居宅介護支援事業所
重要事項説明書

Work Support Kitami

居宅介護支援事業所シーズン
北見市本町１丁目２番８号網走交通本町ビル３階
ＴＥＬ　０１５７－６９－１００１
ＦＡＸ　０１５７－３３－１２９２

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

担当＿＿＿＿＿＿＿＿電話０１５７－６９－１００１（午前９時～午後１８時まで）

ご不明な点は、なんでもおたずねください。

２．居宅介護支援事業所シーズンの概要

（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シーズン
代　表　者　名	代表取締役　川口　成美
所　在　地	北見市本町1丁目2番8号網走交通本町ビル3階
電　話　・　ＦＡＸ	０１５７－６９－１００１/０１５７－３３－１２９２
介護保険指定番号	０１７５０１３０６９
サービス提供地域＊	北見市（端野自治区、常呂自治区、留辺藥自治区を除く）美幌町

＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（２）同事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管　理　者	１		１
介護支援専門員	３		３

（３）営業日と営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日（国民の祝日及び12月30日から1月3日までを除く）
営業時間	営業時間は９時から１８時

※上記の営業日、営業時間外は転送電話等により、常時連絡が可能な体制とする。

３．居宅介護支援の申込みからサービス提供までの流れと主な内容

要介護認定結果通知

↓

居宅介護サービス計画作成依頼・居宅介護支援事業者との契約（重要事項説明）

↓

課題分析（アセスメント）

↓

地域のサービス提供事業者の内容や、料金等をお伝えし、利用するサービスを選んでいただきます

↓※複数の事業所紹介を求める事が可能で、当該事業所ケアプランに位置づけた理由を求める事が可能です。

居宅介護サービス計画原案作成

↓

原案を基にした家族・利用者への説明と同意の確認

↓

サービス担当者会議の開催

↓

各サービス事業者との交付及び連絡調整

↓

各利用者・サービス担当者に居宅サービス計画の交付

↓

サービスの提供開始

↓

１カ月ごとの定期連絡・サービス提供の評価・モニタリング

４．利用料金

（１）利用料（ケアプラン作成料）

要介護または要支援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。ただし、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、１ヶ月につき要介護度に応じて契約書別紙記載の金額を頂き当社からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書を後日区市町村の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

（２）交通費

通常前記２の（１）のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。通常の事業の実施地域を越えて行う指定介護支援に要した交通費は、その実費を頂きます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を頂きます。

事業所から、片道おおむね１０㎞未満　３００円

事業所から、片道おおむね１０㎞以上、１０を超えた距離㎞当り２０円

前項に規定する額の費用の額に係るサービスの提供あたっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容および費用について事前に文書で説明をした上で、支払に同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

（３）解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

（４）サービス実施記録の複写

サービス実施記録の複写が必要な場合は、実費として１枚１０円をいただきます。

５．当社の居宅介護支援の特徴等

（１）運営の方針

・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して居宅介護支援事業を行う。

・利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して居宅介護支援事業を行う。

・居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行うよう努める。

・地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設・医療機関等との連携に努める。

（２）居宅介護支援の実施概要

ケアプラン作成の手法　　全国社会福祉協議会方式

（３）当事業所ケアプランの訪問介護、福祉用具貸与、通所介護、地域密着型通所介護の利用状況

ご希望があれば、訪問介護・福祉用具貸与・通所介護・地域密着型通所介護については、ケアプランに位置づけられた上位 3 事業所について別紙にてお知らせ可能です。

６．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり

必要な措置を講じます。

（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	

（２）成年後見制度の利用を支援します。

（３）苦情解決体制を整備しています。

（４）従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

７．秘密保持

居宅介護支援事業所シーズンおよび居宅介護支援事業所シーズンの使用する者、並びに利用者およびその家族は、サービス提供し、または受ける上で知り得た相手方の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。ただし、居宅サービス計画の作成ならびにサービス担当者会議開催等の為に、必要に応じて下記２及びそれに準ずる各機関へ、現在の介護内容や要介護認定にかかる症状・状態、主治医からの意見書、介護添書等を含む個人情報を関係者以外の者に漏れることの無いよう細心の注意を払い、必要最小限の範囲内で用います。

１　利用者及びその家族の個人情報を使用する範囲

（１）定期受診や緊急受診、介護認定にかかわる際の医療機関

（２）介護保険施設及び福祉施設等、新しく利用する事業所等

（３）国・地方自治体等の関係機関

（４）介護サービスを提供する各介護保険指定事業所

（５）サービス担当者会議等の際、その他、提供に必要な関係団体等

２　利用者及びその家族の個人情報を使用する期間

居宅介護支援契約（第２条契約期間）の期間とする。

８．事故発生時の対応と賠償責任

居宅介護支援事業所シーズンは、指定居宅介護支援の提供にともない、万一事故が発生した場合は速やかに家族の緊急連絡先及び市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際してとった措置について記録します。また利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

９．サービス内容に関する苦情

（１）当社お客さま相談・苦情担当

当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当　　電話０１５７-６９－１００１

（２）当社外の相談・苦情窓口

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

① 北見市役所　保健福祉部　北見市大通西３丁目１番地１
担当　介護福祉課　TEL０１５７－２５－１１４４
② 美幌町役場　福祉部保健福祉課　美幌町字東２条北２丁目２５番地
担当　高齢介護グループ　TEL０１５２－７７－６５４２
③ 国民健康保険団体連合会　札幌市中央区南２条西１４丁目　国保会館内
TEL０１１－２３１－５１６１　FAX０１１－２３３－２１７８

（３）苦情処理の体制と手順

①苦情の受付

苦情窓口により苦情を受け付ける。

②苦情の聴取

苦情の状況を聴取し、関係機関責任者及び事業所の管理者に連絡する。

③状況の検分

関係機関責任者または事業所の管理者は現場に急行し、必要に応じて状況の検証を行う。明らかに事業所が行ったサービス等に落ち度が認められると判断できる場合は、状況に応じてあらかじめ決められた方法により、その場にて謝罪を行う。

④苦情の報告と保管

受けた苦情は直ちに別に定める「苦情報告書」により、事故状況を管理者に報告する。事故後社内に公表し再発防止に努める。この報告書は作成後２年間保管する。

⑤対応策会議の開催

管理者はその責任において、関係機関責任者を招集し、苦情に関する対応策を立案する。必要に応じて当社担当役員、社長が同席する。

⑥ご利用者への結果の報告

関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者様へ必ず対応方法を含めた結果の報告を行います。

１０．その他

入院時の対応

居宅介護支援の提供開始後、医療機関へ入院することとなった場合には、当事業所名、担当介護支援専門員の氏名を医療機関へお知らせください。

１１．当社の概要

名称・法人種別	株式会社　ワークサポート北見
代表者役職・氏名	代表取締役　川口　成美
本社所在地	北見市本町１丁目２番８号網走交通本町ビル３階
電話番号	０１５７－２４－９６６５

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しました。

所 在 地　　北見市本町１丁目２番８号網走交通本町ビル３階

事業者名　　株式会社　ワークサポート北見　　印

事業所名　　居宅介護支援事業所シーズン

説 明 者　　印

私は、契約書及び本書面により、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。

令和　　年　　月　　日

利　用　者

住　所

氏　名　　印

ご　家　族

住　所

氏　名　　印

代　理　人

住　所

氏　名　　印