重要事項説明書（居宅介護支援サービス）

居宅介護支援のサービス提供の開始にあたり、厚生労働省令第 38 号第 4 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1．事業者

法人名	医療法人社団ＣＨＣＰヘルスケアシステム　南札幌クリニック
代表者名	理事長　中谷　玲二
所在地	札幌市南区川沿 2 条 3 丁目 2 番 32 号
電話番号	011-572-0330

2．ご利用の事業所

事業所の名称	南札幌クリニック　在宅ケアサポートセンター
事業所の所在地	札幌市南区川沿 2 条 3 丁目 2 番 32 号
管理者名	萬屋　泰輔
電話番号	011-572-2321
指定事業所番号	北海道知事指定 第 0110510666 号
サービスの 提供地域	札幌市南区・中央区・豊平区

3．事業の目的と運営の方針

事業目的	・ 介護支援専門員が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。
運営の方針	・ ご利用者の心身の状態、環境等に応じ、適切なサービスが提供できるように支援します。利用者、ご家族の選択を大切に、公正中立な業務に努めます。 ・ 事業の運営にあたり、市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者との連携に努めます。

4．居宅介護支援サービスの概要

種類	（提供方法など）
要介護認定の 申請代行	・ 申請書の作成・役所への提出を行います。
サービス計画立案 ・実施状況の把握	・ １月に１回以上ご自宅を訪問し、ご利用者、ご家族からお話を伺い、利用サービスについて検討・実施状況の把握を行います。

情報提供	・ サービスの利用に際して、ご利用者、ご家族は、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。 ・ 当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由、支援の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し、了解を得ます。 ・ 公平中立なケアマネジメントの確保を図る為、居宅サービス計画計画に位置付けた訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の利用割合を定期的（年２回）に検証し、申し出が有った場合には、ご利用者またはご家族へご説明します。
連絡・調整	・ 円滑にサービスの利用ができるよう事業者やご利用者・ご家族と連絡を取ります。
事故対応	・ 居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに必要な措置を講じるとともに、道、市町村、利用者の家族等に連絡を行います。
入院時の対応	・ ご利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先をお伝えください。介護支援専門員と医療機関で情報を共有するなど連携に努めます。
虐待の未然防止・発見時の対応	・ 利用者の尊厳の保持、人格の尊重が達成されるよう、虐待防止のための委員会を開催し、対応を検討します。虐待が発生した場合には、速やかに市町村に通報し、市町村が行う虐待等に対する調査に協力致します。
感染症､災害時対策	・ 感染症や非常災害の発生時における、利用者に対する継続的なサービス提供の実施や中断時における早期の業務再開の手順等を定めた業務継続計画を策定し、その措置を講じます。 ・ 感染症が発生し、又はまん延しないよう、対策を検討する委員会を設置し、必要な措置を講じます。
給付管理	・ 毎月利用サービスを確認して、国民健康保険団体連合会へ提出します。

５．職員体制及び苦情体制

項　目	内　容
介護支援専門員	2 名（基礎資格：介護福祉士 2 名）
営業日	月曜日～金曜日（祝日・11 月 4 日・12 月 30 日～1 月 3 日を除く）
営業時間	9 時 00 分～17 時 00 分
利用料・交通費・キャンセル料	無　料
苦情等申立先	窓口担当　萬屋　泰輔　　電話番号　011-572-2321

※　公的機関等においても、相談・苦情申出ができます。

札幌市役所	所在地	札幌市中央区北 1 条西 2 丁目		
	電話番号	011-211-2547	ＦＡＸ番号	011-218-5187
	受付時間	月曜日～金曜日　　8 時 45 分～17 時 15 分		

各区役所	所在地	各区に設置
	電話番号	中央区役所　011-231-2400
		南区役所　　011-582-2400
		豊平区役所　011-822-2400
	受付時間	月曜日～金曜日　　8 時 45 分～17 時 15 分

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	
	電話番号	011-231-5161	ＦＡＸ番号　011-233-2178
	受付時間	月曜日～金曜日　　8 時 45 分～17 時 15 分	

居宅介護支援契約の締結にあたり、重要事項の交付を受け、説明を受けましたので同意します。

令和　　年　　月　　日

サービスご利用者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿＿＿＿＿

署名代行者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印（続柄　　）