを的確かつ効率的に提供していけるよう、サービス提供事業所との話し合い(サービス担当者会議)を行います。このサービス担当者会議には、できるだけご本人やご家族にも参加して頂きます。但し、末期の悪性腫瘍による著しい状態変化がある場合は、サービス担当者会議の招集を不要とするなどケアマネジメントプロセスの簡素化を行う場合があります。

居宅サービス計画書(ケアプラン)等を作成し、内容をご説明の上、発行いたします。作成したケアプランは、サービス提供事業所等の関係機関にも発行いたします。

サービス開始後は、サービスの実施状況等を把握する為に、毎月居宅を訪問いたします(モニタリング)。サービスの変更等が必要になった場合は適宜、ケアプランを変更いたします。

※ 居宅介護支援は、上記支援の他、介護認定に関わる申請代行や苦情相談等も行います。

※ 居宅介護支援の提供が困難と認めた場合は、他の居宅介護支援事業所を紹介いたします。

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額支給されるので自己負担はありません。

居宅介護支援の利用料は、別紙のとおりです。(重要事項説明書別紙参照)

(2) 解約料

利用者はいつでも解約することができます。料金はかかりません。

5. 事業者の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

- ・ 私達は要介護の状態となった高齢者とその家族及び地域住民に、適切な指定居宅介護支援を提供し、生活の質の向上を図るとともに、併せて安心して生活できる地域作りをすすめることを目的とします。
- ・ 私達は城西病院の経験と実績をもとに、ご利用者の信頼にこたえていきます。
- ・ 気軽に相談ができ、迅速に対応できるよう努めます。
- ・ ご利用者のお顔を拝見し、身近に対応していくことをモットーとし、病院内・地域のサービス機関との連携を図り、安心したサービス計画を提供致します。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

- ・地域住民が要介護状態になった場合においても、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配慮して、適切なサービス利用ができるように支援致します。
- ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対してケアプランに位置づける居宅サービス事業者等について、利用者は複数の事業者等の紹介を求めることが可能であること、また当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能とし、公正中立なケアマネジメントを確保することができるように支援致します。
- ・利用者の心身の状況、その置かれている環境などに応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮致します。
- ・利用者が病院又は診療所に入院する場合、利用者又は家族は、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求めます。
- ・指定居宅サービス事業者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、モニタリングの際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医の医師、歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ・利用者が医療系のサービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治医の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
- ・障害福祉サービスを利用してこられた障害者が介護保険サービスを利用する場合等において、障害福祉制度の相談支援専門員とケアマネジャーとの密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者と特定相談支援事業者との連携に努めます。

6 虐待の防止のための措置に関する事項

- ・当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のための指針を整備しています。
- ・虐待防止防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内での周知、徹底を図り、当事業所のケアマネジャーは、定期的に権利擁護、虐待防止の研修を受けます。
- ・虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、虐待防止の指針に従い、速やかに市町村に通報します。

7 感染症の予防、及びまん延防止のための措置

- ・当事業所は、感染症防止及び、まん延防止のための業務継続計画を整備しています。
- ・従業者には、感染症の予防及びまん延防止のための研修を6か月に1回以上開催しています。
- ・城西病院感染症防止委員会の指導を定期的に受けています。

8 非常災害対策

- ・当事業所は、火災、風水害、地震等の自然災害時に、利用者様へ必要なサービスが継続的に提供できるための業務継続計画を作成し、年2回以上の研修、訓練を実施致します。

9 緊急時における休業・療養期間の特別連携について

(1) 次のような事態において、他事業所との緊急時における特別連携が適用されます。

- ・感染症等への罹患、事故、疾病等による中長期相田の療養時
- ・風水害、震災等の発災時
- ・その他(杉並区が休業を認める事態となった場合)

(2) 緊急時における休業・療養機関中の特別連携申請時の流れ

- ① 契約時または事前に緊急時における休業・療養期間中の特別連携時の申請及び個人情報の取り扱いについての説明と同意
- ② 緊急事態発生時、担当居宅介護支援事業所から杉並区への連絡・申請
- ③ 休業・療養期間の決定、速やかにその期間を対応させて頂く居宅介護支援事業所を複数選定し、ご相談の上、事業者の決定
- ④ ご負担をできる限り軽減し、円滑な移行とサービス継続手続き
- ⑤ 緊急時における休業・療養期間を担当させて頂く居宅介護支援事業所との契約
- ⑥ 杉並区へのサービス計画作成届の提出、及び通常の介護保険利用の諸手続き
- ⑦ 介護保険サービスの利用継続における各サービス提供事業者への調整等の実施
- ⑧ 期間終了時、介護保険課への報告、サービス計画作成届の再提出
- ⑨ 期間終了時の引継ぎ、休業前の居宅介護支援事業所・担当介護支援専門員への移行
(※再度の契約はせず、以前の契約に戻る)

10 カスタマーハラスメントに対する方針

当事業所はカスタマーハラスメントに対して従業員の人権および就業環境を著しく害する行為があった場合、管理者または法人代表に報告、相談を行い、居宅介護支援を終了とさせて頂く場合がございます。

(1) ご利用者様、ご家族様からの要求が妥当性を欠く場合

- ・当事業所の提供するサービスに過誤(ミス)、過失が認められない場合
- ・要求の内容が当事業所の提供するサービスの内容とは関係がない場合

(2) 要求内容の妥当性にかかわらず不相当とされる可能性が高いもの

- ・身体的な攻撃(暴行、傷害)
- ・精神的な攻撃(脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言)
- ・威圧的な言動(「SNSにあげるぞ」などの発言)
- ・継続的な(繰り返される)、執拗な(しつこい)言動
- ・拘束的な行動(不退去、居座り、監禁、長時間の電話や対応)
- ・差別的な行動
- ・性的な言動
- ・職員個人への攻撃、要求

(3) 要求内容の妥当性に照らして不相当とされる場合があるもの

- ・交通費等の請求
- ・謝罪の要求

上記のようなことが発生した際には警察に通報することがございます。

またハラスメント等が認知症等の症状によって発生している場合には、その症状であることを関係者で確認、共有し、専門職の意見も取り入れたうえで適切な対策をとりながらサービスの提供が継続できるよう善処いたします。

11. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の苦情相談窓口

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

城西病院在宅サポートセンター 管理者	TEL 03-3390-4154
杉並区保健福祉部介護保険課事業者係	TEL 03-3312-2111(代)
お住いの地域の包括支援センター	各ケア24
東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	TEL 03-6238-0177

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項について説明しました。

事業所 城西病院在宅サポートセンター 印
所在地 東京都杉並区上荻2丁目41-6春日ビル
説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から居宅介護支援における重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印
代理人 住所
氏名 印
(本人との関係:)