

指定居宅介護支援事業重要事項説明書

居宅介護サービス計画（ケアプラン）作成重要事項説明書

この重要事項説明書は、ご利用の方が介護保険の居宅介護サービス計画（ケアプラン）の作成を受けられるに際して、あらかじめご利用者やご家族に対して高寿園居宅介護支援センターが実施する業務の重要事項を記したものです。

この文書を交付してご説明申し上げることが、事業者の義務として法令上規定されております。

高寿園居宅介護支援センターの概要

（１）運営法人

法人名	社会福祉法人 津山福祉会
代表者	理事長 松 本 晃
所在地	岡山県津山市下高倉西 1581-1
電話番号	0868-29-0115

（２）事業所

事業所名	高寿園居宅介護支援センター
管理者	仁木 潤
所在地	岡山県津山市下高倉西 1581-1
電話番号	0868-29-0115
介護保険指定番号	3370300109

（３）職員体制

管理者	1名
介護支援専門員	1名（専従1名）

（４）居宅介護サービス計画（ケアプラン）の作成について

ご利用者が居宅での介護サービスやその他の福祉サービス、保健・医療サービスを適切に利用することができるよう、公正・中立な立場をもって次のことを行ないます。

1. ご利用者のお宅を訪問し、ご利用者の心身の状況やご家族の希望をお伺いして、居宅介護サービス計画（ケアプラン）を作成します。
2. ご利用者の居宅介護サービス計画（ケアプラン）に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご利用者及びご家族、サービス提供事業者との連絡調整を継続的に

行い、居宅介護サービス計画（ケアプラン）の実施状況を把握します。

3. 必要に応じて、事業者とご利用者及びご家族の合意に基づき、居宅介護サービス計画（ケアプラン）を変更します。

（５）営業日

月曜日から金曜日 祝祭日 午前８時３０分から午後５時３０分まで

ただし、担当職員が休務の場合は、他の者が代わって相談業務を行います。

（６）利用料金

通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご利用者の負担はありません。

（７）居宅介護サービス計画を作成する介護支援専門員（ケアマネジャー）

1. サービス決定時に、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）を決定します。
2. 事業者の都合により、介護支援専門員（ケアマネジャー）を交替することがあります。
3. ご利用者は、理由を明らかにして介護支援専門員（ケアマネジャー）の交替を申し出ることができます。但し、特定の介護支援専門員（ケアマネジャー）を指名することはできません。

（８）守秘義務について

事業者及び介護支援専門員（ケアマネジャー）は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者または、ご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。ただし、介護サービスを受けるにあたり必要な事項についてはサービス提供事業者へ情報提供します。また、情報提供については、あらかじめ文章にて、ご利用者及びご家族の同意を得ます。

（９）事故発生時の対応及び損害賠償について

事業所の責任において事故が発生した場合は、速やかに、市町村、ご利用者のご家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、事故状況及び、事故に際して採った処置について、記録を作成し保存します。

事故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いたします。ただし、その事故の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

(10) 相談・苦情の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者

[職・氏名] 理事長 松本 晃

○苦情受付窓口（担当者）

[職・氏名] 管理者 仁木 潤

○連絡先 高寿園居宅介護支援センター 0868-29-0115

○受付時間 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関カウンターに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

津山市役所高齢介護課	所在地 津山市山北520 電話番号 (0868)32-2070 受付時間 8:30 ~ 17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 岡山市北区桑田町17-5 電話番号 (086)223-8811 受付時間 8:30 ~ 17:00
岡山県社会福祉協議会	所在地 岡山市北区南方21-13-1 電話番号 (086)226-2822 受付時間 8:30 ~ 17:15

居宅介護サービス計画（ケアプラン）作成の際に、本書面を交付し、これに基づき重要事項の説明を行い、サービスの提供開始の同意を得ました。

指定居宅介護支援事業者 高寿園居宅介護支援センター

説明者 職名 介護支援専門員

氏名 _____ (印)

私は、本書面を受領し、これに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、高寿園居宅介護支援センターによる居宅介護サービス計画（ケアプラン）作成に同意しました。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ (印)