



ケアプランセンター 六花

## 重要事項説明書

### 1. 担当する介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 0745-43-6987

### 2. 運営法人（事業者）概要

|        |                                                                       |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| 法人名    | 株式会社 六花（ろっか）                                                          |
| 法人所在地  | 大阪府八尾市植松町6丁目9番34号                                                     |
| 代表者氏名  | 代表取締役 石田 力（いしだ ちから）                                                   |
| 電話番号   | 072-922-6987(代)                                                       |
| Fax 番号 | 072-990-6988                                                          |
| ホームページ | <a href="http://www.rokka-fukushi.jp">http://www.rokka-fukushi.jp</a> |
| 設立年月日  | 昭和47年4月22日                                                            |

### 3. 事業所の概要

|           |                                          |
|-----------|------------------------------------------|
| 名称        | ケアプランセンター 六花                             |
| 種類        | 指定居宅介護支援事業所                              |
| 保険事業者指定番号 | 2973100361                               |
| 所在地       | 奈良県北葛城郡上牧町大字上牧 537-16                    |
| 電話番号      | 0745-43-6987（代）                          |
| FAX 番号    | 0745-77-6988                             |
| 管理者       | 児島 有加（こじま ゆか）                            |
| サービス提供地域  | 北葛城郡・香芝市・生駒郡・大和高田市・磯城郡・橿原市<br>葛城市        |
| 営業日・営業時間  | 月・火・木・金 8:30～17:30<br>年末年始（12/30～1/3は除く） |

#### 4. 事業所の職員体制

|         | 人数    | 勤務形態  | 業 務 内 容       |
|---------|-------|-------|---------------|
| 管 理 者   | 1 名   | 常勤・兼務 | 事業所の管理・運営     |
| 介護支援専門員 | 1 名以上 | 常勤・兼務 | 居宅介護支援業務・庶務事務 |
| 事務員     | 1 名以上 | 常勤    | 必要な事務         |

#### 5. サービス内容

##### (1) 居宅訪問

介護サービス計画作成にあたり、利用者のおかれている環境の評価や現に抱えている問題を把握するため、居宅訪問による面接調査を行います。また、当該計画作成後においても、介護サービス計画の実施状況を把握し、居宅訪問等の方法によりサービス計画の変更やサービス事業者の選定など、利用者やご家族の希望を踏まえつつ、公正中立に介護支援を行います。

##### (2) 介護サービス計画の作成

自宅において日常生活を営むために必要なサービスを利用できるよう、心身の状況等を勘案し、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成致します。

##### (3) 事業所間の連絡調整及び意識の共有

当該計画に基づきサービス提供が確保されるように、事業所との連絡調整を行うとともに、居宅サービス計画等に位置付けた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることによって、事業所の意識の共有を図ります。

##### (4) 緊急時連絡体制

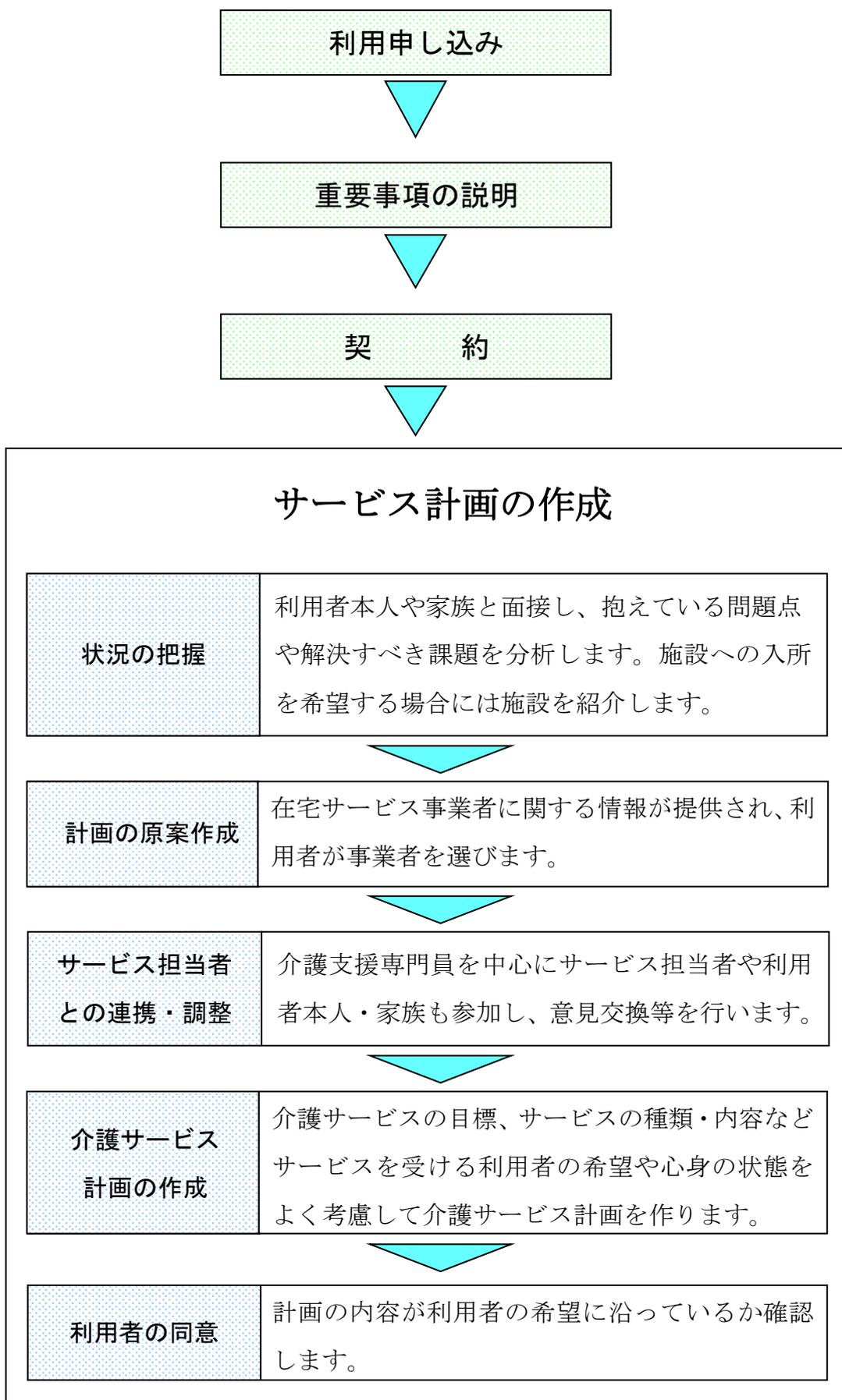
緊急時において、365日24時間緊急連絡体制により対応します。

緊急連絡先 担当者 児島 有加 0745-43-6987

##### (5) その他のサービス

- ・相談業務…電話・訪問・来所等を通して利用者の相談に適切に対応します。
- ・申請代行…介護認定の申請やその他介護保険サービスを利用するにあたり、必要な申請手続きの代行を行います。
- ・給付事務…国保連に提出する介護保険の給付管理を行います。

6. 申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



## 7. 利用料金

利用料は介護保険で10割給付されますので、自己負担はありません。

\*但し、保険料を滞納されますと、本来給付される利用料を全額負担しなければならなくなり、下記の利用料がかかることとなります。

### イ. 居宅介護支援費(同一敷地内建物等の利用者については5%の減算)

#### ◆居宅介護支援費(Ⅰ)取扱件数が50件(注)未満

要介護1, 2 1,086単位/月

要介護3, 4, 5 1,411単位/月

注 但し、ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置

#### ◆居宅介護支援費(Ⅱ)取扱件数が50件以上60件未満

要介護1, 2 544単位/月

要介護3, 4, 5 704単位/月

#### ◆居宅介護支援費(Ⅲ)取扱件数が60件以上

要介護1, 2 326単位/月

要介護3, 4, 5 422単位/月

ロ. 初回加算 300単位/月

ハ. 特定事業所加算 (Ⅰ) 519単位/月

(Ⅱ) 421単位/月

(Ⅲ) 323単位/月

(A) 114単位/月

ニ. 特定事業所医療介護連携加算 125単位/月

ホ. 入院時情報連携加算 (Ⅰ) 250単位/月

(Ⅱ) 200単位/月

ヘ. 退院・退所加算(入院または入所期間中1回を限度)

(Ⅰ)イ 450単位・(Ⅰ)ロ 600単位

(Ⅱ)イ 600単位・(Ⅱ)ロ 750単位

(Ⅲ) 900単位

ト. 通院時情報連携加算 50単位/月

チ. 緊急時等居宅カンファレンス加算(月2回限度) 200単位

リ. ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月

## 8. 相談窓口・苦情対応について

(1) サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応します。

- ・担当者 児島 有加 (管理者)
- ・電話番号 0745-43-6987
- ・対応時間 10:00～16:00

(2) 相談または苦情対応について

相談・苦情に対する常設の窓口として、担当者が対応することとしています。  
また、担当者が不在の場合は、基本的事項等について担当者に引き継ぎます。

(3) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情があった場合には、直ちに担当者が相手方に連絡を取り、詳しい状況を聞くとともに、職員からも事情を確認します。
- ・苦情の内容によっては、当該利用者の介護支援専門員に連絡を取り利用者宅へ訪問し、必ず具体的な対応を迅速に行い、その記録を台帳に保管し、再発防止に努めます。

(4) 公的機関への苦情申し出は次の窓口で対応します。

- ・奈良県国民健康保険団体連合会  
電話番号 0744-29-8311  
受付時間 午前8時30分から午後5時15分
- ・上牧町役場健康福祉部 生き生き対策課  
電話番号 0745-79-2020  
受付時間 午前8時30分から午後5時15分

## 9. サービス提供における事故発生時の対応

(1) サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をとるとともに必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対して当事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償いたします。

## 1 0. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者：管理者 児島 有加（こじま ゆか）

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 1 1. 心身の状態の把握について

サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## 1 2. 業務継続計画（BCP）の策定及び衛生管理

(1) 火災、地震等自然災害対策

別途定めるマニュアル乗っ取り対応します。但し、地震を想定した訓練を年1回行います。

(2) 感染症の予防及びまん延の防止に関する対策

(ア) 感染症が発生又はまん延しないように次の措置を講ずるものとします。

① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の設置

② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の規定

③ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修を年2回、訓練を年1回実施

(イ) 職職員教育を組織的に浸透させていくために、当該事業所が定期的な教育を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施します。

### 1 3. 秘密保持及び個人情報の保護

#### (1) 秘密保持

- ①従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。
- ②従業者であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。

#### (2) 個人情報の保護

- ①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ダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守し適切な取扱いに努めるものします。
- ②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。

### 1 4. 公正中立なケアマネジメントの確保

利用者やその家族に対し、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めること及び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。

### 1 5. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を検討するための委員会を設置します。

### 1 6. 同一事業者によって提供されたものの割合について

前6カ月間における当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙の通りです。また、前6カ月間については、次の期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象。

① 前期（3月1日から8月末日）

② 後期（9月1日から2月末日）

#### 17. 損害賠償保険への加入

当事業所は以下の損害賠償保険に加入しています。

(1) 加入保険…損保ジャパン日本興亜(株) 賠償責任保険

(2) 補償内容…通所介護事業者が業務に起因して利用者などの第三者に身体的障害与え、又は財物を滅失・破損もしくは汚損した結果、法律上の損害賠償責任を負った場合にその損害を補償する。

(注) 当事業所は、この契約時において、第三者による外部評価は受けていません。

# ケアプランセンター六花重要事項説明同意書

〈〈家 族 保 管 用〉〉

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定居宅介護支援事業所 ケアプランセンター六花  
説明者名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

また、この文書が契約書の別紙となることについても同意しました。

契約者氏名

利用者 (住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人 (住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

※ 利用者が署名捺印できない場合は、利用者代理人の方に署名捺印をお願い致します。

(事業者) 大阪府八尾市植松町6丁目9番34号  
株式会社 六 花  
代表取締役 石 田 力 印  
(事業所) 奈良県北葛城郡上牧町大字上牧537-10  
ケアプランセンター 六 花  
管理者 児 島 有 加 印

# ケアプランセンター六花重要事項説明同意書

〈〈事業者保管用〉〉

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定居宅介護支援事業所 ケアプランセンター六花  
説明者名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

また、この文書が契約書の別紙となることについても同意しました。

契約者氏名

利用者 (住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人 (住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

※ 利用者が署名捺印できない場合は、利用者代理人の方に署名捺印をお願い致します。

(事業者) 大阪府八尾市植松町6丁目9番34号  
株式会社 六 花  
代表取締役 石 田 力 印  
(事業所) 奈良県北葛城郡上牧町大字上牧537-10  
ケアプランセンター 六 花  
管理者 児 島 有 加 印