

大館市社会福祉事業団 ケアプランセンターおおたき 重要事項説明書

令和6年12月1日改定(31版)

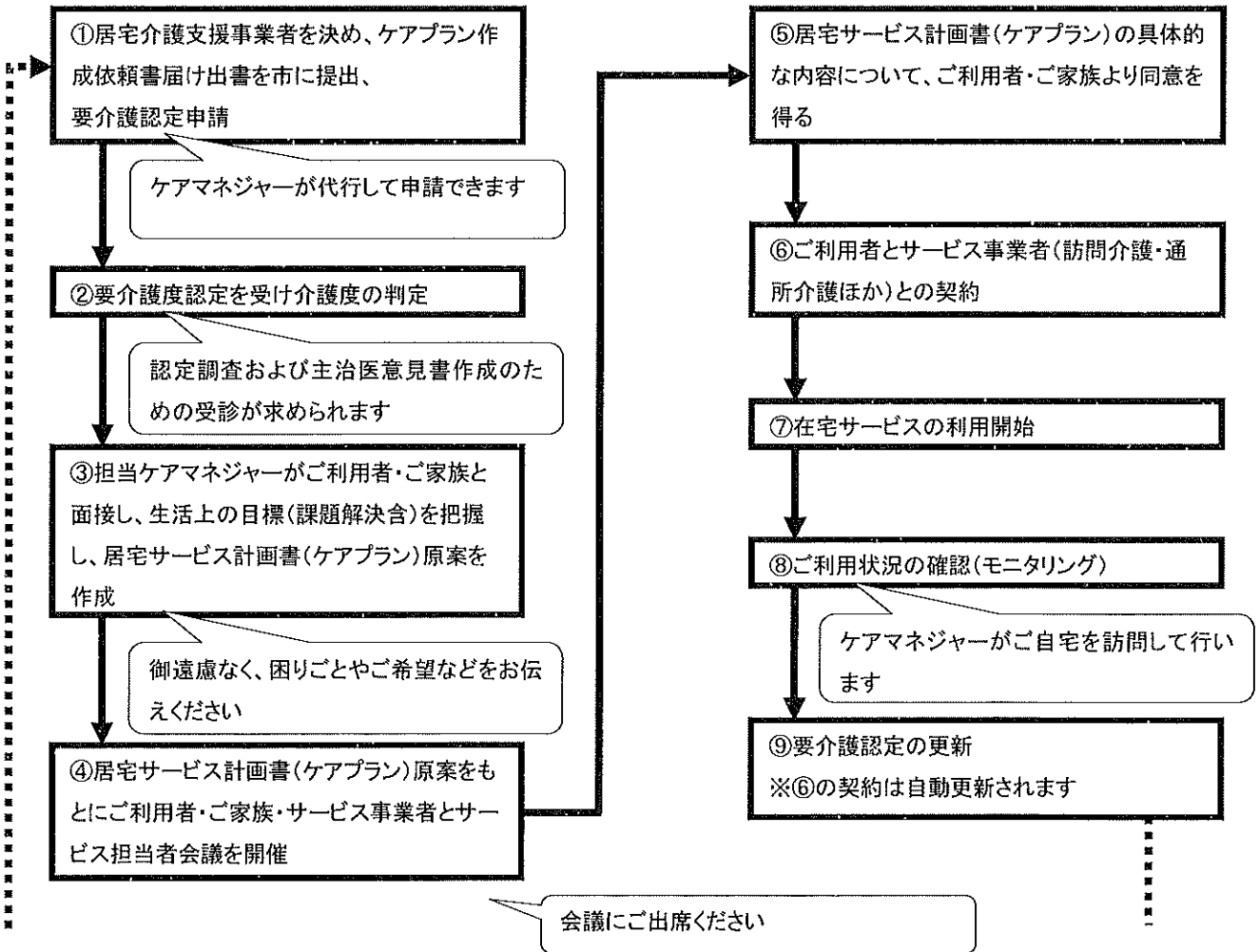
1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0186-47-7222 (午前8時30分～午後5時30分)
介護支援専門員 氏名 _____

2. 指定居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域		
・事業所名	大館市社会福祉事業団ケアプランセンターおおたき	
・所在地	大館市十二所字大水口4-5(つくし苑内)	
・介護保険指定番号	0570401828	
・サービスを提供する地域	大館市、鹿角市	
(2) 事業所の職員体制		
管理者 1人	介護支援専門員 3人以上	事務職員 1人(兼務)
(3) 営業時間		
平日 午前8時30分～午後5時30分		
ただし、国民の休日及び年末年始(12月29日から1月3日)は除く		

3. ケアマネジメントの申し込みから、サービス提供までの流れ



4. 利用料金

(1) 利用料(ケアプラン作成料金)

要介護を受けられた方は、介護保険から全額給付されますので

無料です。

※ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合は以下の自己負担金が発生することがあります。(以下実費の場合の参考として)

居宅介護支援費

要介護1・2	10,860 円	基本部分
要介護3・4・5	14,110 円	基本部分
特別地域加算	×15%	山村振興法に規定される特別地域にある事業所
初回加算	3,000 円	サービス利用開始月
特定事業所加算Ⅱ	4,210 円	厚生労働省が定める基準を満たしている事業所
入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ:2,500 円 Ⅱ:2,000 円	入院時に医療機関に対して情報提供した場合
退院・退所加算	入院・入所期間中	3回を限度に4,500～9,000円/回
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円	医師の指示に基づき居宅において関係者とのカンファレンスを開催した場合の加算
ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円	在宅でお亡くなりになった利用者を対象とし、医師の助言をうけつつ支援(必要な記録含む)を行なった場合
通院時情報連携加算	500 円	ケアマネジャーが診察に同席し、医師・歯科医師等と情報連携し、ケアマネジメントを行う場合
特定事業所 医療介護連携加算	1,250 円	特定事業所加算を算定している等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合
同一建物減算	所定単位数の 95%を算定	同一、または隣接する敷地内の建物に居住する利用者

(2) そのほか自己負担が発生する場合(参考)

① 交通費

前記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、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費が必要となる場合があります。

② 解約料

原則として、お客様はいつでも居宅支援契約を解約することが可能で、一切料金はかかりませんが、次項5.の(2)のエなどに類し、お客様の一方的なご事情により契約の続行ができなくなった場合、以下の料金を頂く場合があります。

契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約した場合	(要介護1～要介護5) 上記法定料金の約半額
市町村への居宅サービス計画の届出の終了後に解約した場合	料金は一切かかりません

(3)その他

・支払い方法

原則無料ですが、料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、14日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと領収証を発行いたします。

お支払い方法は、現金、銀行振込、郵便貯金口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

5. 居宅介護サービスの利用方法

(1)居宅サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所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(3. ケアマネジメントの申込み～参照)。

(2)居宅サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合、いつでも解約できます。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情でサービス提供を終了させていただくことがあります。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、他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

ウ 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。

- ① お客様が介護保険施設に入所した場合
- ② お客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ③ お客様がお亡くなりになった場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や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行為を行った場合は、文書で通知すること等により、即座にサービス提供を終了させていただく場合がございます。

6. 当事業所の居宅介護支援の特徴とその主な業務について

(1) 運営の方針

当事業所は、常に利用者の意思及び人格を尊重し、サービス提供が特定の居宅サービス事業者に片寄らないよう、公平中立に選択できるよう説明し、適切なサービスが行われているか、利用者やご家族のご意見を伺いながら確認します。

※各サービスの利用割合、及びサービスごとの同一事業所によって提供されたものの割合について説明させていただきます。

(2) 居宅介護支援(ケアマネジメント)の主な業務

介護保険・在宅介護サービス等に関することについて、ご相談をお受けします。なお、緊急時の連絡も含め 24 時間連絡可能な体制を敷いております。また、ご利用者・ご家族の同意を得た上で、介護保険給付対象となる以下の業務を行います。

- ① ケアプラン(居宅サービス計画書)の作成
- ② 介護サービスを利用するための申請代行や連絡調整
- ③ 市町村や保健医療・福祉の各サービス機関との連絡調整、及び介護保険以外で、自治体を実施する高齢者向け各種サービス事業の申請代行
- ④ 介護サービスご利用時の苦情の受付

(3) サービス提供事業所の選択と決定

当事業所は、ご利用者に対してケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、公正中立の立場で複数の事業所を紹介し、ご利用者に選択および決定していただきます。また、当該事業所をケアプランに位置付けた理由については、いつでも説明に応じます。

(4) 入院時における医療機関との連携促進

病気や怪我の治療などで入院加療が必要となった場合、病院と連携しながらご利用者の退院後の生活が不安なく送ることができるよう支援させていただきます。そのため、入院時には病院に対し、担当ケアマネジャーの氏名等をお伝えください。また、当事業所にも入院になったことをご連絡ください。

(5) 原則として介護支援専門員が行わない業務

- ① ご利用者の通院介助や送迎、食事の支度など、生活援助や身体の直接介護。
- ② 預貯金の払出しや管理、入院時の身元保証等の本人や家族の代理に当る行為。
- ③ そのほか、家族間問題の調整等、明らかに介護保険マネジメントに関わらない業務。

7. 当事業所のサービス内容に関する苦情

(1) 当事業所に対する、お客様相談・苦情担当(受付:平日の午前9時～午後5時)

ア 当事業所の苦情・相談窓口 介護支援専門員(主任) 能登谷 直美	電話 0186-47-7222
イ 当事業所の苦情・相談解決責任者 在宅事業責任者 和田 誠美	電話 0186-47-7201

(2) 当事業所以外の、市町村等の相談・苦情窓口

ア 市町村介護保険担当窓口

大館市福祉事務所 介護保険係 電話 0186-43-7055 FAX 0186-42-8532

鹿角市福祉事務所健康推進課長寿支援班 電話 0186-30-0237 FAX0186-22-2044

イ 秋田県国民健康保険団体連合会

介護保険担当 電話 018-862-3850 FAX 018-824-0043

※苦情処理第三者委員

水木 暢子 (秋田看護福祉大学) 電話 0186-45-1717 (代)

田村 邦彦 (大館市役所困りごと相談室) 電話 0186-49-3111 (代)

花田 真子 (大館市民生児童委員) 電話 0186-52-3054

公正中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

8. 個人情報の取得及び利用目的と利用方法

当事業所で扱う個人情報に関し、その利用目的と利用範囲及び方法については、ご利用者の同意を得た後、個人情報取扱業務概要説明書に示す範囲内で利用するものとします。

9. 事故発生時の対応

居宅介護支援の提供中に事故が発生した場合は、事業所として速やかに緊急必要な措置を講じると共に、所管当局へ報告のほか、損害賠償を行います。

10. 虐待防止

当事業所は、利用者の人権の擁護及び虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止検討委員会を設置し、定期的な委員会の開催と、虐待防止のための研修を年1回以上行います。

私は、上記のとおり、指定居宅介護支援事業サービスの提供に際し、本書面に基づいて重要事項の説明、並びに個人情報保護の概要について説明を行いました。

令和 年 月 日

大館市社会福祉事業団 ケアプランセンターおおたき

・説明者職名 介護支援専門員 氏名 _____

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、又私の個人情報の利用に関し、その利用の範囲と目的について説明を受けましたので、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

・ご利用者住所 _____

氏名 _____ 印

※自署の場合は押印不要

・署名代行者
(本人との関係) _____ 氏名 _____ 印