居　宅　介　護　支　援

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、長岡市条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者（法人）の概要は次のとおりです。

事業者（法人）の名称	ながおか医療生活協同組合	
主たる事務所の所在地	〒940-0042　新潟県長岡市前田1丁目6番7号	
代表者（職名・氏名）	理事長　　羽賀　正人	
事業所の名称	生協在宅介護支援センターほっとあらまち	
事業所の所在地	〒940-0024　新潟県長岡市西新町2丁目3番22号	
電話番号	０２５８－３１－５２１２　*緊急時は携帯電話に転送されます	
指定年月日・事業所番号	平成１４年４月１日指定	１５７０２０１０３６
介護支援専門員数	3名以上	
通常の事業の実施地域	長岡市川東地区西圏域（千手・表町・中島・神田・新町） 東圏域（四郎丸・豊田・阪之上・川崎） 北圏域（栖吉・富曽亀・山本・新組・黒条） 南圏域（宮内・十日町・六日町・太田・山通）	
営業日	月曜日から金曜日。 但し原則として、祝祭日・盆休み（8月13日から8月15日）・年末年始　（12月30日から1月3日）を除く日とします。	
営業時間	午前8時30分から午後5時までとする。 ただし、利用者の希望に応じて、24時間対応可能な体制を整えるものとします。	
使用する課題分析表	フローチャート式、居宅サービス計画ガイドライン	
お宅にお伺いする頻度	１か月に１回以上	

２．事業者があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

【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。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、この計画に従って、現実的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共に、これらの経過を継続的に管理していきます。具体的には、次にあげる業務を行います。

【業務の概要】

(1)あなたのお宅を訪問し、あなた心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望をふまえ、「居宅サービス計画(ケアプラン)」を作成します。

(2)あなたの居宅サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、あなたとその家族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。

(3)必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

(4)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、万一問題が発生した場合には解決のお手伝いをいたします。
(5) 当事業者に対して、特定の指定居宅サービス事業者だけではなく、複数の指定居宅サービス事業者を紹介するよう求めることができます。なお、当事業所がケアプランに位置付けた訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙（ほっとあらまち居宅介護サービス計画総数におけるサービスの利用割合について）のとおりです。
(6) 当事業者に対して、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を求めることができます。
(7) あなたの要介護（要支援）認定・更新・区分変更の申請についてお手伝いします。
(8) あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その取り次ぎ窓口となり申請等のお手伝いをいたします。

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。

【業務取り扱い方針】
(1)あなたの心身の状況やご家族の環境をふまえ、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、努力致します。また医療との連携を密にすることを原則とします。また、事業の運営にあたっては、透明性の確保・向上に努めます。
(2)居宅介護支援の提供にあたっては、あなたの意志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共に、提供されるサービスが特定の事業者に偏ることのない、公正中立を原則といたします。
(3)居宅介護支援は、あなたの心身の状態がより良くなるようにする（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）ために提供いたします。
(4)わたしたちは、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行い、居宅サービス計画の実施状況を把握すると共に、あなたの心身の状況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いたします。
(5)あなたから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などについて、説明致します。
(6)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上での糧として真剣に受け止め、常に事業者としての資質の向上に努めます。

３．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者は次のとおりです。ご相談や苦情、連絡がある場合はいつでもご連絡ください。
○担当介護支援専門員：佐野 美和・笹川　貴代美・荒木　まゆみ・福田　智子・齋藤　里美・佐野　美貴子・堀井 直美・吉田　純子
連絡先（電話番号）：　０２５８－３１－５２１２
○管理責任者　　：　吉田　純子
＊管理者と介護支援専門員（主任介護支援専門員）は兼務とします。

４．苦情相談窓口
（１）当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援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。

事業所相談窓口	管理責任者　吉田　純子 電話番号　　０２５８－３１－５２１２ 面接場所　　当事業所の相談室　　会議室

（２）上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	長岡市介護保険課	電話番号　０２５８－３９－２２４５
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号　０２５－２８５－３０２２

５．利用料

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担金はありません。但し、保険料の滞納などにより、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、介護保険で定められた所定の利用料の 10 割を自己負担金としてお支払いいただきます。その際、わたしたちの発行する指定居宅介護支援提供証明書を、所在市町村窓口に提出しますと、払い戻しを受けられる可能性があります。

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あなたを担当する介護支援専門員までご連絡下さい。

(連絡先)　☎３１－５２１２

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。但し、ほか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ので、担当の介護支援専門員にお尋ね下さい。

７．サービス利用にあたってあなたが注意すべきこと

(1) 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。

(2) 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ことがありますので、できる限り早めにご連絡ください。

(3) 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、遠慮なくお話ください。

(4) 病院や診療所に入院する必要性が生じた場合には、介護支援専門員の氏名、連絡先を入院先の病院などに伝えていただきますようお願いします。

(5) 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、できる限り沿うようにしてください。

■ サービス提供開始にあたり、標準契約書、別紙及び重要事項説明書を説明させていただきました。

令和　　年　　月　　日

□ **説　明　者**　住　所　新潟県長岡市西新町 2 丁目 3 番 22 号

事業者（法人）名　ながおか医療生活協同組合

事業所名　生協在宅介護支援センターほっとあらまち

代表者職・氏名　　管理者　　吉田　純子　　印

説明者職・氏名　介護支援専門員　　印

■事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意します。
また標準契約書　第 11 条に定める利用者の個人情報の使用について同意します。

上記契約を証明するために、標準契約書及び重要事項説明書を 2 部作成し、事業者及び利用者欄に記載押印の上、それぞれ一部ずつ保管します。

□ **事　業　者**　住　所　新潟県長岡市西新町 2 丁目 3 番 22 号

事業者（法人）名　ながおか医療生活協同組合

事業所名　生協在宅介護支援センターほっとあらまち

代表者職・氏名　　管理者　　吉田　純子　　印

□ **利　用　者**　ご住所

ご氏名　　印

□ **契約立会人等の第三者**　ご住所

ご氏名　　印

（本人との続柄;　　）

＊利用者の判断能力に障害がみられる場合には、第三者（家族・成年後見人等）欄にも記載押印をします。

＊利用者が自筆困難で第三者が代筆した場合にも第三者欄に記載・押印をします。

■ 家族代表として、当契約第 11 条（秘密保持及び個人情報の保護）に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

□ **家族代表者**　ご住所

ご氏名　　印　（続柄　　）