

「指定居宅介護支援」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(長野県指定 第2072500107号)

当事業所はご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

☆居宅介護支援とは

契約者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- ご契約者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 阿智村社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 長野県下伊那郡阿智村駒場483番地
- (3) 電話番号 0265-45-1234
- (4) 代表者氏名 会長 小野 恭志

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護支援事業所
- (2) 事業所の名称 阿智村社協指定介護支援事業所
- (3) 事業所の所在地 長野県下伊那郡阿智村駒場483番地
- (4) 電話番号 0265-45-2133
- (5) 事業所管理者氏名 原 亜理佐
- (6) 当事業所の運営方針

自立支援 ・ 自己決定 ・ 公正中立 ・ 利用者本位

- ① 当事業は、ご契約者が要介護状態等と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営むことができるように配慮して援助に努めるものとする。
- ② ご契約者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご契約者自らの選択に基づき、適切なサービスが、保健医療、その他のサービス事業者の連携を得て、総合かつ効果的に介護計画を提供されるように配慮して行う。
- ③ ご契約者の意思及び人格を尊重し、常にご契約者の立場に立って、提供されるサービス等が特定の種類又は特定の事業所に偏ることがないように、公正中立に行う。
- ④ 事業の運営にあたっては、市町村、他の在宅介護支援事業所、介護保険施設等の連携に努めるものとする。
- ⑤ ご契約者の介護認定等に関わる申請に対して、ご契約者の意思を踏まえその支援を行う。また、要介護認定が行われているか否かを確認し、その支援を行う。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 阿智村

その他の地域からの利用については、相談・状況により決定します。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（ただし、国民の祝日、12月29日～1月3日を除く）
営業時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定居宅介護支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- (1) 管理者 1名（主任介護支援専門員を要件とする）
- (2) 職員 介護支援専門員 常勤3名以上
- (3) 事務職員 1名（兼務）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では評価基準を一定以上満たした質の高いケアマネジメントを実施している事業所として、特定事業所加算Ⅱを算定しています。

居宅介護支援として次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

- (1) サービスの内容と利用料金（契約書第3～6条、第8条参照）

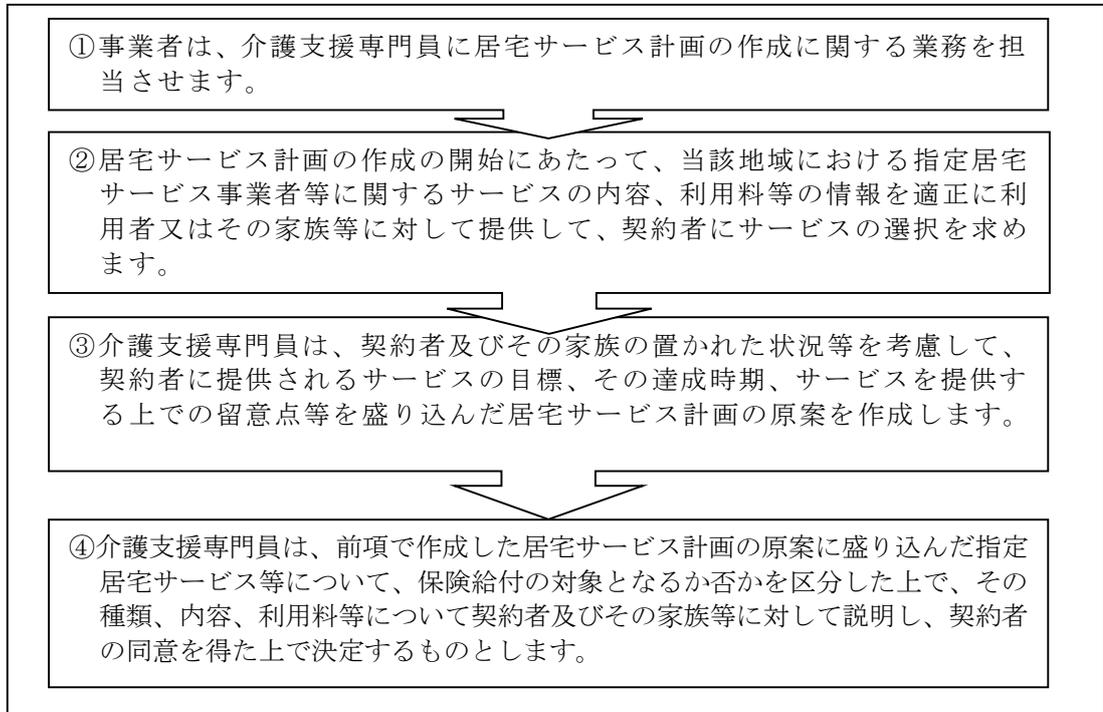
<サービスの内容>

①居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問し、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえ

で、居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

<居宅サービス計画の作成の流れ>



②居宅サービス計画作成後の便宜の供与

- ・ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ・居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③居宅サービス計画の変更

ご契約者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

④介護保険施設への紹介

ご契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は契約者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

＜サービス利用料金＞

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

ただし、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

要介護1～2	要介護3～5
10,860円	14,110円

(2) 交通費（契約書第8条参照）

事業の実施地域を超えて行う居宅介護支援に要する交通費は、その実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合は、1km当たり41円（税込）で積算した額を交通費としていただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月10日までにお支払い下さい。

前記(2)の交通費は、サービス利用終了時に、その都度お支払い下さい。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) 利用者自身によるサービスの選択とケアマネジメントの公正中立性

サービス提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介することを求めることや、事業所における前6カ月のサービスの利用割合等の説明を受けることができます。

(2) サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

(3) 介護支援専門員の交替（契約書第7条参照）

①事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

②ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

7. 苦情の受付・虐待に関する相談について（契約書第 17 条・18 条参照）

(1) 苦情・虐待に関する相談の受付

当事業所に対する苦情や虐待のご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情・虐待に関する受付責任者

【氏名】 原 亜理佐

- 社協事務局（電話 0 2 6 5 - 4 5 - 1 2 3 4）

- 受付時間 毎週月曜日～金曜日（ただし、国民の祝日、12月29日～1月3日を除く）
8：30～17：30

このほか、以下の窓口でも受け付けます。

- 阿智村役場（電話 0 2 6 5 - 4 3 - 2 2 2 0）

- 長野県国民健康保険団体連合会（電話 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5）

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 阿智村社会福祉協議会

説明者氏名 _____ 印

令和 年 月 日

私は以上の重要事項の内容について説明を受け、内容を確認しました。

利用者 住所 長野県下伊那郡阿智村

氏名 _____ 印

代理人 住所

氏名 _____ 印

ターミナルケアマネジメント 同意書

末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者またはその家族の同意を得たうえで、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問をさせていただき、利用者の状態や、サービス変更の必要性の把握、その時々状態に即した利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師等や、ケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ必要な情報を提供し、サービス内容の調整を行います。

私は、ターミナルケアマネジメントについての説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、上記の内容を確認し同意いたします。

阿智村社協指定介護支援事業所 様

令和 年 月 日

ご利用者名 _____ 記入者名 _____ 続柄 _____

感染症 非常災害発生時における 同意書

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する支援の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための必要な措置（情報通信技術の導入等）を講じてまいります。

しかしながら、感染拡大防止、二次災害発生防止等のやむを得ない事由により、介護保険サービスに係る一連の業務が困難になる場合もございます。

私は、感染症拡大防止のため、非常時災害等、やむを得ない場合のため、介護保険サービスに係る一連の変更、縮小、簡素化に同意いたします。

阿智村社協指定介護支援事業所 様

令和 年 月 日

ご利用者名 _____ 記入者名 _____ 続柄 _____