

白百合園居宅介護支援事業所重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人福德会
法人所在地	三重県伊勢市上地町3130番地
代表者氏名	理事長 隅本 正樹
電話番号	0596-27-1511

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	白百合園居宅介護支援事業所
所在地	三重県伊勢市上地町3130番地
介護保険指定番号	伊勢市指令 31 介第 3195 号 2470800117
サービス提供地域	伊勢市・玉城町・明和町・度会町

(2)当法人のあわせて実施する事業

- ・ 特別養護老人ホーム白百合園
- ・ 白百合園短期入所生活介護事業
- ・ 白百合園介護予防短期入所生活介護事業
- ・ 白百合園通所介護事業
- ・ 白百合園通所介護相当サービス事業
- ・ 介護老人保健施設上野の郷
- ・ 上野の郷短期入所療養介護事業
- ・ 上野の郷介護予防短期入所療養介護事業
- ・ 上野の郷通所リハビリテーション事業
- ・ 上野の郷介護予防通所リハビリテーション事業
- ・ 上野の郷訪問リハビリテーション事業
- ・ 上野の郷介護予防訪問リハビリテーション事業

(3)職員体制

従 業 員 の 職 種	業務内容	人数
管 理 者	事業所の運営および業務全般の管理(常勤兼務)	1人
介 護 支 援 専 門 員	居宅介護支援サービス等に係わる業務(常勤専従)	2人以上

(4)勤務体制

平 日 (月)～(金)	午前8時30分～午後5時30分 原則として、土・日曜日・および年末年始(12/29～1/3)を除く
緊急連絡先	白百合園居宅介護支援事業所の連絡先にて 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	課題分析標準項目を網羅したツールを使用し、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

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	白百合園居宅介護支援事業所
苦情解決責任者	隅本 正樹
苦情受付責任者	粟田 理沙
電 話 番 号	0596-27-1511
対 応 時 間	8:30～17:30 平日 月～金曜日

(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、担当者及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、検討の結果及び具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得いくよう説明を行います。

(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、より良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

伊勢市役所 介護保険担当課	所在地	伊勢市岩淵1丁目7-29
	電話番号	0596-21-5560
	FAX	0596-20-8555
	受付時間	8:30~17:15
三重県国民健康保険団体連合会	所在地	津市桜橋2丁目96番地三重県自治会館2階
	電話番号	059-213-6500
	受付時間	8:30~17:00

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、速やかに保険者に報告します。

(2) 処理経過及び再発防止策の報告

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

事業所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. 虐待防止に関する措置

事業所は、人権の擁護、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)虐待防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、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)虐待防止のための指針を整備します。

(3)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。

事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者または養護者(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、これを市町村に通報するものとする。

8. 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、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。

9. 他機関との各種会議等

- (1) 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用して実施をすることもあります。
- (2) 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施することもあります。

10. 守秘義務等

- (1) 居宅介護支援を提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
- (2) 前項にかかわらず、契約者に係るサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

11. 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っ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。

12. 非常災害対策

事業所は、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害地震等の自然災害に対処する為、事業継続に向けた計画書の策定、研修の実施、訓練を実施し、また定期的に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。

13. 感染症の予防及びまん延防止対策

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為の対策を検討する委員会を開催し、その結果を周知徹底します。
- (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) 感染症の予防及びまん延防止の為の研修及び訓練を実施します。

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。

但し、利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏ま
え、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、

ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を可能とします。

イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能とします。

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 白百合園居宅介護支援事業所
所在地 三重県伊勢市上地町3130番地
管理者
説明者

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 _____

(続 柄)