

重要事項説明書

(居宅介護支援事業者)

1 事業者

事業者の名称	豊田地域医療センター
事業者の所在地	豊田市西山町3丁目30番地1
法人種別	公益財団法人
代表者名	宮川 秀一
電話番号	0565-34-3000 (代表)

2 利用事業所

事業所の名称	豊田地域居宅介護支援センター
指定事業所番号	愛知県 2373000286
指定年月日	平成11年10月29日
事業所の所在地	豊田市西山町3丁目30番地1 (豊田地域医療センター1階)
管理者氏名	永池 真莉子
電話番号	0565-34-3057
ファックス番号	0565-31-7562
実施地域	豊田市内

3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	豊田市内の要介護者又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な居宅介護支援を提供することにより、安心して日常生活を営むことのできる環境を提供することを目的とします。
運営の方針	事業所の介護支援専門員は要介護者等の心身の特性を踏まえて、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します。
	事業の実施に当っては、利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、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して行います。
	事業の実施に当っては、利用者の意思及び人格を尊重し、特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公平中立に行います。
	事業の実施に当っては、豊田市、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

4 職員体制

管理者	常勤職員	1名
介護支援専門員 (主任介護支援専門員含む)	常勤職員	2名 (管理者兼務)
	非常勤職員	0名

5 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日 (但し、国民の祝日に関する法律に規定する休日1月1日から3日及び12月29日から31日までは休業します)
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時15分まで

6 居宅介護サービスの提供方法

居宅介護支援を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とします。
使用する課題分析票の種類は、全社協方式等とします。
介護支援専門員の居宅訪問頻度は、月1回以上とします。

7 居宅介護サービスの算定

地 域 区 分	3級地
特 定 事 業 所 加 算	なし
特 定 事 業 所 医 療 介 護 連 携 加 算	なし
特 定 事 業 所 集 中 減 算	なし
タ ー ミ ナ ル ケ ア マ ネ ジ メ ン ト 加 算	なし

8 情報の提供

居宅サービス計画に基づいてサービス提供を行うサービス事業者に対し利用者の身体状況等サービス提供に必要な情報を提供します。
--

9 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うと共に必要な措置を講じ、管理者に報告します。また、賠償すべき事故が発生した場合には、その被害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

10 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講ずる。
虐待の防止のための対策を検討する委員会を年1回定期的に開催し、その結果について従事者に周知徹底をはかる。
虐待防止のための指針を整備する。
従事者に対し、虐待の防止のための研修を年1回定期的に実施する。
適切に実施するための担当者を置く。

11 秘密の保持

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
あらかじめ文章により利用者の同意を得た場合には、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることができます。

12 公正中立

利用者やその家族は、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めたり当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めたりすることができます。

13 苦情申立窓口及び対応方針

利用者からの相談・苦情 に対応する常設の窓口	豊田地域居宅介護支援センター (豊田地域医療センター内) 0565-34-3057
	豊田市介護保険課 0565-34-6634
	国民健康保険団体連合会 052-962-1308

- ・相談又は苦情に対しては、常時管理者が迅速に対応できる体制を確保しています。
- ・サービスに関する苦情に対しては、サービス事業者の管理者に対し苦情内容や、対応策を求めます。

当事業者は、サービス利用者に対する居宅介護サービスの提供開始に当り、サービス利用者・利用者の家族に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

居宅サービス事業者

事業所の所在地 豊田市西山町3丁目30番地1

事業所の名称 豊田地域居宅介護支援センター

介護支援専門員

氏名 _____

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて介護支援専門員から、上記重要事項の説明を受けました。私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

サービス利用者

住所 _____

氏名 _____

利用者の家族
(上記代理人)

住所 _____

氏名 _____

利用者との続柄 (_____)