

# ( 居 宅 介 護 支 援 )

( 契約書別紙 兼 重要事項説明書 )

わたしたち(事業者)の概要は次の通りです。

事業所名	居宅介護支援センター 桑の里	法人名	社会福祉法人 清和会
所在地	新潟県上越市大字京田字三角田 134番地1	電話番号	025 - 521 - 0850
		FAX番号	025 - 521 - 0851
県指定年月日	平成21年1月1日 (番号1570302818)	介護支援 専門員数	2人
お宅に伺うおおむねの頻度	1回位/月		
使用する課題分析票	MDS - HC方式	事業の実施地域	上越市・妙高市

わたしたち(事業者)があなたに提供するサービスの概要は次の通りです。

## 1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、居宅介護支援です。

「居宅介護支援」とは、介護保険法に定める介護サービスを提供するに先立って、あなたの心身の状況を把握し、その結果とあなたの希望に基づいて、あなたができるだけ自立した生活を送ることができるよう、介護サービスを提供するための計画(居宅サービス計画)を作成し、この計画にしたがって、現実に適切かつ滞りなくサービスが提供できるよう、介護サービスを提供する事業者と連絡や調整を行うとともに、これらの経過を継続的に管理する業務をいいます。

具体的には、次にあげる業務を行います。

### 【業務の概要】

あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により調査します。

1で調査した結果と、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、あなたに介護サービスを適切に提供するための計画(居宅サービス計画)をお作りします。

介護サービスの提供の状況や、あなたの心身の状態やご家族の環境について、居宅サービス計画作成後も、継続的に把握・管理します。

わたしたちのみならず、介護サービスを提供する事業者についての相談・苦情の窓

口となり、問題を解決します。

あなたの要介護（支援）認定の申請についてお手伝いいたします。

あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介を致します。

なお、居宅介護支援をあなたに提供するにあたっては、事業者として次の事項を守ります。

#### 【業務取扱い方針】

あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、あなた自身の選択に基づいて、適切な介護サービスが、様々な事業者から総合的・効率的に提供されるように、努力します。また、医療との連携を密にすることを原則とします。

居宅介護支援の提供にあたっては、あなたの意思と人格を尊重することにより、常に利用者の立場に立つとともに、提供されるサービスが特定の事業者に偏ることなく、公正中立を原則と致します。

居宅介護支援は、あなたの心身の状態がよりよくなるようにする（軽減の観点）、悪化しないようにする（悪化防止の観点）、そして要介護状態にならないようにする（予防の観点）ために提供致します。

わたしたちのみならず、居宅介護支援があなたの生活の全体的な支援となるよう、居宅サービス計画の作成後も、常にあなたやあなたの家族、サービスを提供する事業者と連絡を継続的に応じて臨機応変に居宅サービス計画の見直しを行うこととします。

あなたからのサービス計画の実施状況、その他の説明を受けたいとの申し出があれば、サービス提供の記録や課題分析における目標の達成状況、今までにお支払い頂いた利用料金の内訳などについて、ご説明致します。

わたしたちは、居宅介護支援の提供に際しては常に真摯な態度で臨み、あなたからの相談や苦情について事業を実施するうえでの真剣に受け止め、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その管理責任者は、次の者です。

介護支援 専門員	氏名 (資格：介護支援専門員)	連絡先	居宅介護支援センター桑の里 ☎ 025-521-0850
管理責任者	氏名 鳥越 一弘	連絡先	居宅介護支援センター桑の里 ☎ 025-521-0850

相談や苦情、連絡したいことがある場合は連絡ください。

### 3 苦情対応

居宅介護支援 相談窓口	☎ 025-521-0850	対応者 管理者
<保険者> 各市 介護保険担当部署	上越市 ☎ 025-526-5111 妙高市 ☎ 0255-72-9414	
新潟県国民健康保険団体連合	☎ 025-285-3072	

### 4 事故等緊急時の対応

主治医 (かかりつけ医)	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

### 5 利用者負担金

このサービスを利用するにあたって、あなたにご負担して頂く料金は、次の通りです。

#### 居宅介護支援費

あなたの要介護度	基本料金（10割）	利用者負担金
要介護 1・2	1月あたり 10,000円	頂きません
要介護 3・4・5	1月あたり 13,000円	頂きません

交通費 あなたの負担金は、ありません。

### 6 キャンセル料

あなたが、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、お手数ですが事前に次の連絡先又はあなたを担当する介護支援専門員までご連絡ください。

(連絡先) 電話番号 025-521-0850 (担当者名) \_\_\_\_\_

あなたが、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。ただし、このサービスだけでなく、他の居宅サービスをキャンセルしようとするときは、別にキャンセル料を徴収される場合があります。

詳しくは、担当の介護支援専門員にお尋ねください。

### 7 サービスの利用にあたってあなたが注意することは次の通りです。

あなたの希望により、この契約を解約することはいつでもできますが、事業者の業務の関係から、できる限り早めにご連絡ください。

わたしたちの作成した計画にないサービスを利用する場合や、わたしたちの作成した計画書に盛り込んだサービスを利用しない場合は、あなたの負担が大きくなる可能性がありますので、できる限りは早めにご連絡ください。

わたしたちの提供するサービスだけでなく、他の居宅サービスについて苦情や相談があれば、遠慮なくお話しください。

作成した計画通りにサービスが提供されるには、あなた自身のご協力が欠かせません。わたしたちや、他のサービス事業者からの説明や注意には、できる限り従うようにしてください。

サービスの提供に先立って上記の通り説明いたします。

平成 年 月 日

(事業者)所在地 新潟県上越市大字京田134番地1

事業者名 社会福祉法人 清和会

代表者職・氏名 理事長 北川 たい子 印

(説明者)職・氏名 \_\_\_\_\_ 印

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。

上記契約を証明するために、本契約書を2部作成し、利用者及び事業者双方が記名・押印のうえ、それぞれ1部ずつを保管します。

(利用者)ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

(立会人)ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印