

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明します。分からぬ事、分かり難いことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

◎ 越南苑居宅介護支援事業所（事業者）の概要は次の通りです。

事業所名	越南苑居宅介護支援事業所	法人名	医療法人 越南会
所在地	南魚沼市五日町 2405 番地	電話番号	025-776-3677
県指定年月日	平成 11 年 10 月 1 日	事業所番号	1572400214
職員体制	主任介護支援専門員 2 名 介護支援専門員 3 名	使用する課題分析票	インターライ方式
訪問頻度	毎月 1 回以上		
通常の事業の実施地域	南魚沼市		
営業日・時間	月曜日～金曜日 土曜日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 午前 8 時 30 分～午後 0 時 30 分	
休 日	日曜・祝祭日、8 月 15 日、年末年始（12 月 31 日～1 月 3 日）		
営業時間外の連絡先【緊急時等】	025-776-3677【携帯へ転送、24 時間連絡体制を確保】		

◎ 越南苑居宅介護支援事業所（事業者）の事業の目的と運営の方針については次の通りです。

事業の目的	事業所の介護支援専門員が、要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。
運営の方針	利用者の特性を踏まえて、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、各介護サービス事業者や医療機関、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス事業者などとの連携を図り、協力と理解のもとに総合的かつ効率的なサービスの提供に努めます。また、人員及び運営に関する基準に則り運営し、緊急の事態にも対応できる体制を整備します。

1 提供するサービスの内容

(1) 利用申込み受付と契約の締結

利用申込み者に介護支援契約書と重要事項説明書を交付、説明し同意を得たうえで契約を締結する。被保険者証を確認し、利用申込み者に介護サービス計画作成依頼(変更)届出書に必要事項を記入してもらい、南魚沼市役所に提出します。

(2) アセスメントの実施

利用者宅を訪問し、心身の状態、おかれている環境を把握し、支援ニーズの特定及び課題の把握を行う。さらに、認定調査結果及び主治医意見書を入手するなどして、利用者の状態の把握に努めます。

(3) 居宅サービス計画書原案の作成

アセスメント結果を基に、利用者や家族の希望を踏まえ、複数のサービス事業者等を紹介し、利用者及び家族の選択に基づいて居宅サービス計画（ケアプラン）原案を作成します。さらに、利用者及び家族はそのサービス計画原案に位置付けたサービス事業者等選定の理由を求めることができます。また、当

事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況について説明します。(別紙2)

(4) サービス担当者会議

居宅サービス計画書原案作成後に、利用者及び家族を交えてサービス担当者会議を開催し、各サービス担当者間で共通認識を図ります。

(5) 居宅サービス計画書の交付

利用者及び家族に同意を得られた居宅サービス計画書(ケアプラン)は、利用者、サービス担当者に居宅サービス計画書を交付します。

(6) モニタリング

1ヶ月に1回は、利用者宅を訪問し、新たな課題が生じていないか、居宅サービス計画に基づくサービスの提供がなされているか近況の聴取、確認をします。また、利用者と家族、居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画作成後も、利用者と事業者との双方の合意に基づき、必要に応じて居宅サービス計画を変更します。

(7) 医療との連携

①サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要を認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況とその他の利用者の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師または薬剤師に提供します。

②利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師または歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めます。その場合において、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。

※入院された場合、入院時に入院先医療機関へ当事業所名と担当介護支援専門員の氏名等を伝えていただきますようお願いします。

(8) 給付管理業務

利用者の前月における介護保険サービスの利用実績を確認した後、給付管理票を作成し、新潟県国民健康保険団体連合会に提出します。

(9) 相談業務

①利用者、サービス事業者からの連絡に隨時対応し、計画変更の必要がある場合には速やかに対応します。また、必要に応じて介護保険以外の福祉サービスや民間のサービス等を含めた情報の提供を行います。

②居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。

③必要に応じ要介護(要支援)認定の申請についてお手伝いします。

④介護保険施設に入所を希望される場合、そのための仲介をします。

※居宅介護支援の提供に際しては常に真摯な態度で臨み、利用者からの相談や苦情について事業を実施するうえでの糧とし真剣に受け止め、常に事業者として資質の向上に努めます。

2 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員及び管理責任者は次の者です。

○介護支援専門員 氏名： (資格：) 連絡先 025-776-3677

○管理責任者 氏名：黄瀬 小百合

ご相談やご連絡がある場合は上記へお願いします。

3 苦情相談窓口

当事業所が設置する苦情相談窓口は、次の通りです。当事業所が提供したサービスに関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

相談窓口：越南苑居宅介護支援事業所

○受付担当者 氏名：黄瀬 小百合 連絡先 025-776-3677

なお、上記窓口の他に下記の機関にも申し立てることができます。

※南魚沼市役所 介護高齢課 電話 025-773-6675 ファックス 025-773-6723

※新潟県国民健康保険団体連合会 電話 025-285-3022 ファックス 025-285-3350

4 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、包括支援センター等へ連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

5 第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
	なし	結果の開示	あり なし

6 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。虐待防止検討委員会の設置や虐待防止マニュアルを策定し、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、発生した場合はその再発を確実に防止するために対応します。

相談窓口：越南苑居宅介護支援事業所

○受付担当者 氏名：黄瀬 小百合 連絡先 025-776-3677

市町村窓口：南魚沼市役所 福祉課 連絡先 025-773-6667

南魚沼地域包括支援センター

(本庁舎) 025-773-6675

(大和庁舎) 025-788-0106

(塩沢庁舎) 025-782-0252

7 感染症の予防及び蔓延の防止

感染症が発生し、または蔓延しないようにするため、感染対策マニュアルを策定し対応します。平常時からの備えや初動対応、感染拡大防止体制を確立し、発生しても継続的な支援が行えるよう関係機関との連携を図ります。

8 非常災害時対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的な計画として災害対応マニュアルを策定し対応します。災害が発生しても継続的な支援が行えるよう、平常時からの備えや緊急時の対応など研修や訓練を実施し、また他施設や他地域との連携を図ります。

9 利用者負担金

居宅介護支援事業所の利用料及びその他の費用について説明します。(別紙1)

- (1) 利用料は、厚生労働大臣が定める基準(告示上の報酬額)によるものとし、法定代理受領の場合は、利用者の自己負担はありません。ただし、介護保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、利用料の全額を事業者に対して支払うものとします。
- (2) 事業者は、法定代理受領以外の利用料の支払いを受けたときは、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付するものとします。指定居宅介護支援提供証明書を保険者の市町村に提出すると、払い戻しを受けることができます。
- (3) 実施地域を越えて行う事業に要する交通費は徴収しません。
- (4) 指定居宅介護支援の提供の開始に際しては、あらかじめ、利用者または家族に対し、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明した上で、その内容及び支払いに同意を得るものとします。

10 キャンセル料

利用者が、このサービスの利用をやめたい場合や、一時的に中断したい場合は、利用者を担当する介護支援専門員までご連絡下さい。

利用者が、このサービスの利用をキャンセルしてもキャンセル料は頂きません。

11 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは以下の通りです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービスの提供に先立って、上記のとおり説明しました。

[事業者] 新潟県南魚沼市五日町 2375 番地
医療法人 越南会

[事業所] 新潟県南魚沼市五日町 2405 番地
越南苑居宅介護支援事業所

[説明者]

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

上記契約の証として、本契約書別紙を2部作成し、利用者及び事業者の双方が署名のうえ、それぞれ1部ずつを保有します。

[利用者] 住 所：南魚沼市

氏 名：

利用者は、心身の状況により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

[署名代行者又は法定代理人]

住 所：南魚沼市

氏 名：

(続柄：)

家族代表として上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

[家族代表] 氏 名：

(続柄：)