

ケアマネジメントセンター テンダーヒル御所

*** ご利用にあたって ***
(重要事項説明書)

社会福祉法人 明徳会
総合老人福祉施設 テンダーヒル御所
ケアマネジメントセンター
奈良県御所市船路415番地
TEL 0745-66-2500 FAX 0745-66-2512

事業所

事業所名称	ケアマネジメントセンター テンダーヒル御所
介護保険指定事業所番号	2970800013
事業所所在地	奈良県御所市船路415番地
連絡先	0745-66-1611
事業実施地域	御所市内
相談担当者 ケアマネージャー	橋本 久子 酒井扶欣子

事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、本人や家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスが適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、適切なサービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜を行うことを目的とします。
運営方針	利用者が要介護状態になった場合においても、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利用者の選択に基づき営むことができるよう配慮して行います。

事業所窓口の運営日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（祝日及び年末年始は除く）
営業時間	月曜日～金曜日（祝日及び年末年始は除く） 午前9:00～午後5:00

事業所の職員体制

事業所の管理者	施設長 山本 忠行
---------	-----------

職種	職務内容	人員数
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	①居宅サービス計画作成 ②居宅サービス事業者との連絡調整 ③サービス実施状況の把握 評価 ④利用者状況の把握 記録 ⑤給付管理 ⑥要介護(支援)認定申請に対する協力援助 ⑦相談対応	2

*別紙 ケアマネージャーのしごと参照してください。

利用者の居宅への訪問頻度のめやす

ケアマネージャーが利用者の状況把握のために、利用者に訪問する頻度の目安は、利用者の要介護(支援)認定有効期間中1ヶ月に1回以上

居宅介護支援の利用料について

居宅介護支援に係る費用に関しては、特別な場合を除き介護保険より全額給付されますので、利用者様への自己負担はございません。**無料となります。**

その他の費用について

交通費	通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。
-----	---------------------------------

その他の費用の請求および支払方法については、その都度請求させていただきます。

苦情等の受付について

ケアサービスの提供にあたっては万全な体制で臨んでいますが、万一ご不満・ご不審な点がございましたら、下記までお申しつけください。

●当事業所

苦情受付担当者	サービスマネージャー 西川志津代
苦情解決責任者	施設長 山本忠行
受付時間	毎週月～金曜日 9:00～17:00
連絡先	Tel 0745-66-2500 Fax 0745-66-2512

●国民健康保険団体連合会

連絡先	Tel 0744-21-6811(相談専用) 0120-21-6899 Fax 0744-21-6822
-----	---

●御所市役所

連絡先	Tel 0745-62-3001(代)
-----	---------------------

事故発生時の対応及び損害賠償

事故発生の際は直ちに、ご家族様及び保険者（市町村）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 また、サービス提供にあたり賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその損害を賠償いたします。

秘密保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する業務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、 <u>予め文書で同意を得ない限り</u> 、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報 が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩 を防止するものとします。

重要事項説明の年月日

平成 年 月 日

上記内容について、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）」第4条の規定のに基づき、利用者に説明を行いました。

事業	法人名	社会福祉法人 明徳会
	代表者名	理事長 山本 十九二
	事業者名	テnderヒル御所 ケアマネジメントセンター
者	説明者氏名	印

上記の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	ご住所	
	ご氏名	印