**介護保険重要事項説明書**

**個人情報使用同意書**

（居宅介護支援事業のご案内）

株式会社　Free avenir

アベニールカルドケアプランセンター

**居宅介護支援事業のご案内**

**（重要事項説明書）**

（2024年10月1日現在）

株式会社 Free avenir

アベニールカルドケアプランセンター

**１、当法人が提供するサービスについての相談窓口**

電話番号 　0467-50-0942

担当者氏名　杉原みどり

**２、事業所概要**

（１）提供できるサービスの種類及びサービス提供地域、指定番号等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | アベニールカルドケアプランセンター |
| 所在地 | 神奈川県鎌倉市常盤115番1号深沢ホワイトプラザ２F |
| 電話番号 | 0467‐50-0942 |
| 開設年月日 | 令和５年９月１日 |
| 指定番号 | 居宅介護支援（令和５年９月1日指定鎌倉市１４７２１０３７１０号） |
| サービスを提供する地域 | 鎌倉市・逗子市・葉山市・藤沢市 |
| 生活保護法指定 | 受けています |

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

（２）本事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | 1名（兼務） |
| 介護支援専門員 | 3名（兼務1名） |
| 事務員 | 1名（兼務） |

（３）営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 平日 | 事務所は午前８時30分～午後5時30分 |
| 土曜日、日曜日、祝祭日12月30日～1月3日 | 事務所は休業ですが、事情によって対応します。 |

※ただし電話により、24時間常時連絡が可能です。

**３、当法人の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・住所 | Free avenir神奈川県鎌倉市常盤115番1号　深沢ホワイトプラザ２F |
| 法人種別 | 株式会社 |
| 代表者役職・氏名 | 代表取締役　杉原　みどり |
| 法人事業本部所在地・連絡先 | 神奈川県鎌倉市常盤１１５番１号　深沢ホワイトプラザ２FTEL:0467-50-0942FAX:0467-50-0952 |
| 事業内容 | 居宅介護支援 |

**４、サービス内容**

①居宅介護支援事業

②介護予防支援事業

③その他、認定調査委託事業

**５、居宅介護支援の利用にあたって**

（１）居宅介護支援利用の流れ

お申込→重要事項説明→当事業所との契約→訪問面接→ケアプラン作成→

ケアプランご利用者への説明と同意の確認→介護サービス利用票発行→

介護サービス提供開始

（２）居宅介護支援の実施概要

所定のアセスメント様式及び居宅サービス計画作成ソフトを使用し作成します。

この際、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求める事ができます。

また当該事業所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。

事業者は、介護支援等の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者及びその家族に対し担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝える様に求めることとします。

（３）サービス利用のために

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事項 | 有・無 | 備考 |
| 介護支援専門員（ケアマネジャー）の変更 | 　有 | 変更を希望される方はお申し出下さい。 |
| 介護支援専門員（ケアマネジャー）への研修の実施 | 　有 | 居宅サービス計画作成にあたる専門家としての研修及び心理面、身体面に関してのケアについて学ぶ専門研修実施。 |
| 解約料 | 　無 | 原則的にはいただきません。 |

**６、利用料金　※料金表（別添１）参照**

（１）利用料

皆様が毎月支払われる介護保険料等から介護報酬として国保連合会を通して支払われますので、自己負担金は不要です。

保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき料金表記載の金額をいただき、当法人から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当該の自治体介護保険担当窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

（２）サービス利用にかかる実費負担額

サービス利用にかかる下記の費用は介護保険給付の対象ではありませんので、実費をいただきます。

①交通費

2の（１）で示す「サービスを提供する地域」以外にお住まいの方は、介護支援専門員（ケアマネジャー）が訪問する為の実費交通費をいただきます。

②ご利用者のお求めに応じて資料等をコピーした場合の実費

③①～②以外で予めご利用者と確認をした費用

（３）料金のお支払い方法

前項（２）に記載のある料金は、基本的には現金でいただきます。また、お　支払いただきました金額分の領収書を発行します。

**７、緊急時の対応方法**

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

**８、サービス内容に関する苦情**

下記の窓口担当者にご連絡ください。

（当社の苦情相談窓口）

|  |  |
| --- | --- |
| アベニールカルドケアプランセンター電話　0467-50-0942対応時間　月曜～金曜日９時～１７時土日祝日・１２月３０日～１月３日を除く | 管理者　杉原　みどり |

（行政の相談窓口）お住いの市役所の介護保険担当窓口です。

|  |  |
| --- | --- |
| 鎌倉市 | 0467-23-3000（代表） |
| 逗子市 | 046-873-1111（代表） |
| 葉山町 | 046-876-1111（代表） |
| 藤沢市 | 0466-50-3527(介護保険課) |

（神奈川県国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険介護苦情相談係 | 電話 0570-022110（苦情専用ダイヤル） |

９、損害賠償保険への加入本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険会社名 | 東京海上日動パートナーズTOKIO |
| 保険名 | 超ビジネス保険(事業活動包括保健) |

**１０、虐待防止のための措置に関する事項**

事業所は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、

　従業者に対し、研修を定期的に実地する等の措置を講ずる。

　虐待防止委員会を設置し遂行する。

　　年　　月　　日

居宅介護支援事業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。

アベニールカルドケアプランセンター

説明者　職名　介護支援専門員

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅介護支援事業の利用開始に同意しました。

利用者〈住所〉

〈氏名〉　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代筆者〈住所〉

〈氏名〉（続柄：　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

保証人〈住所〉

〈氏名〉（続柄：　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**個人情報の取扱いについて**

**個人情報の利用目的**

利用者の個人情報は、以下の目的のために利用させていただきます。

**① 法人内部で個人情報を利用する目的は次のとおりです。**

1）定款に定める各事業の利用者に提供するサービスのため。

2）定款に定める各事業に係る保険請求事務、委託料請求事務、運営費請求事務のため。

3）定款に定める各事業の事業所等の管理運営業務のうち、利用者の入退所等の管理、会計・経理事務、事故等の報告、利用者へのサービスの向上のための各種アンケート業務のため。

4）定款に定める各事業のサービスや業務の維持、改善、教育、研修のための基礎資料のため。

5）定款に定める各事業所等で行われる学生等への実習への協力のため。

**② 他の事業者等へ個人情報を提供する目的は次のとおりです。**

1）定款に定める各事業を実施する事業所がサービス提供している利用者に関し、よりよいサービス提供に向け、当該利用者にサービス提供する他の事業者等と情報交換・共有するため。

2）定款に定める各事業に係る保険請求事務、委託料等請求事務、運営費請求事務のうち、請求事務の委託・請求システムの保守管理、審査支払機関ないし行政への請求データ等の提出、審査支払機関又は保険者、行政機関等公共機関からの照会への回答のため。

3）損害賠償請求等に係る保険会社等への相談又は届出のため。

4）利用者からの相談に係る、公的機関、医師、弁護士等との相談又は届出のため。

**個人情報の保管・廃棄**

利用者個人情報は、各種法令で定められた期間は安全かつ適正に保管し、保管期間の過ぎた個人情報は速やかに適正な方法で廃棄します。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

**個人情報使用同意書**

**アベニールカルドケアプランセンター御中**

私（利用者）及び家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で利用することに同意します。また、上記利用者の家族の個人情報についても同様に、必要最小限の範囲内で利用することに同意します。

1．使用目的：サービス担当者会議、関係機関への連絡等

2．条件：契約書第16条に規定する個人情報の提供は、提示した使用目的に沿って必要最小限にし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと。

令和　　年　　月　　日

利用者〈住所〉

〈氏名〉　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代筆者〈住所〉

〈氏名〉（続柄：　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　印

家族代表〈住所〉

〈氏名〉（続柄：　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　印

別添１

**アベニールカルドケアプランセンター**

**居宅介護支援事業　料金表**

（こちらの料金表の表示金額は全て課税項目について税込み表示です）

**１、利用料　※自己負担額はありません。**

事業者は保険者から介護度により、ケアプラン作成料として下記の支払いを受けます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居宅介護支援費Ⅰ | 介護度 | 金額 |
| 取扱件数が40件未満 | 要介護１・２ | 11,889円（1,076単位） |
| 要介護３・４・５ | 15,447円（1,398単位） |
| 取扱件数が40件以上60件未満 | 要介護１・２ | 5,955円（539単位） |
| 要介護３・４・５ | 7,712円（698単位） |
| 取扱件数が60件以上 | 要介護１・２ | 3,569円（323単位） |
| 要介護３・４・５ | 4,618円（418単位） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居宅介護支援費Ⅱ | 介護度 | 金額 |
| 取扱件数が44件未満 | 要介護１・２ | 11,889円（1,076単位） |
| 要介護３・４・５ | 15,447円（1,398単位） |
| 取扱件数が45件以上60件未満 | 要介護１・２ | 5,768円（522単位） |
| 要介護３・４・５ | 7,480円（677単位） |
| 取扱件数が60件以上 | 要介護１・２ | 3,458円（313単位） |
| 要介護３・４・５ | 4,486円（406単位） |

**上記の基本サービス費に下記の該当分を加算いたします。**

＊地域区分「3級地1単位11.05円」で計算しています。地域区分は、介護従事者の給与等の地域差に配慮するために設定されたものです。8つに区分され、事業所所在地が該当する区分によって報酬単価の上乗せ割合が定められています。

**【特定事業所加算Ⅱ】4,497円／月（407単位）**

以下の要件を満たすこと。

①主任介護支援専門員を配置していること。

②常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。

③利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。

④24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。

⑤運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。

⑥介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上（居宅介護支援費Ⅱを算定の場合は45件以上）でないこと。

⑦介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。

⑧地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

⑨地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。

⑩法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備

⑪他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

⑫必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援サービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

**【初回加算】3,315円／回（300単位）**

新規に居宅サービス計画を作成する場合及び要支援者が要介護認定を受けた場合にサービス計画を作成する場合、要介護状態区分の2段階以上の変更認定をうけた場合。

**【入院時情報連携加算Ⅰ】2,210円／月（200単位）**

利用者が病院・診療所に入院後3日以内に病院・診療所の職員に対し、利用者の必要な情報提供を行った場合。

**【入院時情報連携加算Ⅱ】1,105円／月（100単位）**

利用者が病院・診療所に入院後7日以内に病院・診療所の職員に対し、利用者の必要な情報提供を行った場合。

**【退院・退所加算】（入院等期間中1回まで初回加算を算定する場合は算定不可）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （Ⅰ）イ | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法で一回受けている場合。 | 4,972円（450単位） |
| （Ⅰ）ロ | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けている場合 | 6,630円（600単位） |
| （Ⅱ）イ | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法で二回以上受けている場合。 | 6,630円（600単位） |
| （Ⅱ）ロ | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回以上受けており、うち一回以上はカンファレンスによる場合 | 8,287円（750単位） |
| （Ⅲ） | 病院等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回以上はカンファレンスによる場合 | 9,945円（900単位） |

**【通院時情報連携加算】552円／回（50単位）（月に1回まで）**

利用者が医師の診察をうける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、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（ケアプラン）に記録した場合。

**【緊急時等居宅カンファレンス加算】2,210円／回（200単位）（月に2回まで）**

病院又は診療所の求めにより、当該職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合。