

トマト指定居宅介護支援センター重要事項説明書

1 事業者概要

名 称	社会福祉法人 香南会
代 表 者	理事長 橋本 信一
所 在 地	高知県香南市赤岡町1160番地1
設立年月日	平成3年4月15日
電話番号	0887-55-2888

2 事業所の概要

名 称	トマト指定居宅介護支援センター
事業所番号	兵庫県指定第(2873600866)
所 在 地	兵庫県たつの市揖保町中臣510番地
開設年月日	平成25年3月21日
事業内容	居宅介護支援事業
事業区域	たつの市, 太子町, 相生市, 姫路市

3 当事業所が提供するサービスの相談窓口について

営 業 日	月曜～金曜(祝日、年末年始を除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
職 員	管理者・介護支援専門員(常勤兼務) 河崎 美夕 介護支援専門員(非常勤専従) 福岡 富姫
電話番号	0791-67-8498
F A X	0791-67-8887

4 事業の目的および運営方針

介護保険法等の関係法令等に従い、サービス提供地域に居住する利用者に対し、可能な限り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、利用者の立場にたって援助を行います。居宅支援の実施にあたっては利用者、家族の意思及び人権・尊厳を尊重します。利用者の選択に基づき中立公正な立場で、適切な保健、医療、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に努めます。また、関係の市町村、医療機関、介護、福祉関係機関との連携をはかります。

5 提供するサービス内容

(1) サービス提供の手順

ア 利用者からの申し込み

イ 要介護区分申請等

ウ 要介護区分申請、更新、変更申請の代行申請をします。

エ 要介護認定の結果の確認

オ 居宅介護支援事業者との契約

カ アセスメントの実施

キ 居宅サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、利用者の心身の状況を把握した上で、どのような支援が必要かを調整し、利用者と合意した結果に基づき居宅サービス計画原案を作成します。作成にあたり、居宅サービス計画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行います。また位置付けた居宅サービス事業所について、位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。

ク サービス担当者会議の開催等

居宅サービス計画原案の内容について、担当者から専門的な意見を聴取します。

ケ 居宅サービス原案の説明、同意、交付

居宅サービス計画原案の内容を利用者又は家族に説明し、同意を得て交付します。

コ サービスの提供

居宅介護サービス事業者等に対し、居宅サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

サ モニタリング

居宅サービス計画が適切かどうかを把握するために少なくとも、月 1 回は利用者宅を訪問し面接します。

シ 医療との連携

主治医及び関係医療機関との連携・情報共有に努め、意見を求めた主治医等に対し、居宅サービス計画書を交付します。また、入院時は担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関へ提供するよう依頼します。

ス 利用する事業所の説明

前 6 月間に当該居宅支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画書の数占める割合、同一の指定居宅サービス事業者によって提供されたものが占める割合（上位 3 位まで）等につき別表を用いて十分説明を行います。

6 利用者負担金

居宅介護支援については原則として利用者の負担はありません。全額保険から給付されます。(ただし、保険料の滞納等がある場合には、償還払いや保険給付が制限される場合があります。)

7 介護支援専門員について

- (1) 介護支援専門員は常に身分証明書を携行し、いつでも提示します。
- (2) 担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業所の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡します。
- (3) 事業所は担当者に対し、専門職として常に利用者の立場にたち、誠意を持ってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

8 事業者の責務について

(1) 記録の保管について

居宅介護支援の提供に関する記録を整備し、その完結の日から 5 年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

(2) 秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。但し円滑かつ一体的なサービスを提供する為に、必要がある場合には利用者及び家族の同意を得た上で情報提供を行う場合があります。

(3) 賠償責任について

居宅介護支援の実施にあたって、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業所の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。故意にこれを告げず、又は不实の告知を行ったことにもつばら起因して損害が発生した場合。

(4) 事故発生時の対応について

事業所は、利用者に対する居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村に連絡し、事故が生じた原因を解明するとともに再発を防ぐ為に必要な措置を行います。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。また前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をします。

9 サービスの終了について

- (1) 利用者の都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する旨をお申し出ください。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情でサービスを終了させていただくことがあります、その場合は利用者に対して契約終了の1ヶ月前までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

ア 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要介護でなくなった場合

イ 利用者が亡くなられた場合

10 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等名称	主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先 氏名	連絡先① ②

11 苦情の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口 (担当者) 河崎 美夕

所在地 たつの市揖保町中臣 510 番地

電話番号 0791-67-8878

F A X 0791-67-8887

受付時間 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)

(2) 行政機関その他の苦情受け機関

国民健康保険団体連合会

所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

電話番号 078-332-5617

F A X 078-332-9520

受付時間 9:00~17:15 (月曜日~金曜日)

たつの市 高年福祉課 介護保険係

所在地 たつの市龍野町富永1005-1

電話番号 0791-64-3155

F A X 0791-63-0863

受付時間 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)

たつの市新宮総合支所 地域振興課

所 在 地 たつの市新宮町宮内 1 6
電話番号 0 7 9 1 - 7 5 - 0 2 5 3
F A X 0 7 9 1 - 7 5 - 0 2 6 4
受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

たつの市揖保川総合支所 地域振興課

所 在 地 たつの市揖保川町正条 2 7 9 番地 1
電話番号 0 7 9 1 - 7 2 - 2 5 2 3
F A X 0 7 9 1 - 7 2 - 6 0 7 6
受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

たつの市御津総合支所 地域振興課

所 在 地 たつの市御津町釜屋 1 8 0 - 1
電話番号 0 7 9 - 3 2 2 - 1 4 5 1
F A X 0 7 9 - 3 2 2 - 2 6 2 5
受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

太子町高年介護課介護保険係

所 在 地 揖保郡太子町鵜 2 8 0 番地 1
電話番号 0 7 9 - 2 7 6 - 6 7 1 5
F A X 0 7 9 - 2 7 7 - 6 0 3 1
受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

相生市 健康福祉部 長寿福祉室

所 在 地 相生市旭 1 - 6 - 2 8 (総合福祉会館 1 F)
電話番号 0 7 9 1 - 2 2 - 7 1 2 4
F A X 0 7 9 1 - 2 3 - 4 5 9 6
受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

姫路市 健康福祉局 長寿社会支援部 介護保険課

所 在 地 姫路市安田 4 丁目 1
電話番号 0 7 9 - 2 2 1 - 2 9 2 3
F A X 0 7 9 - 2 2 1 - 2 9 2 5
受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

説明事項確認書

居宅介護支援サービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

年 月 日

事業者 社会福祉法人 香南会
事業所 たつの市揖保町中臣 5 1 0 番地
トマト指定居宅介護支援センター

説明者

印

私は、本書面により、居宅介護支援事業者から「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名

印

代理人又は立会人 住所

氏名

印

(続柄：)