

重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 (0166-73-8173) (月～金曜日 08:30～17:30)

担 当 介護支援専門員 _____ / 管理責任者 三浦 千春

※ ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

※ 担当介護支援専門員が変わった場合も、引き続きこの重要事項説明書を有効とさせていただきます。

2 事業所概要

事業所名	プランタン居宅介護支援事業所
所在地	北海道旭川市10条通19丁目1番1号
事業所指定番号	北海道 0172902223号
サービス提供地域	旭川市 東神楽町 東川町 愛別町 当麻町 比布町 鷹栖町 美瑛町

3 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日 年末年始(12月31日～1月3日)は 休みとさせていただきます。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分 その他、緊急を要するときは転送電話により、24時間 連絡が可能な体制をとっております。

4 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

有限会社 ALL RIGHT が運営する指定居宅介護支援事業所が行なう指定居宅介護支援の事業の適正な運営を確保すること及び事業所の介護支援専門員が要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な介護支援業務を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

1. 利用者が居宅において自立した日常生活ができるよう配慮します。
2. 利用者の要介護認定関係に必要な協力をします。
3. 総合的、効果的に介護サービス計画を提供します。
4. 利用者の意思及び人格を尊重します。〔利用者は事業所について居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることが可能です〕

5. 公正中立な立場に立ち、特定の事業所に偏ることなく、複数の事業所を紹介します。当事業所の居宅サービス計画書の訪問介護 通所介護 地域密着型通所介護 福祉用具貸与の利用状況を別紙提示するとともに介護サービス情報公表制度において公表します。
6. 事業従事者はサービス提供上知り得た利用者又はその家族の情報について、第三者に漏洩しないようにします。
7. 事故や利用者の急変などの緊急事態が生じた際には、速やかに緊急連絡先及び関係機関へ連絡を行ないます。また、必要に応じて、旭川市に連絡を行ないます。
8. 入院の際は、退院後の円滑な在宅生活への移行のために、利用者及びその家族から、担当介護支援専門員の氏名を入院医療機関に提供するように依頼します。
9. 市区町村から介護認定調査の委託があった場合、中立公正で正しい調査を実施します。

5 サービス利用料金及び利用者負担

(1) 要介護または要支援認定を受けられた方は、居宅介護支援にかかる加算を含め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。ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき厚生労働大臣の定める介護報酬告知上の金額をご負担いただきます。

(2) 介護支援専門員が通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問・出張する場合には、その旅費（実費）のご負担が必要となります。

6 苦情等の受付について

・当事業所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・苦情を承りますので担当介護支援専門員もしくは相談窓口までお申し出ください。

また、担当介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

プランタン居宅介護支援事業所苦情相談窓口 管理担当 TEL 0166-73-8173

受付時間：月曜日から金曜日 8時30分～17時30分まで

・旭川市における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

旭川市役所福祉保険部 指導監査課 TEL 0166-26-1111

受付時間：月曜日から金曜日 8時45分～17時15分まで

・北海道国民健康保険団体連合会における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

介護サービス苦情相談窓口 TEL 011-231-5175

受付時間：月曜日から金曜日 9時～17時まで

7 その他

要介護認定の申請前に実施されたサービス	利用者の要介護(要支援)認定の申請前に提供されたサービス(居宅サービス及び居宅介護支援サービス)の報酬については、原則、利用者が負担することとなります。
暫定契約が支給限度額を上回った場合	利用者の要介護(要支援)認定の申請後に提供されたサービス(居宅サービス及び居宅介護支援サービス)に要介護状態区分が低い場合など、暫定契約の内容が支給限度額を上回った場合、保険給付の対象とならないサービスが生じる可能性があります。 この場合、利用者がサービス事業者に対して、保険給付されないサービスにかかる費用の金額を自己負担するのが原則となります。

私は、重要事項説明書に基づいて、担当者 三浦 千春 から居宅介護支援契約書及び重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____

【署名代行者】

住 所 _____

氏 名 _____