

あいりケアプランの居宅介護支援サービスについて

(重要事項説明書)

あいりケアプランが提供する居宅介護支援サービスについて、事前に説明すべき事項は次のとおりです。また、相談窓口は管理者・居宅支援専門員が担当いたします。

電話 052-509-5175 (午前9:00~午後6:00)

1 事業所の概要

事業所名	あいりケアプラン
所在地	愛知県名古屋市西区玉池町217番
事業者指定番号	愛知県 2370401545
管理者・連絡先	管理者 酒井 倫子 電話 052-509-5175
サービス提供地域	名古屋市西区・北区・守山区・春日井市・清須市・北名古屋市・豊山市・春日町

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管 理 者	従業者の管理、業務把握	1名
介護支援専門員	居宅介護支援	6名

3 営業時間

区 分	営 業 時 間
月曜日～金曜日	9:00～18:00
休業日	土、日、年末、年始

4 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 居宅介護支援については、利用者の負担はありません。
- (2) 何らかの理由で、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額を頂き、「サービス提供証明書」を発行いたします。この「サービス提供証明書」を後日お住まいの役所、介護保険課の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

要介護等認定者	介護報酬の公示上の額、並びに該当する加算
※ 居宅介護支援計画作成の利用者負担金はありません。	

- (3) 利用者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) 何らかの料金が発生する場合、月締め精算とし、毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内に窓口へお支払いください。お支払の際には領収書を発行いたします。

5 当事業所のサービスの方針等

1 事業の目的

利用者とその家族に必要な介護サービスを提供することにより、安心して日常生活を営むことができるように支援を行います。

また、あわせて、安心して生活できる地域作りをすすめていきます。

2 運営方針

- (1) 利用者とその家族及び地域住民が要介護状態になった場合においても、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように努め、適切なサービスが総合的かつ効率的に提供できるように努めます。
- (2) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立って公平中立に行います。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、複数の事業者の紹介を求めるとや、該当事業者をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。また、当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。
- (3) 地域福祉の向上のため、市町村、在宅介護支援センター他の居宅サービス事業者、その他保健／医療機関と密接に連携します。

3 居宅介護支援の実施概要等

ケアプランの作成に当たっては、【居宅サービス計画ガイドライン】を使用し、この結果をもとにサービス計画書の提案を行います。

居宅支援事業者は、研修を受けた信用のおける担当者をあたらせていただきます。また、事業所の都合で担当者の交代をお願いする場合がありますが、その場合は事前に相談させていただきます、丁寧に引き継ぎを行います。

6 居宅介護サービスの利用方法等

1 申し込みからサービス提供までの流れ

- ① サービスのお申込み（要介護認定がお済みでない場合は申請手続きを代行いたします。）
- ② ご自宅を訪問→介護支援専門員等がご自宅へお伺いします。
（ご家族に同席していただくこともございます。）
- ③ 介護サービス計画原案の作成 →サービス内容、利用料等のご相談
- ④ サービス事業者と調整 →各サービス事業者がお宅へ伺うこともあります。
- ⑤ 担当者会議の開催と介護サービス計画決定 →ご本人、ご家族から介護サービス計画のご了承を承ります。決定した介護サービス計画書をサービス事業者に説明します。
- ⑥ 各事業者から介護サービス提供
- ⑦ 定期的に訪問 →月に1回ご自宅へご様子やサービス実施状況を伺いに参ります。

2 サービスの利用開始

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

3 サービスの終了

- ① 利用者から事前に更新の合意がなされず、契約の有効期間を満了した場合。
- ② 利用者から解約の意思表示がなされ1週間以上の予告期間をもって満了した場合。
- ③ 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ④ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が「自立」「支援」と認定された場合。(要支援は地域包括支援センターへの引継ぎをします。)
- ⑤ 利用者がお亡くなりになった場合。
- ⑥ 利用者が当事業所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、その理由を記載した文書により、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 お客様相談窓口	電話番号	052-509-5175
	FAX番号	052-509-5176
	管理者	酒井 倫子
	対応時間	午前9:30~午後6:00

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

名古屋市介護保険 苦情処理窓口	所在地	名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 名古屋市役所
	電話番号	052-972-3087
	対応時間	午前9:00~午後5:00
愛知県国民健康保険 団体連合会	所在地	名古屋市東区泉一丁目6番5号
	電話番号	052-971-4165
	対応時間	午前9:00~午後5:00

8 概要

名称・法人種別	有限会社 アット
代表者 ①	代表取締役社長 舟木 律子
代表者 ②	ホーム長 成田 泰詞
所在地・電話	愛知県名古屋市西区玉池町 255 番 電話 052-509-5115
業務の概要	認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、通所介護、介護予防通所介護、居宅介護支援、サービス付き高齢者住宅、訪問介護、介護予防訪問介護、訪問看護、介護予防訪問看護

＜居宅介護支援利用料＞

＜月 額＞

居宅介護支援費	(1) 居宅介護支援費 【Ⅱ i】 要介護 1・2 (11,889円) 要介護 3・4・5 (15,447円)	(2) 居宅介護支援費 【Ⅱ ii】	要介護 1・2 (5,955円)
			要介護 3・4・5 (7,712円)
	(3) 居宅介護支援費 【Ⅱ iii】	要介護 1・2 (3,569円)	
		要介護 3・4・5 (4,618円)	

初回加算		3,315円	
特定事業所加算	(1) 特定事業所加算Ⅰ	5,580円	
	(2) 特定事業所加算Ⅱ	4,497円	
	(3) 特定事業所加算Ⅲ	3,414円	
	(4) 特定事業所加算A	1,105円	
特定事業所医療介護連携加算		1,381円	
退院・退所加算	カンファレンス無	連携 1回	4,972円
		連携 2回	6,630円
	カンファレンス有	連携 1回	6,630円
		連携 2回	8,287円
		連携 3回	9,945円
入院時情報連携加算	(1) 入院時情報連携加算Ⅰ	2,210円	
	(2) 入院時情報連携加算Ⅱ	1,105円	
通院時情報連携加算		552円	
緊急時等居宅カンファレンス加算		2,210円	
ターミナルケアマネジメント加算		4,420円	

居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所：愛知県名古屋市西区玉池町 217 番
事業者名 あいりケアプラン

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者：住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人又は立会人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人情報利用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 居宅介護支援サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と居宅サービス計画書に掲載されているサービス事業所担当者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)ほか、サービス事業所担当者との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現にサービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合
- (4) 生命、身体保護に必要な場合（災害時の安否確認情報を行政に提供する場合）
- (5) 駐車許可申請書に氏名・住所を添付して警察署に提出する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画書に掲載されているサービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (3) 行政機関の災害対策部、管轄警察署

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

年 月 日

事業所名称 有限会社アット あいりケアプラン

利用者：住所 _____

氏名 _____ 印

ご家族代表：住所 _____

氏名 _____ 印