

居宅介護支援事業所重要事項説明

1：事業者の概要

- (1) 法人名称：合同会社 翔蓮
- (2)：下山 真代
- (3) 所在地・連絡先：熊本県上益城郡益城町大字下陳 230 番地 3
電 話：070-6551-4628
F A X：096-286-5930
事業所番号：4372802233

2：事業所の概要

- (1)：ケアプランテラス翔蓮
- (2) 所在地・連絡先：熊本県上益城郡益城町大字下陳 230 番地 3
電 話：070-6551-4628
F A X：096-286-5930
- (3)：4372802233
- (4) 管理者氏名：下山 真代
- (5) 事業所職員体制：管理者（主任介護支援専門員）1 名
従事者（介護支援専門員 兼務）
合計 1 以上
管理者職務：職員管理及び指導監督、業務実施状況の把握
介護支援専門員職務：居宅サービス計画の作成
居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整等
（＊担当件数：介護支援専門員 1 人当たりの担当件数は
4 4 件未満。要支援者含む）
- (6) 事業の実施地域：益城町・熊本市東区・西原村・御船町・菊陽町・大津町
（上記以外の地域に関してはご相談ください。）
- (7) 営 業 日：月曜日から金曜日まで
営業時間：平日（8：30～17：30）/
休 日：土日曜日・祝日 12月30日～1月3日

3：提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法

- (1) 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- (2) 要介護（要支援）認定の申請代行
- (3) 給付管理
- (4) 介護保険施設入所に関する紹介その他の便宜の提供

4：利 用 料 金 表

居宅介護支援費

区分	項 目	金 額
基 本	要介護 1 又は要介護 2	10,860 円／月
	要介護 3 から要介護 5	14,111 円／月
加 算	初回加算 新規に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が 2 区分以上変更された場合	3,000 円／月
	特定事業所加算Ⅰ	5,190 円／月
	特定事業所加算Ⅱ	4,210 円／月
	特定事業所加算Ⅲ	3,230 円／月
	特定事業所加算 A	1,140 円／月
	厚生労働大臣が定める基準に適合する場合	
	入院時情報連携加算Ⅰ 当該病院等へ必要な情報を提供した場合	2,500 円／月 (入院日当日)
	入院時情報連携加算Ⅱ 当該病院等に対して必要な情報を提供した場合	2,000 円／月 (3 日以内)
	退院・退所加算 退院や退所時にサービス計画書を作成した場合	4,500～9,000 円／回 (カンファレンス等への参加など 条件に該当した場合のみ)
	居宅支援特定事業所医療介護連携加算	1,250 円／月
	居宅支援通院時情報連携加算	500 円／月
	緊急時等居宅カンファレンス加算 病院等の求めにより医師又は看護師等と共に居宅を訪問し、カンファレンスを行った場合	2,000 円／月
	居宅支援ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円／回

※自己負担額はありません。ただし、利用者の介護保険料の滞納等により、介護保険給付が当事業所に支払われない場合は、上記の利用料金をお支払い頂く場合があります。

※加算については条件が該当した場合のみとなります。

5：交通費：事業の実施地域

上記の実施地域にお住まいの方は無料です。

上記以外の地域からかかった 1 キロあたり 20 円を請求する場合があります。

6：事業所の目的

ケアプランテラス翔蓮（以下「本事業所」という。）は、指定居宅介護支援の事業を

行うものであり、居宅要介護者等が指定居宅サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者等の依頼を受けて、居宅サービス計画を作成するとともに、居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、指定居宅サービス事業者等との連絡調整、介護保健施設への紹介及びその他の便宜の提供を行ない、地域住民の福祉の増進に貢献することを目的とします。

7：運営の方針

本事業所は、次に掲げる基本方針に基づき事業を運営いたします。

- ①要介護状態等となった場合においても、その利用者が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た日常生活を営むことができるように配慮します。
- ②利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ③指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行ないます。
- ④市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保健施設等との連携に務めます。
- ⑤正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒みません。

8：アセスメント（評価）の方法及び事後評価

ご利用の方の直面している課題等を生活全般にわたって十分に把握し、特に個々の方特有のニーズを明らかにし、個別性ある介護支援サービスを実践するための課題等を整理・評価し、ご説明のうえプランの作成を致します。ご利用の方の居宅を訪問する頻度は原則として月に1回以上、また、状態の変化に応じて適宜訪問を行い居宅サービス計画の実施状況の把握に努めます。

9：サービス内容に関する苦情等相談窓口

（1）ケアプランテラス翔蓮

管理者：下山 真代（主任介護支援専門員）

営業日：月曜日から金曜日まで

営業時間：平日（8：30～17：30）

休日：土日曜・祝日 12月30日～1月3日 8月13日～8月15日

日

：電 話 0 7 0 - 6 5 5 1 - 4 6 2 8

F A X 0 9 6 - 2 8 6 - 5 9 3 0

(2) その他苦情申し立ての窓口

益城町東部圏域地域包括 支援センター	所在地	益城町大字宮園 1 1 3 9 - 1
	電話番号	0 9 6 - 2 8 9 - 0 0 9 9
	FAX 番号	0 9 6 - 2 8 9 - 0 0 1 5
	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
益城町西部圏域地域包括 支援センター	所在地	益城町大字惣領 1 4 4 0 - 1 0 ルミナスマンション 1 階
	電話番号	0 9 6 - 2 8 5 - 4 8 2 2
	FAX 番号	0 9 6 - 2 8 5 - 4 8 2 4
	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
益城町福祉課介護保険係	所在地	益城町大字宮園 7 0 2
	電話番号	0 9 6 - 2 8 6 - 3 1 1 4
	FAX 番号	0 9 6 - 2 8 6 - 4 5 2 3
	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5
【公的団体の窓口】 熊本県国民健康保険団体 連合会 介護保険対策室 苦情係	所在地	熊本市東区健軍 1 丁目 1 8 番地 7 5
	電話番号	0 9 6 - 3 6 5 - 0 3 2 9
	FAX 番号	0 9 6 - 2 1 4 - 1 1 0 5
	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

1 0 : 担当の介護支援専門員

あなたを担当させていただく介護支援専門員は _____ です。

やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡させていただきます

本書面に基づいて _____ から上記重要事項の説明を受け
十分に理解した上で居宅介護支援事業所の利用を同意します。

居宅介護支援事業所利用同意書

令和 年 月 日

利用者 住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

連 絡 先 : _____

家族又は代理人
(選任した場合)

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

連 絡 先 : _____

利用者との関係 : _____

事業者	法人名	合同会社 翔蓮
	住 所	熊本県上益城郡益城町大字下陳 2 3 0 - 3

	事業所名	ケアプランテラス翔蓮
	住 所	熊本県上益城郡益城町大字下陳 2 3 0 - 3

管理者

下山 真代

印