

居宅介護支援重要事項説明書

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 01587-2-1123

(平日 9時00分～17時00分)

担当 ケアマネジャー _____

* ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 当社の概要

名 称・法 人 種 別	株式会社 エムリンクオホーツク
代 表 者 役 職・氏名	代表取締役 児玉 公德
本 社 所 在 地	常呂郡佐呂間町字北302-10
電 話 番 号	01587-2-1123
定款の目的に定めた事業	居宅介護支援
営 業 所 数 等	居宅介護支援事業所 1

3 居宅介護支援事業所 **夢ふうせん さろま** の概要

(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	居宅介護支援事業所 夢ふうせん さろま
所 在 地	常呂郡佐呂間町字北 302 番地の 10
介護保険指定番号	居宅介護支援 北海道 0175400639 号
サービスを提供する地域	

佐呂間町、湧別町、遠軽町、北見市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

管 理 者	1 名
主任介護支援専門員	1 名以上
介護支援専門員	1 名以上 (1 名は管理者と兼務)

(3) 営業日 月～金曜日

(但し祝祭日・12月29日～1月3日・8月14日～8月16日は休みとする。)

営業時間 9時00分～17時00分

※ 緊急時は、365日24時間対応

電 話 01587-2-1123

F A X 01587-2-1124

4 居宅介護支援の申し込みから提供までの流れと主な内容

- ① 利用者からの申し込み
- ② 利用者との契約
- ③ 市町村への届け出
- ④ サービス提供

5 利 用 料 金

(1) 利 用 料

ア) 要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るので自己負担はありません。

イ) 保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて金額をいただき、当社からのサービス提供証明書を、後日市町村の窓口に出しますと、全額払い戻しを受けられます。

ウ) 居宅介護支援費 (I) 〈取扱件数が45件未満〉

①要介護1・2

②要介護3・4・5

エ) 加算等

①初回加算 (I) 〈初回時〉～新規に居宅サービス計画を策定した場合、または、要介護状態区分が2段階以上変更となった場合。

②入院や退院・退所時に病院等と情報の共有・連携を行う場合

- ・入院時情報連携加算 (I) ～入院した日のうちに情報提供 (提供方法は問わない)
- ・入院時情報連携加算 (II) ～入院後3日以内に情報提供 (提供方法は問わない)
- ・退院・退所加算 ～退院・退所にあたって病院等の職員と面談を行い、利用者様に関する必要な情報提供を受けサービス計画を作成及び調整を行った場合。

(入院等期間中につき3回まで算定可能)

※ 「連携3回」を算定できるのは そのうち1回以上について入院中の担当医との会議 (退院時カンファレンス等) に参加して退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

③緊急時等居宅カンファレンス加算 ～病院又は診療所の求めにより、病院等の職員と共に利用者様の居宅を訪問してカンファレンスを行い必要に応じてサービスの調整を行った場合。(月2回まで算定可能)

④通院時情報連携加算

利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする。

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を受けた上で居宅サービス計画 (ケアプラン) に記録した場合。

⑤ターミナルケアマネジメント加算

在宅で死亡した利用者に対して終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握したうえでその死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合。

⑥同一建物減算

指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者。

⑦サービス利用割合等の説明

当事業所の居宅サービス計画に位置付けた訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与の利用状況は別紙の通りとします。

(2) 交 通 費

前記3の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費実費が必要です。

尚、自動車を使用した場合は、すべての地域を往復 1,000 円徴収させていただきます。

(3) そ の 他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払ください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払方法は、銀行振込、現金支払いの2通りの中から選べます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いし、利用者の状態をご確認させていただきます。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合、お申し出し下さればいつでも解約できます。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

1) 利用者が介護保険施設に入所した場合

2) 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

3) 利用者がお亡くなりになった場合

4) 利用者が2週間以上行方不明になられたとき

④その他

利用者やご家族などが当社や当社の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7 当社の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な居宅サービスが適切に利用できるよう、居宅サービス計画を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な居宅サービスの提供が確保されるよう、サービス事業者等

との連絡調整その他を提供します。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

- ①利用者および家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ②指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を提供し、利用者にサービスの選択を求めます。
- ③提供されるサービスの目標、その達成時期を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、サービスの種類、内容、利用料等について説明し、利用者から文書による同意を受けます。
- ⑤その他居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。
- ⑥利用者およびその家族と毎月連絡を取り、経過の把握に努めます。
- ⑦居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者との連絡調整を行います。
- ⑧利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化に応じて居宅サービス計画変更の支援等の必要な対応をします。
- ⑨事業者は、利用者が介護保険施設等への入所を希望した場合、利用者に介護保険施設の紹介その他の支援をします。
- ⑩利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画を変更します。

8 秘密の保持

- (1) 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその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及び従業者が退職した後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者または家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当会議等において、利用者または家族の個人情報を用いません。

9 入院時・救急時等における対応方法

介護支援専門員は、居宅介護支援を実施中に、利用者の病状に急変その他緊急事態が生じた場合には、速やかに主治医等に連絡します。

10 事故に対する対応方法

- (1) 事故があった場合、直ちに事実関係を確認・記録し、利用者または家族に報告後、市町村にも連絡いたします。事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に障害を及ぼした場合には、その損害を賠償致します。
- (2) 事故が発生した時の状況・事実関係を確認後、事故報告書に記録し検討会議を行うなど再発生予防に努めます。

11 サービス内容に関する苦情及び虐待の対応について

苦情があった場合、直ちに利用者または家族に詳しい事情を聞くと共に職員からも事情を確認します。検討会議を行い、それを記録し利用者または家族にご報告いたします。さらに状況に応じて早急に具体的な対応を行います。

虐待の対応について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市町村に通報するものとする。

① 当社お客さま相談・苦情担当

担 当 浅井 聖子
電 話 01587-2-1123（代表）

② 当社以外に、他の相談・苦情窓口等に苦情をつたえることができます。

- * 北海道国保連（北海道国民健康保険団体連合会）
電話 011-231-5161
- * 佐呂間町保険福祉課 介護保険係
電話 01587-2-1212
- * 湧別町役場 保健福祉課
電話 01586-5-3765
- * 遠軽町役場 保健福祉課介護保険係
電話 01584-2-4813
- * 北見市役所 保健福祉部介護福祉課
電話 0157-25-1144
- * 紋別市役所 保健福祉部介護福祉課
電話 0158-24-2111
- * 北海道社会福祉協議会
運営適正化委員会
電話 011-204-6310

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および本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

事業所名	事業者所在地	株式会社エムリンクオホーツク 常呂郡佐呂間町字北 302 番地の 1 0
説明者	名称	居宅介護支援事業所 夢ふうせんさろま
	氏名	印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての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

利用者個人及び家族情報について

サービス担当者会議等において、利用者の個人及び家族情報を用いる事を

☐ 承認いたします。

☐ 承認いたしません

サービス担当者会議等において、利用者の主治医意見書を用いる事を

☐ 承認いたします。

☐ 承認いたしません。