

居宅介護支援 重要事項説明書

NO. _____

様

社会福祉法人敬愛会
こずかたケアプランセンター

社会福法人敬愛会 基本理念

「地域と共に生き 地域と共に歩む」

私たちは
すべての人に感謝の気持ちをもって
奉仕いたします。

また、
信頼される福祉サービスを提供する
ために、すべての専門職種による
チームケアに万全を期し、
その人らしい生活が
継続できるよう
支援します。

居宅介護支援 重要事項説明書

《2025 年 月 日 現在》

1. 事業の目的と運営方針

【事業の目的】

社会福祉法人敬愛会が開設する、こずかたケアプランセンター（以下「事業所」といいます）が行う指定居宅介護支援事業（以下「事業」といいます）は、居宅要介護者（以下「利用者」といいます）について、適正な居宅介護支援を提供することを目的とします。

【事業の方針】

- (1) 利用者が可能な限りその居宅において、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、最大限の努力を払います。
- (2) 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健・医療・福祉サービスが多様な業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう努めます。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に努めます。
- (4) 利用者の立場に立った居宅サービス計画（以下「ケアプラン」といいます）作成を行うと共に、その後も継続的に経過観察に努め、その人らしさを維持するために計画の見直しなど適切な援助を続けます。
- (5) ケアプランに基づくサービスの提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行うことに努めます。
- (6) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉関係者と緊密な連携を図り、サービス担当者会議の開催も含め総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の内容

(1) 運営法人

法 人 名	社会福祉法人 敬愛会
法 人 所 在 地	岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢 1 地割 100 番地
代 表 者 氏 名	理事長 木 村 宗 孝
電 話 ・ F A X	TEL 019-697-6355 FAX 019-697-6356
設 立 年 月 日	昭和 59 年 3 月 8 日

(2) 事業所概要

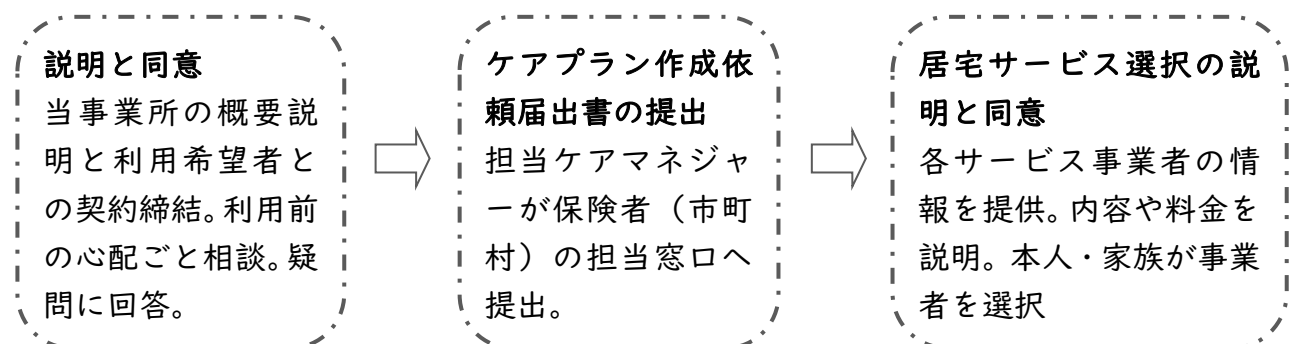
事業所の名称	こずかたケアプランセンター
事業所の種類	居宅介護支援事業 平成11年10月15日指定
事業所の所在地	岩手県紫波郡矢巾町大字又兵エ新田第5地割335番地
電話・FAX	TEL 019-613-7603 FAX 019-613-7604
介護保険指定番号	介護保険事業所番号 0372200063
管理者氏名	三上文代
サービス提供地域	① 矢巾町 ② 紫波町 ③ 盛岡市（玉山地除く） ※上記の地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。
営業日	月曜日～金曜日 ※ただし祝祭日・8月13日～15日・12月30日～1月3日を除く。
営業時間	8時30分～17時30分 ※営業時間以外は電話転送で対応します。

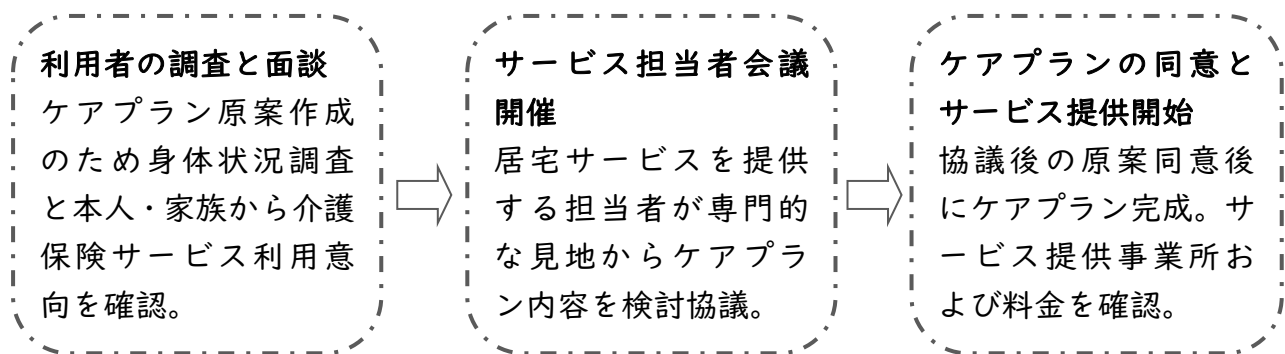
(3) 事業所の従業者体制

職種	従事する業務内容	常勤	非常勤
管理者・主任ケアマネジャー	業務の一元的な管理・指導等	1	
主任ケアマネジャー	居宅介護支援の指導・提供・要介護認定調査	1	
ケアマネジャー	居宅介護支援の提供・要介護認定調査	3	

3. 事業所が提供するサービス

(1) サービス提供までの手続きと主な内容





(2) 指定居宅介護支援の提供

- ①ケアプランの作成（状況変化に応じて更新）
- ②居宅サービス事業者、医療機関等との連絡・調整
- ③サービス実施状況の把握・評価（状態変化有無を毎月1回記録）
- ④利用者状態の把握（毎月1回自宅を訪問）
- ⑤給付管理（介護保険サービス利用に伴う介護報酬請求を含む各種手続き）
- ⑥要介護認定申請に対する協力・援助（更新時期や状態変化時）
- ⑦介護保険施設への紹介（心身状態に応じて利用可能な施設を紹介）
- ⑧相談業務（在宅生活を送るうえでの心配ごとなど）

(3) 要介護認定調査

指定居宅介護支援の業務とは別に、保険者（矢巾町等）から委託を受けた要介護認定申請者の方の要介護認定調査を行います。

4. 利用料金

(1) ケアプラン作成利用料

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はありません。

保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて金額をいただき、当事業所から居宅介護支援証明書を発行いたします。この居宅介護支援証明書を後日 _____ 市・町・村の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

(2) 交通費

矢巾町、紫波町、盛岡市（旧玉山区除き）にお住まいの方は無料です。ただし、上記以外の地域の方は、実費交通費をいただく場合があります。

- | | |
|---------------------------------|------|
| ①通常の業務の実施地域を越えた地点から片道おおむね10km未満 | 300円 |
| ②通常の業務の実施地域を越えた地点から片道おおむね10km以上 | 500円 |

前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名・捺印）を受けることとします。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、解約料もかかりません。ただし、介護報酬の請求事務（岩手県国民健康保険団体連合に対し請求）に混乱を生ずる恐れがありますので、月末の解約はできる限りご遠慮ください。

契約後、ケアプランの作成段階途中でお客様のご都合により解約した場合も、解約料はかかりません。

5. サービス利用にあたって

(1) ケアプラン作成のための調査（課題分析）の方法

①MD S-HC方式 ②日本社会福祉会方式 ③三団体版ケアプラン策定研究会方式

(2) ケアマネジャーの研修の実施

利用者の自立支援と生活の充実をはかるため専門性向上に向け、以下の研修の開催や研修事業への参加に積極的に取り組んでいます。

①採用時研修	採用後3ヶ月以内	②虐待防止に関する研修	年1回
③権利擁護に関する研修	年1回	④認知症ケアに関する研修	年1回
⑤介護予防に関する研修	年1回		

(3) 従業者への飲食もてなしについて

従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

(4) ケアマネジャーの担当、交代等について

サービス提供時に、事業者が担当のケアマネジャーを決定します。

事業所の都合により、ケアマネジャーを交代することがあります。交代する場合は利用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。

利用者及び家族が選任されたケアマネジャーの交代を希望される場合には、当該ケアマネジャーが業務上不適当と認められる事情その他交代を希望する理由を明らかにして、事業者に対してケアマネジャーの交代を申し出ることができます。ただし、利用者及び家族から特定のケアマネジャーの指名はできません。

6. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合には、速やかに主治医や利用者の家族に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。営業時間以外も緊急時対応のため職員が輪番で電話対応します。

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いについては【個人情報利用同意書】のとおりです。

9. 虐待の防止について

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修を実施するほか、市町村と連携して虐待防止のために必要な措置を行います。

10. 苦情処理体制について

当事業所に対する面接、電話、意見箱、書面により苦情受付担当者が受け付けます。なお、保険者、公的団体の窓口で直接苦情を申し出ることもできます。

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した指定居宅介護支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下記に記す【苦情申立の窓口】のとおり)

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ①苦情があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや苦情の確認を行います。
- ②管理者は、ケアマネジャーに事実の確認を行います。
- ③相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定します。
- ④対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。
- ⑤内容、経緯、対応までの流れを「苦情・事故・ヒヤリハット・相談等受付処理書」に記入し、全職員に回覧し、再発防止をはかります。

(2) 苦情申立の窓口

対応窓口	担当者	連絡先	対応時間
当事業所	管理者兼主任ケアマネジャー 三上文代	TEL 019-613-7603 FAX 019-613-7604	平日（月～金） 8:30～17:30
矢巾町	矢巾町役場 健康長寿課 長寿支援係	TEL 019-611-2830 FAX 019-698-1214	平日（月～金） 8:30～17:15
紫波町	紫波町役場 長寿健康課 介護保険室	TEL 019-672-4522 FAX 019-672-4349	平日（月～金） 8:30～17:15
盛岡市	盛岡市役所 介護保険課	TEL 019-651-4111 FAX 019-651-1181	平日（月～金） 8:30～17:15
岩手県	国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情・相談係	TEL 019-604-6700 FAX 019-604-6701	平日（月～金） 9:00～17:00

1 1. 関連施設

社会福祉法人敬愛会

- (1) 介護老人福祉施設 志和荘
- (2) 地域密着型介護老人福祉施設 悠和荘
悠和荘短期入所生活介護（ショートステイ）
- (3) 矢巾町地域包括支援センター
- (4) こずかたこども園

医療社団法人帰厚堂

- (1) 南昌病院
付属盛南リハビリテーションセンター
 - (2) 介護老人保健施設 敬愛荘
 - (3) ケアセンター南昌
介護老人保健施設 博愛荘
ショートステイやはば
訪問看護ステーションやはば
訪問入浴介護やはば
グループホーム 敬寿荘
(4) グループホーム 若園荘
- | |
|--|
| 博愛荘通所リハビリテーション
デイサービスつむぎ
ヘルパーステーションやはば
訪問リハビリテーションこずかた
こずかた診療所 |
|--|

説 明 年 月 日

2025 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

《事業者》

＜所在地＞ 〒028－3614
岩手県紫波郡矢巾町大字又兵ヱ新田第5地割335番地
＜名 称＞ 社会福祉法人敬愛会 こずかたケアプランセンター
＜代表者＞ 管理者 三 上 文 代 印

説明者 印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービスを利用開始することを同意します。

《利用者》

住 所	〒 ー
氏 名	印
電話番号	() ー

《家族（代理人）》

☐ 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 ☐ 私は、利用者の家族として、居宅介護支援について内容・利用料等の説明を受け、契約に同意しました。	
本人との関係	
署名代行の理由	
住 所	〒 ー
氏 名	印
緊急連絡先	電話番号 () ー

