

居 宅 介 護 支 援 重 要 事 項 説 明 書

1. サービス相談窓口

電話番号	090-8032-3305
窓口担当	河合 奈津子 (かわい なつこ)

2. 指定居宅介護支援事業所概要

(1) 支援事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	那須赤十字訪問看護ステーション
所在地	栃木県大田原市中田原1081番地9
法人名	日本赤十字社
代表者職种名	日本赤十字社 社長 清家 篤
事業者指定番号	0965190028
サービスを提供する地域	大田原市, 那須塩原市 (旧塩原町を除く)

(2) 事業所の職員体制

職 種	資 格	常勤	計	業務内容
管 理 者	看 護 師	1名	1	事業所内の統括
介護支援専門員	看 護 師	2名以上	2	ケアプラン作成, 介護保険関係全般

(3) サービス提供の時間帯

営業日	営 業 時 間 帯
平 日	8:30~16:51
土曜日	8:30~12:30 (但し第2, 第4, 第5土曜日は休み)

*但し、24時間勤務体制をとっていますので緊急の場合はこの限りではありません。

(4) 事業所であわせて実施するサービス

サービスの種類 (介護指定番号)	サービスを提供する地域
訪問看護 (0905190028)	大田原市, 那須塩原市 (旧塩原町を除く)

3. サービス内容

- (1) 居宅サービス計画 (ケアプラン) 作成
- (2) 要介護認定の申請及び更新手続き
- (3) 給付管理票の作成
- (4) 居宅サービスの成果についての評価、再アセスメント
- (5) サービス内容の変更等に対する相談、連絡調整

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護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。介護保険適用の方が保険料滞納により、支援事業者へ直接介護保険給付が支払われない場合があります。その場合、利用者は1カ月につき要介護度に応じて利用料を支払い、支援事業者はサービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日各市町の窓口に提出しますと保険給付の払い戻しを受けられます。

(2) 交通費

2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は交通費の実費（1kmにつき10円）となります。

5. 緊急時、事故発生時の対応

支援事業所は、現に居宅介護支援の提供をおこなっているときに利用者の病状の急変、または事故発生した場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

6. 事業所の居宅介護支援の特徴

(1) 運営方針及び事業の目的

要介護状態になった利用者の方が、出来る限り住み慣れた自宅において自立した生活が営めるよう支援することを目的とし、最大限の努力をします。

(2) その他

事 項	内 容
アセスメント（評価）の方法	ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城方式）
従業員研修の有無	大田原市介護サービス事業者連絡協議会参加・大田原市ケアマネジャ－協議会参加・施設内における研修会の参加

7. ケアマネジメントの公正中立性の確保

(1) 居宅サービス等の事業所と利用者との契約が利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス等事業所について、複数の居宅サービス事業等の紹介を求めることや、その選定理由について説明を求めることが可能であることについて別紙1の通り説明し、同意を得るように致します。

(2) 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉器具、貸与の各サービスの利用割合及び前6か月に作成したケアプランにおける、訪問介護等の各サービスごとの、同一事業者によって提供された利用状況は別紙2のとおりで説明し同意を得るように致します。

8. 利用者へのお願い

支援事業が交付するサービス利用票、居宅サービス計画書などは、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等一緒に保管してください。

9. サービス内容に関する苦情の連絡先

事業所お客様相談窓口	那須赤十字訪問看護ステーション（居宅介護支援） 管 理 者 河合奈津子 電話090-8032-3305 不在時介護支援専門員 清水 美子 電話090-8032-3305 対応時間 8時30分～16時51分 ＊緊急時においてはいつでも対応できます。
各市町村の窓口相談	各市町村の介護保険担当係
国民健康保険団体連合会	宇都宮市本町12-11栃木会館4階 栃木県国民健康保険団体連合会 電話 028-622-7242

＊利用者様が入院される場合は、入院先に担当介護支援専門員の名刺を提示して下さい。

また、事業所へ連絡をして下さい。担当者名刺は、介護被保険者証・健康保険被保険者証・

お薬手帳等と合わせて保管し頂きますようお願い致します。

居宅介護支援事業の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者	所在地	栃木県大田原市中田原1081番地9
	名称	那須赤十字訪問看護ステーション
説明者	所属	那須赤十字訪問看護ステーション
	氏名	印

私は、契約書及び本書書面により、事業者から居宅介護支援事業の提供について重要事項の説明を受けました。

説明年月日 令和 年 月 日

利用者 <住所>
<氏名> _____ 印

保証人（続柄）：

<住所>

<氏名> _____（署名）

◆ご家族及び代理者の署名をお願いしております

（ご家族の範囲については現実に利用者さんのお世話をしている親族及びこれに準ずる方を含みます）

但し、利用者本人のご了解が得られない場合は、この限りではありません