

居宅介護支援 重要事項説明書

＜令和3年4月1日現在＞

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	特定非営利活動法人 ぶどうの木
代 表 者 名	理事長 小西 誠
所在地・連絡先	〒869-1101 熊本県菊池郡菊陽町大字津久礼2268-103 電話 (096) -232-1184 FAX (096) -232-1184

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ケアプラン ぶどうの木
所在地・連絡先	〒861-1115 熊本県合志市豊岡字大摩原2000番地91 電話 (096) 342-6880 FAX (096) 342-6881
事業所番号	4371600596
管理者の氏名	管理者 小西 誠

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数 (人)
		常勤 (人)		非常勤 (人)		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1		1			1
介護支援専門員	1		1			1

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	熊本市・菊陽町・大津町・合志市
------------	-----------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業日	月曜日～土曜日、祝日
営業時間	8:30～17:30

3 サービスの内容

- 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成等
 - ※ 課題分析（アセスメント）の実施
 - ※ サービス担当者会議の開催
 - ※ ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施
- 要介護等認定の申請に係る援助
- 給付管理業務

4 費 用

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料 金 表】

■居宅介護支援

区 分		サービス 利用料金
居宅介護 支援費（I）	要介護1・2	10,760円／月
	要介護3・4・5	13,980円／月

加算項目	サービス利用料金
初回加算	3,000円／月

※ 要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、自己負担はありません。

■交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、交通費の実費が必要となる場合がございます。

費用は、事業所から利用者宅まで片道につき1km 15円となります。

■利用料等のお支払方法

浴月初め 10 日前後に請求書を発行し、契約口座より請求月の 28 日頃引き落としさせていただきます。引き落とし確認後、領収書を発行致します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

介護保険法の理念に基づき、要支援状態及び要介護状態にある利用者に対し適正な居宅介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

利用者が要介護状態もしくは要支援状態にあっても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立して日常生活を営めることができるように配慮し、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供されるよう、公正中立な居宅介護支援を行います。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

お客様相談窓口	窓口担当者 小西 誠
	ご利用時間 8:30 ~ 17:30
	ご利用日 月曜日 ~ 金曜日
	ご利用方法 電話 (096-342-6880)
	相談室 (当事業所相談室)
	苦情箱 (ぶどうの木デイサービスセンター内に設置)

※窓口担当者が不在の場合でも、お受けする体制になっております。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

8 個人情報の保護及び秘密の保持について

※ 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』を遵守し適切な取扱いに努めます。

※ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院（診療所）名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。