

居宅介護支援重要事項説明書

はっぴいケアプランセンター が提供する居宅サービスについて、事前に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所名	はっぴいケアプランセンター
所在地	愛知県愛西市大井町七川北 61 番地
事業者指定番号	2377200197 号 平成19年8月1日指定
管理者・連絡先	管理者 伊藤 朋子 電話 0567-33-1018
サービス提供地域	愛西市(旧佐屋町)蟹江町(富吉)津島市(鹿伏兎町、半頭町、中一色町)弥富市(前ヶ平、楽平)

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	4名(管理者兼務)

3. 営業時間

区 分	営 業 時 間
月曜日～金曜日	午前9時00分～午後5時30分
休 業 日	土・日曜日・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に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の介護保険課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
※ 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、翌月10日までに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。

居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護 1・2 要介護 3・4・5	1086 単位/月 1411 単位/月
初回加算	300 単位 /月	新規に居宅サービス計画を作成する利用者や、要介護区分が 2 段階以上変更になった場合。
特定事業所加算(Ⅱ)	421 単位 /月	常勤の主任介護支援専門員を配置し、24 時間の連絡体制を確保している。計画的に研修を実施し、また地域包括支援センターからの困難事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例にかかる指定居宅介護支援を提供している。
入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 単位 /月	入院した日のうちに、病院又は診療所の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供していること。
入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 単位 /月	入院した日の翌日又は翌々日に、病院又は診療所の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供していること。
通院時情報連携加算	50 単位/ 月	医療機関において医師又は歯科医師の診察を受ける時に同席し、医師又は歯科医師等に対して利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供し、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で居宅サービス計画書に記録すること。
同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント	所定の単 位数の 95%を算 定	当事業所の所在する建物と同一の敷地内に居住する利用者。 1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者。
介護職員等処遇改善加算	所定の単 位数の 2.1%を 算定	介護職員等の確保に向けて働きやすさ向上の取り組み、介護職員 の定着促進、負担軽減策など一定の条件を満たしていること。

※ 地域区分（6級地）

5. 当事業所のサービスの方針等

1 事業の目的

利用者とその家族及び地域住民に、介護サービスを提供することにより、安心して生活できる地域作りをすすめます。

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配慮し、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) 利用者的人格を尊重し、常に利用者の立場に立って公平中立に行います。
- (3) 地域福祉の向上のため、市町村、包括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。
- (4) 複数のサービス事業所を提案し、事業所の特徴を説明し、利用者とその家族の意思で選択できるように努めます。また、直近6ヶ月の各事業所の紹介率（別紙）を提示します。

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、医療法人永好会オリジナルアセスメント方式を使用いたします。この方式は利用者及び家族の相談内容を第一に考えたものであり、利用者の立場を尊重し、介護に関する課題、要望を的確に把握することが可能です。この結果を各種の介護サービス等に反映することにより、安心と安らぎのある居宅生活が営める手法となっています。はっぴいケアプランセンターの居宅支援事業者は、経験と技術に裏付けされた信用のおける担当者をあたらせていただきます。

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 サービスのお申し込み→電話等にてお受けします。
(要介護認定がお済みでない場合は申請手続きを代行させていただきます。)
- 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、利用料等のご相談をします。
- 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 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 各事業者から介護サービス提供→その介護サービス等に対してのご要望等お聞きします。
- ⑧ 定期的に訪問→定期的にご自宅へご様子を伺いに参ります。

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 当事業所は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

利用者又は家族が、介護支援専門員に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為

（身体暴力（たたくなど）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴るなど）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕を触るなどの行為を含む））を行い、その状態が改善されない場合。

7. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権擁護・虐待の防止のために、次に掲げる通り必要な処置を講じます。

- ① 虐待防止に関する委員会の設置、指針の整備、責任者を選定します。
虐待防止に関する責任者 管理者 伊藤 朋子
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。担当地域、包括支援センターへの報告
- ④ 介護支援専門員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を年1回以上実施しています。
- ⑤ 当事業所におけるストレス対策を含む高齢者虐待防止に向けた取り組み例を収集し、周知を図ります（事例検討）。

また、介護支援専門員に対しては、ハラスメント等のストレス対策に関する研修への参加、年1回のストレスチェックを実施します。

8. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生し、自己の責に帰すべく事由により、ご利用者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

9. 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 苦情相談窓口	電話番号	0567-33-1018
	FAX番号	0567-31-3399
	相談員	(責任者) 伊藤 朋子
	対応時間	午前9:00～午後5:30

○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。

愛西市高齢福祉課	電話番号	0567-26-8111
介護保険相談窓口	対応時間	午前9:00～午後5:00
津島市高齢介護課	電話番号	0567-24-1111
	対応時間	午前9:00～午後5:00
弥富市福祉課	電話番号	0567-65-1111
介護保険係	対応時間	午前9:00～午後5:00

蟹江町民生部福祉課	電話番号 0567-95-1111 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 苦情相談窓口	所在地 愛知県名古屋市東区泉1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

9. 法人の概要

名称・法人種別	医療法人永好会
代表者	理事長 加賀 克宏
所在地・電話	愛知県愛西市大井町七川北56番地 電話0567-31-0036
介護保険業務の概要	通所介護、通所型サービス、通所リハビリ、介護予防通所リハビリ、訪問介護、総合事業、居宅介護支援

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：愛知県愛西市大井町七川北61番地
事業所名 はっぴいケアプランセンター

説明者 _____

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。

令和 年 月 日

利用者：住 所 _____

氏 名 _____

(利用者家族又は代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

個人情報利用同意書

私は（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記によ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り、担当職員と介護支援専門員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)以外に、介護サービス計画に掲載されている居宅サービス事業所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、私が体調等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) その他、はっぴいケアプランセンター運営上で必要と考えられる関係者

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
- (4) その他、はっぴいケアプランセンター運営上で必要と考えられる関係者

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

令和 年 月 日

事業所名称 医療法人永好会 はっぴいケアプランセンター

利用者： 住 所 _____

氏 名 _____

ご家族： 住 所 _____

氏 名 _____

(代理人または立会人)

住 所 _____

氏 名 _____