

# 居宅介護支援重要事項説明書

## 1. 事業者

事業者の名称	特定非営利活動ケアネットあいら
法人 所在地	鹿児島県始良市加治木町木田 1 1 3 3 番地
法人種別	特定非営利活動法人
代表者 氏名	杉田 文彦
電話番号	0 9 9 5 - 6 2 - 5 6 5 1

## 2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用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します。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携および連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

## 3. 概要

### (1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ケアプランセンターぷらす
所在地	鹿児島県始良市加治木町木田 1 1 3 3 番地
介護保険指定番号	4 6 7 4 5 0 0 7 9 0
サービス提供地域	始良市・鹿児島市・霧島市

### (2) 当法人およびグループ会社のあわせて実施する事業

種類	事業者名	事業者指定番号
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	グループホームにしきえ	4 6 7 5 2 0 0 1 6 8
看護小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能ホームにしきえ	4 6 9 4 5 0 0 1 5 0
訪問看護・介護予防訪問看護	訪問看護ステーションにしきえ	4 6 6 4 5 9 0 1 9 9
看護小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能ホームぷらす	4 6 9 4 5 0 0 2 1 8
住宅型有料老人ホーム	住宅型有料老人ホームぷらす	
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	グループホームこころ	4 6 7 5 2 0 0 2 2 6

訪問看護・介護予防訪問看護	訪問看護ステーションぷらす	4 6 6 4 5 9 0 2 1 5
---------------	---------------	---------------------

### (3) 職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者	常勤	事業所の運営および業務全般の管	1名
主任介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	1名
介護支援専門員	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	

### (4) 勤務体制

月曜日～土曜日	午前8時30分～午後5時30分・日・祝祭日は日直対応原則として、日・祝祭日および年末年始を除く
緊急連絡先	担当介護支援専門員緊急連絡先にて24時間体制にて受付

### (5) 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	<u>MDS及び居宅計画ガイドライン</u> を使用し、厚生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

(6) 利用料金及び居宅介護支援費については、別紙に記載。

## 4. 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	ケアプランセンターぷらす
担当者	担当者氏名：山本 康弘
電話番号	0995-62-5651
対応時間	8:30～17:30 (月曜日～土曜日)

## (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

## (3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

## (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

始良市 長寿障害福祉課	電話 番号	0 9 9 5 - 6 6 - 3 1 1 1
	ファックス番号	0 9 9 5 - 6 6 - 4 5 0 1
鹿児島県 介護国保課	電話 番号	0 9 9 - 2 8 6 - 2 1 1 1
	ファックス番号	0 9 9 - 2 8 6 - 2 1 1 9
鹿児島県国保連合会 介護保険課	電話 番号	0 9 9 - 2 0 6 - 1 0 8 4
	ファックス番号	0 9 9 - 2 5 0 - 4 0 3 7
鹿児島県 社会福祉協議会	電話 番号	0 9 9 - 2 5 7 - 3 8 5 5
	ファックス番号	0 9 9 - 2 5 1 - 6 7 7 9

## 5. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関らず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合は、下記のとおり対応を致します。

### ①事故発生の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、速やかに市町村（保険者）に報告します。

### ②処理経過及び再発防止策の報告

①の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険者）に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

## 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. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師およ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、当事業所名およ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、当事業所名およ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事が出来ること、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。
  - ・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付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えない場合には照会等により、当該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ヶ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付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

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、事業者が記名捺印の上、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 ケアプランセンターぷらす

所在地 鹿児島県始良市加治木町木田1133番地

管理者 山本 康弘

印

説明者

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

代理人

住所

氏名

印

# 申請代行委任状

利用者及びその家族は、次に定める条件にあつて、必要最低限の範囲内で要介護認定等の申請代行を希望します。

## 1. 申請代行の理由

利用者及びその家族等が申請書を提出することが困難な場合であつて申請代行を依頼された場合

## 2. 申請代行する書類等の範囲

- ・ 要介護認定更新・変更申請書
- ・ その他( )

## 3. 申請代行を行なう期間

- (1) 居宅介護支援契約の契約締結の日から、利用者の要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」といいます）の有効期間満了日
- (2) 契約満了日の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新される

令和 年 月 日

事業者

利用者 \_\_\_\_\_ 印

代理人 \_\_\_\_\_ 印