

指定居宅介護支援 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な居宅介護支援を提供することにより、要介護状態の維持改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、公正中立な支援を行います。

2. 事業所の内容

(1) 事業の概要

事業所名	あさひ園居宅介護支援事業所
指定番号	0172900045
所在地	旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号
管理者の氏名	土井法恵
電話番号	0166-66-2777
FAX番号	0166-60-5550
サービスを提供する地域	旭川市内

(2) 事業所の従業者体制

職 種	職 務 の 内 容	人員(常勤換算)	指定基準
管 理 者	従業者業務の管理	1名(兼務)	1名
介護支援専門員	介護サービス計画の作成、事業者との連絡調整等	1人以上(管理者との兼務含む) 利用者の数が35人又はその端数を増すごとに1名を増員する。	1名

(3) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日まで(ただし、国民の祝日及び年末年始(12月30日～1月3日)を除く)
営 業 時 間	午前9時00分～午後6時00分までとします。 ただし緊急であり、必要と認められた場合はこの限りではありません

3. サービスの内容

- ① 居宅サービス計画の作成
- ② 居宅サービス事業者との連絡・調整
- ③ サービス実施状況の評価
- ④ 利用者状態の把握
- ⑤ 給付管理
- ⑥ 要介護認定申請に対する協力・援助
- ⑦ 相談業務

4. 居宅サービス事業者の紹介・選択

ケアプランに位置づける居宅サービス事業所の選定に関し、ご利用者又はご家族は、居宅サービス事業所を複数紹介するよう求めることができます。

また、当該居宅サービス事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることができます。

※当事業所のケアプランの訪問介護、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です。

5. 利用料金

要介護を受けた方は、介護保険から全額給付されるため、自己負担はありませんがご利用者の保険料滞納のため、法定代理受領ができなくなった場合、要介護度に応じて下記の金額（1か月当り）をいただき、「サービス提供証明書」を発行いたします。後日、旭川市の窓口に提出することで、全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護 1， 2	指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成 1 2 年厚生省告示第 2 0 号）に定める額
	要介護 3， 4， 5	
初 回 加 算		
特 定 事 業 所 加 算(Ⅱ)		
入 院 時 情 報 連 携 加 算(Ⅰ)		
入 院 時 情 報 連 携 加 算(Ⅱ)		
退 院 ・ 退 所 加 算		
通 院 時 情 報 連 携 加 算		
中山間地域等居住者サービス提供加算		
ターミナルケアマネジメント加算		

※指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第20号）に定める額については、別紙利用料金表の通りです。

6. 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき年2回以上従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族や主治医への連絡等必要な措置を講じます。

主治医	病 院 名	
	所 在 地	
	医 師 名	
	電話番号	

緊急連絡先	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため個人情報保護マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

苦情受付窓口：管理者 土 井 法 恵

ご 利 用 時 間：月曜日～金曜日 午前9時00分～午後6時00分

電 話 番 号：0166-66-2777

また、苦情受付ボックスを1階ホールに設置しています。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

旭川市役所 介護保険課

所 在 地：旭川市7条通9丁目48番地

電話番号：(0166) 25-6485 F A X 番号：(0166) 29-6404

旭川市役所 長寿社会課

所 在 地：旭川市7条通9丁目48番地

電話番号：(0166) 25-9797 F A X 番号：(0166) 29-6404

北海道国民健康保険団体連合会苦情処理委員会

所 在 地：札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

電話番号：(011) 231-5161 F A X 番号：(011) 233-2178

北海道福祉サービス運営適正化委員会

所 在 地：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 北海道社会福祉協議会内

電話番号：(011) 204-6310 F A X 番号：(011) 204-6311

※苦情処理第三者委員

氏名 倉 知 隆 之 住所(自)旭川市春光6条3丁目3-14 TEL 51-7503

氏名 増 田 寛 司 住所(勤)旭川市7条通13丁目59-4税理士法人中央総合会計 TEL 25-4131

氏名 森 倫 子 住所(自)旭川市4条通2丁目926-6 TEL 24-0465

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

12. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援の開始に当たり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

＜事業所＞

所 在 地	旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号
事業所名	あさひ園居宅介護支援事業所
管 理 者	土 井 法 恵

説明者職名 ケアマネジャー 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定居宅介護支援について重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 _____ 印 _____

<代理人>

住所

氏名 (続柄) 印