

重要事項説明書（居宅介護支援サービス）

<令和6年9月16日現在>

居宅介護支援のサービス提供の開始にあたり、厚生省令第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

事業者の名称	医療法人リバーサイド
事業者の所在地	徳島市中徳島町2丁目97-1
法人種別	医療法人
代表者名	佐々木 奉文
電話番号	088-611-1701

2.ご利用の事業所

事業所の名称	マリー居宅介護支援事業所
事業所の所在地	徳島市川内町富久102-5
管理者の氏名	篠原 広
電話番号	088-665-6541
ファクシミリ番号	088-665-6540
指定事業所番号	3670101777

3.事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護支援専門員が在宅の要支援老人及びその家族に対し指定居宅介護支援サービスを提供する
施設運営の方針	在宅で高齢者が要支援状態となった場合においても可能な限り在宅においても自立した日常生活を営めるよう総合的なサービスの提供に努める

4.職員の職種、人数及び職務内容

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格の内容
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1					1	1	
介護支援専門員		1	1			2	1以上	
その他の職員								

5.職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務	4週8休
その他の職員		

6.営業日

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	9：00～18：00

7.居宅介護支援サービスと利用料金

種類	内容
要介護認定の申請代行	要介護、要支援認定の申請代行を行う
サービス計画の立案	要介護者からの相談に応じ、ケアの基本方針、目標を定め、サービス内容の立案を行う
情報提供	要介護者の心身の状況に応じ適切なサービスを利用できるよう、情報の提供を行う
連絡調整	要介護者の心身の状態に応じ適切なサービスを利用できるよう、情報の提供を行う 市町村、各サービス機関との連絡調整を行う
利用料その他の費用	利用料は厚生大臣の定める基準によるものとします。 通常の事業の実施地域を超えて事業を実施した場合は、実費をいただく場合があります。

8.事業の実施地域

実施地域	徳島市、小松島市、鳴門市
------	--------------

9.利用の中止、変更、追加等

利用予定日の前にご契約者の都合により、サービス中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の2日前までに事業者申し出て下さい。サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の都合等によりご希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

10.サービス提供の記録

作成されたケアプランやその他利用者に関する記録は、当事業所で、その完結の日から5年間は適正に保存し、希望があればいつでも閲覧することができます。

11.事業所の変更

利用者は1週間以上の予告期間をもって、いつでも他事業所に居宅介護支援の依頼をすることができます。

12.秘密保持

サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密及び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を除いて、漏らす事はありません。職員の退職後においても、個人情報を漏らす事はありません。ただし、あらかじめ利用者の同意を得た場合は、一定の条件の下で情報提供する事があります。

13.苦情の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

(受け付け時間・・・毎週月曜～金曜 午前9時から午後6時)

マリー居宅介護支援事業所 苦情箱事務所廊下に設置	088-665-6541	
-----------------------------	--------------	--

(2) 行政機関その他の苦情受付期間

徳島市健康福祉部高齢介護課	所在地 徳島市幸町 2 丁目 5 電話 088-621-5585
国民健康保険団体連合会	所在地 徳島市川内町平石若松 78 の 1 電話 088-665-7205
徳島県社会福祉協議会	所在地 徳島市中昭和町 1 丁目 2 電話 088-654-4461

※その他、お住まいの市町村役場の介護保険担当窓口まで

14.緊急時及び事故発生時の連絡

利用者に対する介護相談や介護サービス計画等を提供することにより事故が発生した場合は、速やかに契約者に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償等の問題を速やかに対処します。

15. 利用者は、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。

16. 利用者は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 介護支援専門員 氏名_____）
から上記重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所

氏名_____印

利用者の家族等 住所

氏名_____印

続柄