

ケアプランセンターにじいろ重要事項説明書

1 事業者

- | | |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名 | 特定非営利活動法人ひだまり |
| (2) 法人所在地 | 愛知県半田市有楽町二丁目 2 2 1 番地の 2 |
| (3) 電話番号 | 0 5 6 9 - 8 4 - 3 3 3 8 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 部田 かね代 |

2 事業概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定居宅介護支援事業所 |
| (2) 事業の目的 | ご利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるように本人や家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスが適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、適切なサービスの提供が確保されるようサービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | ケアプランセンターにじいろ |
| (4) 事業所の所在地 | 愛知県半田市有楽町二丁目 2 2 1 番地の 2 |
| (5) | ふらっとスペース・ならわ 2 2 0 6 号室 |
| (6) 電話番号 | 0 5 6 9 - 4 7 - 5 4 3 6 |
| (7) F A X 番号 | 0 5 6 9 - 2 6 - 3 8 3 4 |
| (8) 指定事業所番号 | 2 3 7 2 4 0 0 5 1 1 |
| (9) 管理者氏名 | 部田 かね代 |
| (10) 運営方針 | ご利用者の心身の特性をふまえて、可能な限り居宅で生活を営むことができるように、保健・医療・福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効果的に提供されるように配慮します。
また、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場にたって提供される居宅サービス等が、特定の種類や特定の居宅サービス事業者に偏ることのないように公正中立に行います。 |

3 事業実施地域及び営業時間

- | | |
|---------------|--|
| (1) 通常の実施地域 | 半田市内、阿久比、武豊の区域とする |
| (2) 営業日及び営業時間 | 営業日 月曜日 ～ 金曜日
(8月12日～8月16日・12月28日～1月4日・祝祭日を除く)
営業時間 午前9時～午後5時(電話相談は24時間可能) |

4 事業所の職員体制

- | | | |
|---------|-----|---------------|
| 管 理 者 | 1 名 | (主任介護支援専門員兼務) |
| 介護支援専門員 | 3 名 | (内 1 名は管理者兼務) |

5 当事業所が提供するサービスの内容

(1) 当事業所では、「居宅サービス計画」作成以外にも、ご利用者のご依頼に基づき、要介護認定の申請・居宅サービス計画作成依頼届出書及び各種高齢者福祉に関する書類等の代行申請をいたします。

① ご利用者、ご家族のご希望を考慮して、可能な限りご自宅で自立した日常生活を送ることができるように、主治医やサービス事業者と協議して、ご利用者に適した一ヵ月単位の介護サービス計画「サービス利用票（居宅サービス計画）」を作成します。

② サービス計画後も、継続的にご利用者の心身の状態や介護サービスの実施状況を把握（モニタリング）して、必要に応じて「サービス利用票（居宅サービス計画）」の変更を行います。モニタリングに当たり、少なくとも1月に1回、ご利用者の居宅を訪問して面接を行います。

③ 居宅サービス等の担当者を招集して行うサービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的見地からの意見を求めます

④ 入院時における医療機関との連携促進

居宅介護の提供にあたり、利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することが義務づけられます。

利用者に於かれましては、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するようにお願いいたします。

⑤ 平時からの医療機関との連携促進

- ・利用者が医療系サービスの利用を希望している場合は、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めることとされており、この意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付します。

- ・訪問介護事業等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医、歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行ないます。

⑥ 契約時の説明等

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事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬が減額されます。

利用者様に於かれましては、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることができます。

また、ケアマネジャーがケアプランに位置付けた居宅サービス事業所の位置付けた理由を求めることができます

6 利用料、その他の費用の額

(1) 居宅介護支援の利用料

①基本利用料（別紙）

要介護・要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額保険給付されますので、利用者負担額は、原則として無料です。

【指定居宅介護支援】

※ 利用者は原則無料です。

(R6年4月1日改定)

(1) 基本報酬

①居宅介護支援費 (I)

要介護状態区分		単価	単位	利用料
要介護1・要介護2	／月	10.21	1,086	11,088 円
要介護3・要介護4・要介護5	／月		1,411	14,406 円

②居宅介護支援費 (II)

要介護状態区分		単価	単位	利用料
要介護1・要介護2	／月	10.21	544	5,554 円
要介護3・要介護4・要介護5	／月		704	7,187 円

③居宅介護支援費 (III)

要介護状態区分		単価	単位	利用料
要介護1・要介護2	／月	10.21	326	3,328 円
要介護3・要介護4・要介護5	／月		422	4,308 円

(2) 加算

算定	項目		単価	単位	利用料
	特定事業所加算 (I)	／月	10.21	519	5,298 円
	特定事業所加算 (II)	／月		421	4,298 円
	特定事業所加算 (III)	／月		323	3,297 円
	特定事業所加算 (A)	／月		114	1,163 円
	特定事業所医療介護連帯加算	／月		125	1,276 円

(3) 加算

算定	項目				単価	単位	利用料
	初回加算			／月	10.21	300	3,063 円
	入院時情報連携加算（Ⅰ）			／月		250	2,552 円
	入院時情報連携加算（Ⅱ）			／月		200	2,042 円
	退院・退所加算	カンファレンス参加無し	連携 1 回	／月		450	4,594 円
			連携 2 回	／月		600	6,126 円
		カンファレンス参加有り	連携 1 回	／月		600	6,126 円
			連携 2 回	／月		750	7,657 円
			連携 3 回	／月		900	9,189 円
		緊急時等居宅カンファレンス加算				／回	200
	ターミナルケアマネジメント加算			／回		400	4,084 円

7 介護支援専門員の変更

(1) 事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご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に十分に配慮するものとします。

(2) ご利用者からの交替の申し出

介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ご相談下さい。

8 個人情報の取り扱いについて（秘密保持）

(1) 当事業者は、サービスを提供する際に、利用者及びその家族に対する情報を正当な理由なく第三者には漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 当事業所は、利用者及び家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該利用者および家族の個人情報を用いません。

9 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族や市町村（保険者）連絡するとともに、当該利用者に係るサービス事業者、主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

(2) サービス提供に当たって、当事業所の責に帰すべき理由により生命、身体、財産等に損害を及ぼした場合には、誠意をもって対応いたします。

10 苦情受付について

(1) ご利用者に提供した居宅介護支援や居宅サービス計画に基づいて提供した介護サービスに関する苦情がありましたら下記相談窓口へ伝えることができます。

<苦情相談窓口>

☆ ケアプランセンターにじいろ 管理者 部田 かね代

Tel 0 5 6 9 - 4 7 - 5 4 3 6

☆ 半田市役所 高齢介護課 半田市東洋町2-1

Tel 0 5 6 9 - 8 4 - 0 6 4 9

☆ 武豊町役場 福祉課 知多郡武豊町字長尾山2

Tel 0 5 6 9 - 7 2 - 1 1 1 1

☆ 阿久比町役場 健康介護課 知多郡阿久比町大字卯阪字殿越50

Tel 0 5 6 9 - 4 8 - 1 1 1 1

☆ 国民健康保険団体連合会 苦情調査係 名古屋市東区泉1-6-5

Tel 0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5

年 月 日

指定居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ケアプランセンターにじいろ

説明担当者

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び料金表の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始について同意しました。

住 所

氏 名

利用者は、身体状況によって署名できないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

代理人住所

代理人氏名

(続柄)