

10. 感染症や災害への対応力強化

感染症や災害が発生した場合であっても必要なサービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画、研修の実施、訓練に取り組んでいきます。

居宅介護支援重要事項説明書

11. 事故発生時の対応

利用者に対する居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合は利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を行います。

(令和7年10月1日現在)

12. ケアプランに基づいて、利用者に提供されている居宅サービス等についての要望、苦情等のご相談を承ります。

※026-286-7895 苦情受付担当 小林 久子

当センター以外の苦情の窓口でも苦情を伝えることができます。

○第三者委員(代) 026-286-5500

○長野市高齢者活躍支援課 026-224-5094

○長野県国民健康保険団体連合会介護保険課 026-238-1580

○長野県福祉サービス運営適正化委員会 0120-28-7109

令和 年 月 日

《当事業所》

指定居宅介護支援のサービス提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者

所在地 〒381-2211 長野市稻里町下氷鉋682

名称 社会福祉法人 あさひ福祉会
こうほく介護支援センター

管理者

小出 よし美

印

説明者 (所属)こうほく介護支援センター

印

氏名 (ケアマネジャー)

《ご利用者様》

私は、本書面に基づいて、当センター事業者からの居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印

※ 尚、介護保険法等の改正に伴い重要事項説明書の内容に変更が生じる際には文書にて通知いたします。

1. 指定居宅介護支援事業所、こうほく介護支援センター(以下「当センター」という)の相談窓口

電話番号	(026)286-7895
営業時間	8:30~17:30(月~金曜日) 《土・日曜・祝日・夏季休業・年末年始は休日となります》 上記以外の時間帯については専用電話へ転送となります
担当	ケアマネジャー

2. 当センターの概要

事業所名	こうほく介護支援センター
所在地	〒381-2211 長野市稻里町下氷鉋682
介護保険指定番号	居宅介護支援(長野県 2070100074)
サービスを提供する地域	更北地区、川中島地区 篠ノ井地区、松代地区 ※ その他の地域については要相談

3. 当センターの職員体制

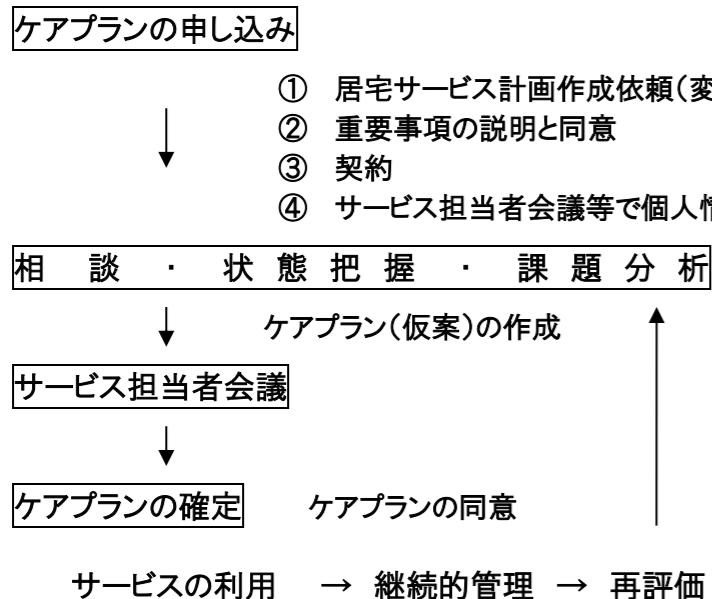
業務職種	常勤専任	常勤兼任	非常勤兼任	計
管理者	一	1名 (ケアマネジャー兼任)	一	1名
ケアマネジャー	3名		一	3名
事務員	一	1名	一	1名
合計	3名	2名	一	5名

4. 事業内容

(1)サービス内容

居宅において、日常生活を営むために必要な保健医療サービスや福祉サービスの適切な利用ができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、環境、利用者及びその家族の要望を勘案し、介護サービス計画書(ケアプラン)を作成するとともに、ケアプランに基づく居宅サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者等との連絡調整、その他の便宜の提供を行い、必要に応じて介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

(2) ケアプランの作成手順



(3) ケアマネジャーの指定居宅ケアプラン作成後の経過観察・再評価

- ① 利用者及びその家族と毎月連絡を取り、ケアプランの作成後の経過観察に努めます。
- ② ケアプランの目標に沿って居宅サービス計画等がスムーズに提供されるよう、指定居宅サービス事業者との連絡調整を行います。
- ③ 利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態に応じてケアプランの変更の支援、要介護認定区分変更申請の相談及び手続き等の必要な対応をいたします。

5. 当センターのサービス利用料金

介護保険制度から全額給付されるので利用者の方の自己負担はありません。但し、利用者が保険料滞納等の原因により、当センターが保険からの報酬の支払いが受けられなくなった場合、1ヶ月につき下記の金額を頂き、当センターからサービス提供証明書を発行いたします。尚、利用者がサービス提供証明書を長野市の介護保険窓口に提出しますと、全額払い戻しが受けられます。

(1) 居宅介護支援費 (I)

1単位:10.21

円

取扱件数	取扱件数≤44件	45件≤取り扱い件数≤60件	60件≤取り扱い件数
要介護 1・2	1,086単位	544単位	326単位
要介護 3・4・5	1,411単位	704単位	422単位

(3) 各種加算について

初回加算	300単位/月
入院時情報連携加算Ⅰ	250単位/月
入院時情報連携加算Ⅱ	200単位/月
退院・退所加算(Ⅰ)イ	450単位/回
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	600単位/回
退院・退所加算(Ⅱ)イ	600単位/回
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	750単位/回
退院・退所加算(Ⅲ)	900単位/回
通院時情報連携加算	50単位/月
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月
緊急時等居宅カンファレンス加算(月2回を限度に)	200単位/回
ターミナルケアマネジメント加算	400単位/月
特別地域居宅介護支援加算	所定単位の15%
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位の10%
中山間地地域に居住する物へのサービス提供加算	所定単位の5%

6. 医療と介護の連携強化

サービス提供開始に際し、利用者又はその家族に対して利用者が医療機関等に入院する際には、当該医療機関に対して担当する介護支援専門員の氏名及び連絡先を事前に医療機関に伝えて頂く様に協力をお願い致します。

7. 障害福祉制度の相談支援専門員との連携強化

障害福祉サービスを利用している障害者が介護保険サービスを利用する場合においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、第51条に規定する指定相談支援専門員との密接な連携を促進する為、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努めてまいります。

8. 個人情報保護と秘密保持

利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者へ漏らしません。契約が終了した後についても継続し、事業従事者期間及び従事者で無くなった後においても秘密保持とします。サービス担当者会議等において利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により利用者との家族からの同意をお願い致します。

9. 公正中立なケアマネジメント

居宅サービス計画の作成にあたりましては、条例に規定する基本方針及びご利用者の意志に基づいた契約である事を確保するために、居宅サービス計画書に位置付ける居宅サービス事業所について、下記の事項に対してご利用者やその家族より意見を求める事を義務と致します。

- ① 複数の事業所の紹介を求める事が可能である事。
- ② 当該事業所を計画に位置付けた理由を求める事が可能である事。
- ③ ケアプラン総数に位置つけた各サービス事業所の割合を介護情報公表システム運営情報に公表をする事(6か月に1回) ※別紙参照