

高梁市社会福祉協議会

居宅介護支援事業所たかはし西

重要事項説明書

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日、12月29日～1月3日を除く
営業時間	8時30分～17時15分

※緊急時の連絡は24時間受け付けております。（携帯電話番号 080-2897-0984）

6. サービスの内容

（1）居宅サービス計画の作成

サービス計画作成までの手順は次のとおりです。

- ① ご自宅を訪問し、あなたやご家族からお話を伺います。
- ② あなたの了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。
- ③ 介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。
- ④ サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切を説明し同意を得て交付します。

（2）情報の提供

- ① サービス事業者等の利用にあたり、あなたやご家族の希望をお聞きし、公正中立に情報を提供します。
- ② あなたは、居宅サービス計画の作成にあたり、担当の介護支援専門員に対し複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。また居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。
- ③ あなたが、入院した際には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先の病院に伝えるようご協力お願いします。
- ④ あなたの服薬状況や口腔内の状況等、心身又は生活状況のうち必要と認めるものについてあなたの同意を得てかかりつけの医師等へ情報提供させていただきます。
- ⑤ 医療系のサービスの必要性について、意見をいただいた主治医に、居宅サービス計画書を交付します。

（3）要介護認定の更新申請、変更の代行申請

（4）関連事業者等の連絡調整

（5）給付管理票の作成・提出

☆このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止になるよう、適切にサービスを提供します。

☆サービスの提供は懇切丁寧に行い、解りやすいように説明をします。

7. 利用料金

居宅介護支援利用料（基本料及び加算）は下記のとおりですが、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。

ただし、介護保険料の滞納などにより給付金が事業者を支払われない場合があります。その場合は、1ヶ月あたりの利用料を当事業所にお支払いただきます。事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

居宅介護支援利用料

要介護1・要介護2	16,700円	基本利用料（特定事業所加算・特別地域居宅介護支援加算含む）
要介護3・要介護4 要介護5	20,440円	基本利用料（特定事業所加算・特別地域居宅介護支援加算含む）
初回加算	3,000円	① 新規に居宅サービス計画を策定した場合 ② 要介護状態区分が2段階以上変更となった場合
入院時情報連携加算 （Ⅰ）	2,500円	利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者に係る必要な情報を提供した場合
入院時情報連携加算 （Ⅱ）	2,000円	利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者に係る必要な情報を提供した場合
退院・退所加算		退院・退所にあたって病院や施設の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合
退院・退所加算 （Ⅰ）イ	4,500円	利用者に係る必要な情報の提供を、カンファレンス以外の方法により1回受けた場合
退院・退所加算 （Ⅰ）ロ	6,000円	利用者に係る必要な情報の提供を、カンファレンスにより1回受けた場合
退院・退所加算 （Ⅱ）イ	6,000円	利用者に係る必要な情報の提供を、カンファレンス以外の方法により2回以上受けた場合
退院・退所加算 （Ⅱ）ロ	7,500円	利用者に係る必要な情報の提供を、2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること
退院・退所加算 （Ⅲ）	9,000円	利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち、1回以上はカンファレンスによること
通院時情報連携加算	500円	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）記録した場合 利用者一人につき、1月に1回

8. サービスの終了

- (1) 利用者が施設入所又は、死亡した場合
- (2) 要介護認定により利用者の要介護認定区分が自立又は要支援と判定された場合
- (3) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- (4) 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- (5) 契約書第10条から第12条に基づき本契約が解約又は解除された場合

9. 苦情受付及び苦情解決の体制

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談窓口

相談窓口	面接場所	高梁市社会福祉協議会居宅介護支援事業所たかはし西
	所在地	高梁市備中町布賀 3513 番地 2
	連絡先	電話番号 0866 (45) 3131 FAX 番号 0866 (45) 3295
	面接場所	高梁市社会福祉協議会 介護保険課
	所在地	高梁市向町 21 番地 3
	電話番号	0866 (22) 7244
	受付時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時15分 国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する休日、12月29日から1月3日までは除く

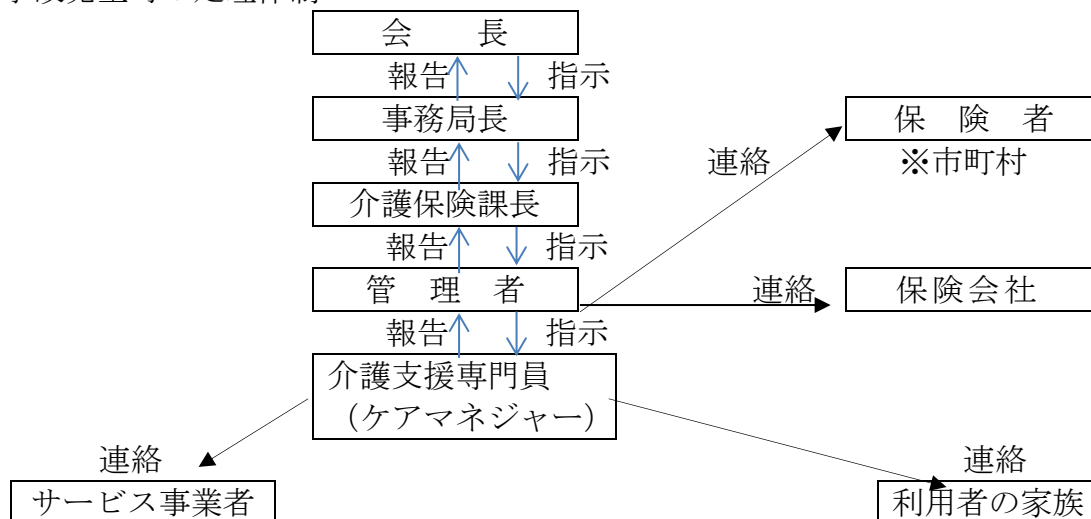
(2) 行政機関その他苦情受付機関

高梁市役所 健康福祉部 健康長寿課	所在地	高梁市松原通 2043 番地
	電話番号	0866 (21) 0299
	受付時間	平日 8時30分～17時15分
岡山県 国民健康保険 団体連合会	所在地	岡山市北区桑田町 17 番 5 号 (介護サービス苦情処理)
	電話番号	086 (223) 8811
	受付時間	平日 8時30分～17時00分

10. 事故発生時の対応

利用者に対する居宅介護支援の提供に係って事故が発生した場合は、速やかに保険者、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

☆ 事故発生時の処理体制



11. 秘密保持と個人情報保護

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は、職務上知り得た利用者及びその家族の秘密を他に漏洩せず、また、利用契約終了後または従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。
- (2) 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者及びその家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (3) 同意を得た場合は、次の利用目的の範囲内で使用することとします。

介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的

- ① 介護関係事業者の内部での利用に係る事例
 - ・ 事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
 - ・ 介護保険事務
 - ・ 介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告、利用者の介護サービスの向上
- ② 情報提供を伴う事例
 - ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答、その他の業務委託、家族等への心身の状況説明
 - ・ 介護保険事務のうち、審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ③ 介護関係事業者の内部での利用に係る事例（上記以外の利用目的）
 - ・ 介護関係事業所の管理運営業務のうち、介護サービスや維持、改善のための基礎資料、介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

1 2. 虐待防止について

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるよう努めるものとします。
 - ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（オンライン会議等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。
 - ② 事業所における虐待防止のための指針を整備する。
 - ③ 従業員に対し、虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
 - ④ 前3号の措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (2) 事業所はサービス提供中に、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、これを保険者である市町村に通報するものとします。

指定居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき重要な事項の説明をしました。

事業者 所在地 岡山県高梁市向町 21 番地 3
法人名 社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会
代表者 会長 森 田 仲 一
事業所 高梁市社会福祉協議会居宅介護支援事業所たかはし西

説明者 _____ ㊞

私は、上記内容の説明を事業者から確かに受け同意しました。

また、個人情報保護法に基づき、サービス担当者間で共通の目標の下でサービスの提供が適切に行われるために、主治医、他の居宅サービス事業者並びに施設サービス事業者及び計画上位置づけられたサービスを行うボランティア等の保険給付対象外のサービス事業者等が、居宅サービス計画の内容について情報提供を求めている場合は、事業者から私（利用者）及び家族の状況についての情報を提供することを同意します。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

署名代行人

氏 名 _____ ㊞ (利用者との関係 _____)

署名代行の理由 _____

家族代表

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞ (利用者との関係 _____)