

指定居宅介護支援事業所ゆうゆう 重要事項説明書

居宅介護支援事業所ゆうゆうのサービス提供開始に当たり、当事業所より下記について説明させていただきます。

1. 事 業 者	
事業者の名称	北見慈恵会
事業者の所在地	北見市東相内町171番57 複合福祉施設ゆうゆう内
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 白 川 久 統
電話番号	0157-66-1515
2. ご 利 用 の 事 業 所	
事業者の名称	指定居宅介護支援事業所 ゆうゆう
事業者の所在地	北見市東相内町171番57 複合福祉施設ゆうゆう内
管 理 者	
電話番号	0157-66-1717
指定事業所番号	0175000470
3. 当 事 業 の 目 的 と 運 営 方 針	
目 的	要介護状態または要支援状態にあるご高齢の方々とご家族のご希望を尊重し、公平中立な立場でサービス事業者の選定・推薦並びに公的サービス等の支援を提供する事を目的とします。
運営方針	<p>(在宅支援)</p> <p>ご利用の方が要介護・要支援状態になった場合でも、できる限りご自宅で生活を営む事ができる様支援させていただきます。</p> <p>(自立支援)</p> <p>ご利用の方のニーズに合わせた居宅サービス計画を提案いたします。</p> <p>(地域生活支援)</p> <p>関係市町村、地域包括支援センター、地域の指定居宅サービス等関係機関と連携し、住み慣れた地域で生活できるよう支援させていただきます。</p>
4. 職 員 の 職 種、人 数 お よ び 職 務 内 容	
管 理 者	1名（介護支援専門員と兼務）
介護支援専門員	主任介護支援専門員1名（管理者と兼務） 介護支援専門員 3名以上
5. 職 員 の 勤 務 体 制	
● 午前8時30分 ～ 午後5時30分	
6. 営 業 日・営 業 時 間	
営 業 日	月曜日～金曜日 (年末年始の12月30日から1月3日までは休業)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで (電話での相談受け付けは24時間できます)

<p>7. 居 宅 介 護 支 援 サ ー ビ ス の 内 容</p>

- 要介護認定の申請代行
 - サービス計画の立案
 - 居宅サービス事業者との連絡・調整
- ※上記サービス内容及び実施記録についてはいつでもご要望に応じ開示します。

8. 居宅介護支援サービスにあたっての留意事項

● 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格

- 要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者証の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- 利用者は、介護支援専門員に対して、計画に位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることや、当該事業所を計画に位置付けた理由について説明を求めることができますので、遠慮なく申出て下さい。
 - 入院時において、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等へ担当する介護支援専門員の名前と連絡先をお伝えください。

9. 利 用 料

- 居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規程に基づき介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、利用者の負担はありません。但し、利用者の介護保険料の滞納等により、当事業所が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領できない場合は下記のサービス利用料金の全額をお支払ください。

＜基本料金＞

要介護1又は2の方	10,860円
要介護3又は4の方	14,110円

要介護3又は4の方	14,110円
＜加算関係＞	

・初回加算：3,000 円 ・特別地域居宅介護支援加算：100 分の 15

- ・特定事業所加算（Ⅱ）：**4,210 円**

- ・入院時情報連携加算：(Ⅰ) 2,500 円 (Ⅱ) 2,000 円

- ・退院・退所加算：(I) イ 4,500 円 (I) ロ 6,000 円

- (Ⅱ) イ 6,000 円 (Ⅱ) ロ 7,500 円

- ・通院時情報連携加算：500 円

- 通常の事業実施地域以外で居宅介護支援に要した交通費は実費をいただきます。
なお、交通費の算出は下記の通りです。（1日の走行距離10kmを計算）

※ 売場価格に変動がある場合は、月初値（1日）の価格を基本とする。

市場価格（月初1日付）×距離÷10（10km/10）＝金額×2（往復分）

● 交通費の実費等をいただく場合には、利用する方又は家族の方に事前に文書で

- 説明し、お支払いに同意する旨の文書に記名・押印をお願いします。

10. 通 常 事 業 の 実 施 地 域		
● 北見市内、訓子府町及び美幌町		
11. 事 故 発 生 時 の 対 応		
<p>● サービス提供中に容体の急変や事故などが発生した時は、速やかに市町村、利用者様のご家族に連絡を行い、利用者様の主治医や当法人の協力医療機関の指示を仰ぎ、必要な処置を講じ、ご利用者の皆様の安全に最善を尽くします。</p> <p>(1) 協力医療機関 医療法人社団久仁会 白川病院</p> <p>(2) 協力福祉施設 医療法人社団久仁会 老人保健施設 いきいき</p> <p>● サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。</p>		
12. 苦 情 等 の 受 付		
<p>● 居宅介護支援サービスの利用に関わるご意見・苦情等は誠意を持ってお聞きします。苦情を受け付けた時は、利用者様又はそのご家族、指定居宅事業者等からその事情を聞き、苦情に関わる問題点を把握の上、対応策を検討し、解決方法について納得のいく説明をします。</p> <p>また、その内容を記録し、サービスの質の向上に向けた取り組みを行います。ご遠慮なく下記へご相談ください。</p>		
指定居宅介護支援事業所 ゆうゆう	受付担当者	管理者
	ご利用時間	午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話 0157-66-1717
サービス提供地域行政 苦情・相談窓口	北見市役所保健福祉部 介護福祉課 電話 0157-25-1144 (代表)	
北海道国民健康保険団体連合会 苦情・相談窓口	介護保険課 電話 011-231-5161 (内線6111)	
13. 個 人 情 報 使 用 に つ い て の 同 意 確 認		
<p>私（利用者）及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>● 使用する目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施するサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合 ・利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所することに伴う必要最小限度の情報提供 <p>●使用する事業者の範囲</p> <p>利用者が提供を受けるすべての事業者</p> <p>●使用する期間</p> <p>契約で定める期間</p> <p>●条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の提供は必要最低限度とし、提供に当たっては関係者以外のものに漏れることが 		

<p>ないように細心の注意をはらうこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報を使用した会議においては、出席者や議事内容等を記録しておくこと ・ 事業者は、「居宅サービス支援経過記録」その他の記録を作成後 2 年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、または実費負担によりその写しを交付します。 	
<p>14. 秘 密 の 保 持</p>	
<p>当事業所の職員は、居宅介護支援に関わって知り得たご利用者及びご家族に関する情報を他に漏らすことは決してありません。また、やむを得ず情報を提供する時はご利用者及びご家族の同意をいただいたうえで提供します。</p> <p>職員は現職を退いた後も守秘義務を全うします。</p>	
<p>15.衛 生 管 理 等</p>	
<p>当事業所は、介護支援専門員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行い、設備や備品等の衛生的な管理に努めるため下記の対策を講じます。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 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開催し、結果について職員への周知 (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備 (3) 従業者に対する感染症の予防及びまん延防止の研修の実施 	
<p>16.虐 待 の 防 止</p>	
<p>当事業所は、利用者の人権擁護、虐待防止のため、下記の対策を講じます。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。 虐待防止に関する責任者 管理者 (2) 虐待防止対策委員会の定期的な開催及び結果について職員へ周知 (3) 虐待防止の指針の整備 (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施 <p>サービス提供中に、当該従業者又は養護者（現に養護している家族・親戚・同居人等）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、これを市町村へ通報します。</p>	
<p>17.業務継続計画の策定</p> <p>業務継続計画（BCP）の策定 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無</p>	
<p>18.第三者評価及び自己評価の実施状況</p> <p>第三者評価 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無</p> <p>自己評価 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無</p>	

本書面（重要事項説明書）に基づいて、

指定居宅介護支援事業所ゆうゆう 職員

職名 介護支援専門員 氏名 _____ ⑩ から説明を

受けたことに同意します。

令和 年 月 日

利用者ご氏名 _____ ⑩

家族等ご氏名 _____ ⑩