

友々苑 居宅介護支援事業所(介護予防) 重要事項説明書

ご利用者及び身元引受人に対する介護予防居宅介護支援事業の開始にあたり、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 居宅介護支援事業者（法人）の概要

説明

事業者名称	社会福祉法人 友々苑
主たる事務所の所在地	〒601-1123 京都市左京区静市市原町 447-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 岸野 亮淳
設立年月日	平成 10 年 6 月 26 日
電話番号	075-741-5236

2. 事業所の概要

説明

事業所の名称	友々苑 居宅介護支援事業所(介護予防)
指定番号	2670601265
所在地	〒601-1123 京都市左京区静市市原町 447-1
施設種別	居宅介護支援事業(介護予防)
管理者氏名	太田 晶代 (主任介護支援専門員)
開設年月日	平成 29 年 10 月 13 日
電話番号	075-741-5235
ホームページアドレス	http://www.yuyuen.or.jp
通常の事業の実施地域	京都市左京区（花背・広河原・久多・大原・八瀬及び北大路通による南下を除く） 京都市北区（中川・杉坂・小野・真弓・大森・雲ヶ畠を除く）
建物の構造	鉄筋コンクリート造 3 階建て
延床面積	3,801 m ²
敷地面積	5,134 m ²

3. ご利用施設があわせて実施する事業

説明

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
居宅介護支援事業所	平成 29 年 10 月 13 日	2670601265	—
介護老人保健施設 友々苑	平成 12 年 4 月 1 日	2650680040	100 名
(介護予防) 短期入所療養介護	平成 12 年 4 月 1 日	2650680040	施設入所の空床利用
(介護予防) 通所リハビリテーション	平成 12 年 4 月 1 日	2650680040	30 名／日
(介護予防) 訪問リハビリテーション	平成 26 年 2 月 1 日	2650680040	215 名／月

4. 事業の目的と運営方針

説明 □

(1) 目的

事業所の介護支援専門員等が要支援者又は、包括支援センター等からの相談に応じ、要支援者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、利用者や家族の意向等を基に、介護予防サービスが適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等を記した計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整、その他の便宜の提供を行います。

(2) 運営方針

- ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスや事業者の連携を得て、総合的かつ効果的なサービス計画に基づいて介護サービスが提供されるよう努めます。
- ・利用者が医療系サービスの利用を希望されている場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対して介護予防サービス・支援計画書を交付します。
- ・訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員(ケアマネジャー)から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な伝達を行います。
- ・利用者やその家族に対し、利用者は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が可能であり、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めるすることができます。
- ・障害福祉サービスを利用しててきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努めます。

5. 事業所の職員体制

説明 □

従業者の職種	基準	区分		常勤換算後 の人数	営業時間
		常勤	非常勤		
管理者 主任介護支援専門員	1	1	0	1	8時30分～17時00分
介護支援専門員		1以上	0	1以上	8時30分～17時00分 9時00分～17時30分

6. 営業日・営業時間

説明 □

営業日	月曜日～土曜日（祝日含む）年末年始（30日～3日）を除く
営業時間	9時00分～17時00分

7. 提供する介護予防支援サービスの内容

説明 □

(1)介護予防サービス・支援計画書の作成等

介護支援専門員は、利用者の心身の状況がどのように生活環境へ影響を及ぼしているかを把握し、安全で快適な生活が送れるよう、利用者や家族等の希望に沿い、「介護予防サービス・支援計画書」（以下、サービス計画という。）を作成します。また、サービス担当者会議の開催により、サービス計画に位置付けたサービスを提供する事業所や、施設等との連絡・調整を行い、計画の実施状況

の把握や評価(モニタリング)を行います。

※サービス計画に位置付けるサービス事業所の選択において、利用者は複数の事業所の紹介を求めることが可能であり、計画に位置付けたその理由を求めるすることができます。

(2) 要介護等認定の申請に係る援助

利用者(本人)や家族に代わり、要介護認定の申請手続きや更新認定の申請手続きを行う事ができます。

8. 費用

説明 □

(1)利用料（基本報酬）

要支援認定を受けられた方は、介護予防支援については、介護保険から全額給付されますので自己負担はありません。

但し、保険料の滞納等により支援事業者に直接介護保険給付が行われない場合、利用者は 1 カ月につき要支援度に応じて下記の利用料をお支払い頂くことになります。

利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書及び領収書を発行いたします。

介護予防支援費	442 単位／月	4,729 円／月
委託連携加算	300 単位／月	3,210 円／月
初回加算	300 単位／月	3,210 円／月

(2) 交通費

通常事業の実施地域にお住いの方は、「無料」です。

通常事業の実施地域以外にお住いの方、実施地域を超えた所から公共交通機関を利用した実費分が必要となります。＊タクシーを利用した場合、実費負担になります。

尚、自動車を使用した場合は次に示す交通費をいただきます。

実施地域を超えた地点から、片道 10km 未満	150 円
実施地域を超えた地点から、片道 10km 以上 5 km 每	100 円

(3)利用料等のお支払い方法（自己負担金や交通費などの支払いが生じる場合に限る）

毎月、15 日までに前月利用分を請求いたします。月末までに指定する口座にお支払ください。お支払い確認後、提供証明書及び領収書を発行いたします。

9. 注意事項

説明 □

宗教活動・政治活動 ・賭博・営利活動	これらの行為は、禁止しています。
その他	利用者ならびにご家族などのお心遣いは堅くお断りしております。

10. 緊急時及び事故発生時の対応

説明 □

サービス提供中、病状の急変などが発生した場合は、速やかに利用者の主治医・救急隊・緊急時連絡先(家族等)へ連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講じます。又、サービスの提供により事故が発生した場合は、適切及び必要な措置を講じるとともに速やかに京都市、他市町村、家族等に連絡を行います。

11. 苦情申立窓口

説明 □

当事業所の相談苦情窓口	電話番号 075-741-5236 ファックス番号 075-741-3739 法人窓口： 責任者 平岡隼一 事業所窓口：管理者 太田晶代 対応時間：8時30分から17時まで また、事業所に設けるご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査・改善をさせて頂きます。
京都市左京区保健福祉センター 健康長寿推進課高齢介護保険担当	電話番号 075-702-1069 ファックス番号 075-702-1316
京都市北区保健福祉センター 健康長寿推進課高齢介護保険担当	電話番号 075-432-1364 ファックス番号 075-432-1590
※その他、各所轄の区役所でご相談いただけます。	
京都府国民健康保険団体連合会	電話番号 075-354-9090 ファックス番号 075-354-9055
京都府福祉サービス 運営適正化委員会	電話番号 075-252-2152 ファックス番号 075-212-2450

12. 損害賠償保険への加入

説明 □

会社名	保険の内容
株式会社 全老健共済会	賠償事故補償制度・利用者障害見舞金制度・見舞客・ボランティア障害見舞金制度・業務災害補償制度・感染症補償制度
あいおいニッセイ同和損害 保険株式会社	車両保険・対人賠償保険・対物賠償保険・障害保険

13. 個人情報の取扱いについて

説明 □

(1)事業者は、個人情報保護法に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報を適切に取扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上・介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、必要に応じて情報提供を行うことといたします。
(ア) サービス提供に係る事業者間の連絡・紹介等
(イ) 行政機関・地域包括支援センター等との連携
(ウ) 利用者が偽りその他不正行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
(エ) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
(オ) 生命・身体保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等） 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いと致します。
(2)個人情報の保護について事業者は、利用者から予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、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族の個人情報を用いません。事業者は、利用者、身元引受人又は利用者もしくは身元引受人の親族に関する個人情報が含まれる記録物については、厳重に管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

14.サービスに当たっての留意事項

説明 □

サービスを利用する際は、介護保険被保険者証を提示してください。
また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
介護予防支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当介護支援専門員の氏名と当事業の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電話番号	(携帯番号)

主治医	病院（診療所）名
	所在地
	氏名
	電話番号

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、_____です。

やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡をいたします。

1. 当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日：令和 年 月 日

【事業所】 社会福祉法人 友々苑 京都市左京区静市市原町 447-1
友々苑 介護予防居宅介護支援事業所 (2670601265)

【説明者】 職名 介護支援専門員

氏名 _____ 印

2. 私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容及び以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

- 私は、利用可能な事業所を複数の紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由を求めることが出来ることについての説明を受けました。
- ご利用中の訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことについて了解しました。
- もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を、入院先医療機関に報告します。

同意年月日：令和 年 月 日

【利用者】 住所 _____

氏名 _____ 印

【身元引受人】 住所 _____

氏名 _____ 印