

ケアプランセンター ピース安中 重要事項説明書

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 027-380-5577

担当 ケアプランセンター ピース安中 管理者

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. ケアプランセンター ピース安中 の概要

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|-------------|-----------------|
| 事業所名 | ケアプランセンター ピース安中 |
| 所在地 | 群馬県安中市中宿2180-2 |
| 介護保険事業所番号 | 1071100281 |
| 通常のサービス提供地域 | 安中市・高崎市・富岡市 |

(2) 同事業所の職員体制

| | |
|-------------------|----|
| | 常勤 |
| 管理者（主任介護支援専門員を兼務） | 1名 |
| 介護支援専門員 | 2名 |

(3) 営業時間

| | |
|---------|-----------------|
| 平日（月～金） | 午前8時30分～午後5時30分 |
| 土・日・祝 | 休業 |

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

- (1) 利用者宅を訪問し、利用者の心身の状態を適切な方法により調査します。
- (2) (1) で調査した結果と、利用者自身やご家族の希望を踏まえ、介護サービスを適切に提供するための計画（居宅サービス計画）を作成します。
- (3) 介護サービスの状況や、利用者の心身の状態やご家族の環境について、居宅サービス計画作成後も継続的に把握します。
- (4) 他の介護サービス提供事業者についての相談・苦情の窓口となり、問題を解決します。
- (5) 利用者の要介護認定の申請についてお手伝いします。
- (6) 利用者が介護保険施設に入所を希望される場合は、その仲介をします。
- (7) 利用者様は、複数の居宅介護サービス事業者等の紹介を求めることが可能です。
- (8) 利用者様は、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能です。

4. 利用料金

(1) 利用料

事業者が提供する居宅介護支援に対する料金規定は【居宅介護支援重要事項説明書 別紙】のとおりです。

(2) 交通費

交通費はいただきません。事業所から片道30km未満までは無料とし、30km以上の場合はご相談ください。

(3) 解約料

利用者様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

(4) その他

料金が発生する場合、月ごとにお支払いいただきます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者様が介護保健施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）、要支援と認定された場合
- ・利用者様が亡くなられた場合

④その他

利用者様やご家族様などが当社や当社の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 当社の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とし、次の事項に努めるものとします。

- ・利用者様が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう配慮します。

- ・利用者様の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づいたサービスを多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ・利用者様の意思及び人格を尊重し、サービス等が特定の種類または特定のサービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
- ・関係市町村、地域包括支援センター、高齢者あんしんセンター、在宅介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保健施設との連携に努めます。

(2) サービス利用のために

| 事項 | 有無 | 備考 |
|--|----|--------------------|
| 介護支援専門員の変更 | ○ | 変更を希望される方はお申し出ください |
| 調査（課題把握）の方法 | — | MDS-HCによる |
| 介護支援専門員への研修の実施 | ○ | |
| 契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で利用者のご都合により解約した場合の解約料 | × | |

(3) 秘密保持について

- ・事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ・事業者は、利用者様およびご家族様から同意を得て、サービス担当者会議等において、利用者様およびご家族様の個人情報を用いる事があります。

7. 医療機関と介護の連携

- (1) 入院時には担当ケアマネジャーへ連絡をお願いいたします。又、医療機関へも居宅介護支援事業所名・担当ケアマネジャーの氏名・連絡先等をお知らせいただきますようお願いいたします。
- (2) 医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護・居宅療養管理指導等）の利用を希望される場合は、利用者様の同意を得たうえで、主治医等に意見をいただき、また主治医等に対してケアプランを交付いたします。
- (3) 訪問介護事業所等から伝達された利用者様の口腔に関する問題、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様の状況等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝達させていただきます。

8. サービス内容に関する苦情及び事故発生時の対応

(1) 当社利用者相談・苦情担当

当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについての相談・苦情を承ります。

担当：ケアプランセンター ピース安中 須賀 操

電話 027-380-5577

- (2) 利用者様の相談・苦情は丁寧に受け止め、更にサービスの質的向上に取り組んで苦情が発生

しないような業務を心掛けます。

(3) その他の苦情相談窓口

安中市役所 介護高齢課 高齢者支援課 電話 027-382-1111 (代表)

高崎市役所 介護保険担当課 電話 027-321-1111 (代表)

富岡市役所 健康福祉部 高齢介護課 電話 0274-62-1511 (代表)

群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理相談窓口

電話 027-290-1323 FAX 027-255-5087

(4) 事故発生時の対応

万全の態勢で指定居宅介護支援サービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族、関係市町村等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故拡大防止などの必要な措置を講じます。また、利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

9. 虐待及び身体拘束の防止について

事業者は、利用者の人権擁護・虐待・身体拘束防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待・身体拘束防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 ケアプランセンターピース安中 管理者 須賀 操

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業者に対する虐待・身体拘束防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

令和 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交付しました。

事業者

群馬県みどり市笠懸町阿左美1155

医療法人社団 三思医光会

説明者 所属 ケアプランセンター ピース安中

氏名

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同意し受領しました。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

(続柄)

重要事項説明書 別紙

介護保険法に基づく居宅介護支援にかかる費用（月額）

居宅介護支援費（Ⅰ）

| | |
|---------|---------|
| 要介護 1～2 | 10,860円 |
| 要介護 3～5 | 14,110円 |

加算

| | | |
|----------------------|-------|--------|
| 特定事業所加算（Ⅲ） 注1） | | 3,230円 |
| 初回加算 | （該当時） | 3,000円 |
| 入院時情報連携加算（Ⅰ） | （該当時） | 2,500円 |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ） | （該当時） | 2,000円 |
| 退院・退所加算（Ⅰ）カンファレンス参加無 | （該当時） | 4,500円 |
| 退院・退所加算（Ⅰ）カンファレンス参加有 | （該当時） | 6,000円 |
| 退院・退所加算（Ⅱ）カンファレンス参加無 | （該当時） | 6,000円 |
| 退院・退所加算（Ⅱ）カンファレンス参加有 | （該当時） | 7,500円 |
| ターミナルケアマネジメント加算 | （該当時） | 4,000円 |
| 通院時情報連携加算 | （該当時） | 500円 |

注1）厚生労働大臣が定める基準に適合していない場合は算定しない

*当該事業所が下記の事由により運営基準減算（居宅介護支援費の業務が適切に行われていない場合の減算）に該当する場合は居宅介護支援費が50/100となります。また2か月以上継続して該当する場合には算定しません。

- ①特定事業所集中減算に該当する場合は、居宅介護支援費より、2000円を減額します。
- ②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の説明を行わなかった場合。（居宅介護支援費が50/100となります）
- ③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、福祉用具貸与の各サービスの利用割合、同一事業者によって提供されたものの割合の説明を行わなかった場合。（居宅介護支援費が50/100となります）

- ・居宅介護支援が介護保険の適用となる場合には、居宅介護支援費として事業者には全額給付されるので利用者の自己負担はありません。ただし、利用者に介護保険料の滞納等がある場合には、保険給付金が事業者には支払われないので直接お支払いいただきますが、後日市町村窓口にて払い戻しされます。

個人情報使用同意書

私は当該介護支援専門員が行う契約期間中におけるケアプラン作成、サービス担当者会議等に関して必要となる主治医、居宅サービス事業所との連絡において利用者・家族に関する個人情報を使用することに同意します。

また、居宅サービス事業所から利用者の状態（服薬・口腔等）について連絡を受けた際には、主治医に情報の伝達を行うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

*代理人を選出した場合は上記に記載してください

家族 住所 _____

(続柄：)

氏名 _____ 印

ケアプランセンターピース安中 様