

井上病院ケアプランセンターのご案内

(重要事項説明書)

居宅介護支援事業（ケアプラン作成）の提供開始に当たり、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な居宅介護支援を提供する。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none">要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営む事ができる様に配慮する。利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、適切な保健医療及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供される様に配慮する。利用者の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏る事のない様、公正中立に行う。関係市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、医療機関、介護保険施設等との連携に努める。

2. 事業所の概要

事業所の名称	井上病院ケアプランセンター
事業所の所在地	瀬戸市川北町2丁目11番地
管理者の氏名	鈴木 由香
電話・ファックス番号	0561-83-3131 ・ 0561-83-3115
指定事業者番号	2372300190（平成11年11月30日指定）

3. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 社団 順心会
事業者の所在地	瀬戸市川北町2丁目11番地
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 井上 智司
電話番号	0561-83-3131
指定年月日及び指定番号	昭和54年2月28日 54令瀬保第173-1号

4. 職員の職種、人数及び職務内容

従業者の職種	員数	区 分				保有資格の内容
		常 勤		非 常 勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者兼介護支援専門員	1		1			主任介護支援専門員 介護支援専門員 介護福祉士
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	3	2		1		

5. 営業日

営業日	毎週月曜日～土曜日（日曜日・祝祭日・12月29日～1月3日は休み）
営業時間	9：00～17：00（土曜日9：00～12：00）

6. 事業の実施地域

実施地域	瀬戸市、尾張旭市、長久手市 ご希望により、その他の地域の方でも対応可
------	---------------------------------------

7. 苦情相談窓口

当施設の相談窓口	窓口担当者（鈴木 由香） ご利用時間 平日 9:00～17:00 土曜 9:00～12:00 面接・電話 0561-83-3131
その他の関係機関	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課（介護サービス相談室） 平日 9:00～17:00 電話 052-971-4165
	瀬戸市役所 高齢者福祉課 平日 8:30～17:15 電話 0561-88-2620
	尾張旭市役所 介護保険課 平日 8:30～17:15 電話 0561-76-8144
	長久手市役所 長寿課 平日 8:30～17:15 電話 0561-63-0613

8. 第三者評価の実施

第三者評価	第三者評価は実施していません。
-------	-----------------

9. 医療機関との連携

入院時	利用者入院時に、当センターの担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に伝えて下さい。
-----	---

10. 利用料金

利用料	<p>居宅サービス計画書の立案作成等 要介護1・2 1086単位/月 要介護3～5 1411単位/月 要支援1・2は委託元の包括支援センターの規定に準ずる。 1単位は地域区分により10.42円に相当し、小数点以下は切り捨てとなります。</p> <p>※要介護・要支援認定を受けられた方は介護保険から全額支給され、自己負担はありません。保険料の滞納等により利用者負担が発生する場合があります。国の定める介護報酬の改定があった場合は、改定後の利用料とします。</p>
-----	---

11. 加算内容

初回加算	300単位/1回	新しく居宅サービス計画書を作成した場合。 介護区分が2区分以上変更になった場合。		
入院時情報連携加算	250単位/1回	入院から概ね3日以内に自宅での情報を共有した場合。		
	200単位/1回	入院から概ね7日以内に自宅での情報を共有した場合。		
退院・退所加算	450～900単位/1回	医療機関からの退院・施設からの退所に際し、事前に病院・施設の職員と面談し、情報提供を受けた後に居宅サービス計画書を作成した場合。		
			会議参加 無	会議参加 有
		連携1回	450単位	600単位
		連携2回	600単位	750単位
連携3回		900単位		
通院時情報連携加算	50単位/1回	利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師と情報連携をした場合。		
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位/1回	医療機関の求めにより、医師等と共に自宅でカンファレンスを実施し、調整した場合。		

1 2. 虐待防止について

虐待防止	<p>事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止に関する担当者を選定しています。 虐待防止に関する責任者（管理者：鈴木 由香） ・従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施。 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催。 ・虐待の防止のための指針を作成。
------	--

1 3. ハラスメント対策

ハラスメント	<p>事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指す。利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメント等の行為を禁止します。</p>
--------	--

1 4. ケアマネジメントの公正中立性

公正中立性の確保	<p>ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、以下について利用者に説明を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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割合。 ・前6か月間に作成したケアプランに位置付けた訪問介護、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ごとの提供回数のうち、同一事業者によって提供されたものの割合。
----------	--

1 5. 事故発生時における対応方法

事故発生時の対応	<p>サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに、利用者家族、管理者、市町村に連絡を行う。</p>
----------	---

私は、本書面に基づいて井上病院ケアプランセンターの
職員（職名 _____ 氏名 _____）から、上記重要事項の説明を受けました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 _____ 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

署名代筆者 _____ 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

利用者との続柄 _____

代筆理由 _____

個人情報利用に関する説明及び同意書

私及び私の家族の個人情報について、次の目的において使用することに同意します。

1. 使用目的

- (1) 要介護認定の申請、変更申請及び更新申請の為
- (2) 利用者に関わる居宅サービス計画の立案及び円滑に居宅サービス等が提供されるために実施するサービス担当者会議等での情報提供の為
- (3) 医療機関、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体との連絡調整の為
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 緊急を要する時の連絡等の場合、その他のサービス提供時において必要な場合

2. 使用する期間

サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

3. 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を記録する。

医療法人 社団 順心会 御中

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

家族代表 住所

氏名 印

利用者との続柄

署名代筆者 住所

氏名 印

利用者との続柄

代筆理由