

「指定居宅介護支援」重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 事業者 特定非営利活動法人みなば
- (2) 事業者所在地 札幌市南区南 37 条西 11 丁目 4 番 10 号
- (3) 電話番号 011-581-3784
- (4) 代表者氏名 理事長 中村 絵梨子
- (5) 設立年月 平成 20 年 12 月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
- (2) 事業の目的 特定非営利活動法人みなば が開設する指定居宅介護支援事業所(以下「本事業所」という。)は、指定居宅介護支援(委託による介護予防支援)の事業を行うものであり、居宅要介護(要支援)者等が指定居宅サービス・介護予防サービス等の適切な利用をする事ができるよう、当該居宅要介護(要支援)者等の依頼を受けて、居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成すると共に、計画に基づく指定居宅サービス・介護予防サービス等の提供が確保されるよう、連絡調整、紹介等の便宜の提供を行い、もって地域住民の福祉の増進に貢献することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 指定居宅介護支援事業所
平成21年 7月31日指定 北海道指定第 0170506018 号
- (4) 事業所の所在地 札幌市南区南 37 条西 11 丁目 4 番 10 号
- (5) 電話番号 011-522-9378
- (6) 事業所長(管理者)氏名 佐々木千尋
- (7) 当事業所の運営方針
本事業所は、次に掲げる基本方針にもとづき事業を運営する。
 - 1. 要介護状態にある利用者が、どのような状態にある場合においても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する。
 - 2. 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する。
 - 3. 指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス・介護予防サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス(介護予防)事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行うものとする。
 - 4. 市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援従事者、介護保険、施設等との連携に努めるものとする。
 - 5. 従業者の教育研修を重視する。
 - 6. 正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒まないものとする。
- (8) 開設年月 平成 21 年 9 月 1 日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 札幌市(南区、中央区、豊平区、白石区、清田区)、江別市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日(祝日を除く)
受付時間	9時～17時00分
サービス提供時間帯	9時～17時00分(必要に応じ時間外も対応します)

年末年始:12月29日～1月3日。

お盆:8月13日～8月15日は休日となります。

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	計	職務の内容
1. 事業所長(管理者)	1(兼)		1名	管理業務 ケアプランの作成等
2. 介護支援専門員	1(兼)	1名	2名	ケアプランの作成等

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金(契約書第3～6条、第8条参照)

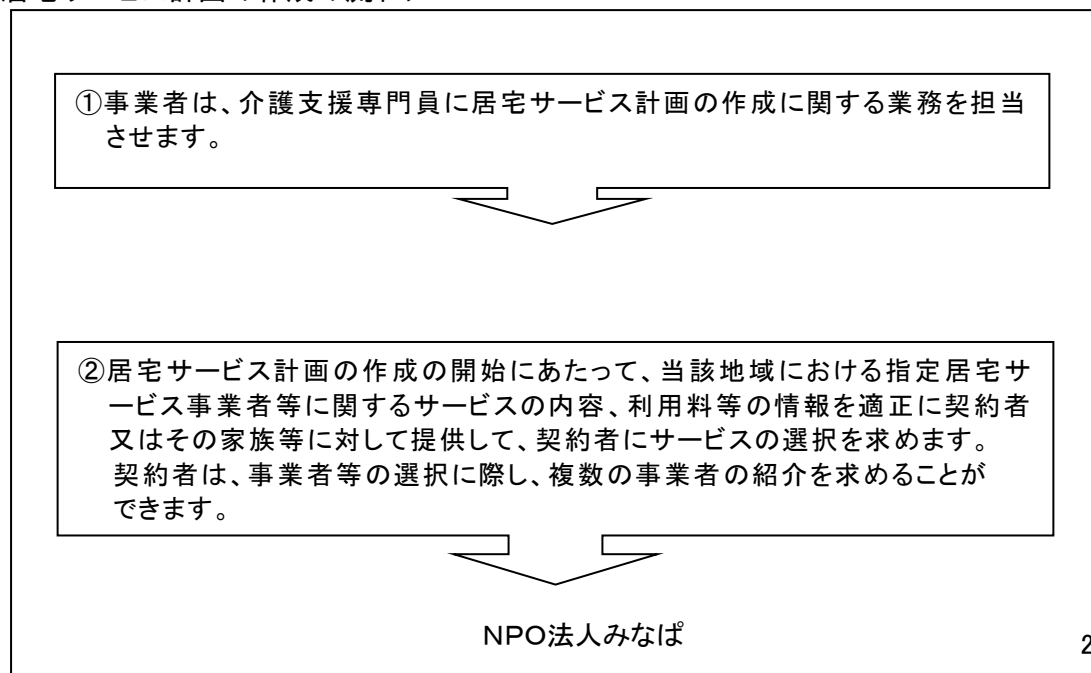
サービスの内容と利用料金当事業所では、居宅介護支援として次のサービスを提供します。

(1) サービスの内容

① 居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス(以下「指定居宅サービス等」という。)が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

＜居宅サービス計画の作成の流れ＞



③介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

④介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ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上で、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を得た上で決定するものとします。契約者は、事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

② 居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・利用者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ・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等との連絡調整を行います。
- ・利用者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③ 居宅サービス計画の変更

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、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

④ 介護保険施設への紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

⑤ 当事業所が提供するサービスについて、要介護または要支援認定を受けられた方は、利用料金は介護保険から給付されますので、利用者の利用料負担はありません。

但し、利用者の介護保険料の滞納等により、事業者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することができない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払い下さい。当事業所からサービス提供証明書を発行いたしますので、そのサービス証明書を後日保険者の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

(2) 利用料金のお支払い方法(利用料金が発生した場合)

上記の費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。お支払い方法については相談のうえ対応いたします。

6. 秘密の保持について

- (1)事業者は、利用者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても予め同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (2)事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (3)事業者は、利用者及び家族の個人情報の取扱いに関する管理責任者は当該事業所管理者と定めます。

7. 高齢者虐待防止のための対応について

- (1)居宅介護支援の活動中において、利用者に対する身体的・心理的虐待等が発生していることを発見した際は、できる限り利用者の意思を尊重した関わりに努め、問題が深刻化しないよう関係機関との連携を図るものとします。
- (2)保健・医療・福祉関係者は高齢者虐待防止法において、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は速やかに市町村に通報しなければならないとされているため、関係機関との連携の下、札幌市への報告を行うことがあります。その際は、守秘義務違反には当たらないとされています。
- (3)利用者への虐待防止について必要な検討を行うため、法人内に虐待防止委員会を設置します。
法人責任者 理事長 中村絵梨子
事業所責任者 管理者 佐々木千尋

8. 事故発生時の対応について

- (1)事故発生時の処置
事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2)記録
当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録をします。
- (3)損害賠償
利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
(保険会社名 共栄火災海上保険株式会社)
- (4)事故後の措置
事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

9. 苦情の受付について(契約書第 18 条参照)

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

特定非営利活動法人みなば

理事長 中村 絵梨子

電話:011-581-3784

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

区役所保健福祉課	所在地 札幌市南区真駒内幸町2丁目 電話番号 011-582-2400 受付時間 平日 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 電話番号 011-231-5175 受付時間 平日 9:00～17:00
高齢者・障害者生活あんしん支援センター	所在地 札幌市中央区大通西19丁目 札幌市社会福祉総合センター2階 電話番号 011-632-0550 受付時間 平日 9:00～17:00

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援事業所 相談支援センター みなば

説明者職名 介護支援専門員 氏 名 佐々木 千尋 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名 印

家族住所

氏 名 印

代理人住所

氏 名 印