

居 宅 介 護 支 援

重要事項説明書

株式会社 ノースアップ

居宅介護支援事業所ケアヒルズ四日市

〈事業所番号：2470205341〉

居宅介護支援 重要事項説明書

1. 弊社が提供するサービスについての相談窓口

ケアヒルズ四日市

電話：059-340-3010（午前9時00分から午後5時00分まで）

FAX：059-340-3050

担当：介護支援専門員 磯野 智

*介護に関する相談、要望、苦情等はなんでもお申し出ください。

2. ケアヒルズ四日市の概要

(1) 事業所の名称・所在地・サービス提供地域等

事業所名	居宅介護支援事業所 ケアヒルズ四日市
所在地	三重県四日市市大字日永 5380-157
介護保険指定番号	2470205341
他の提供サービス	訪問介護 通所介護
サービス提供地域	四日市市、鈴鹿市、菰野町、桑名市

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護支援専門員	(1)名		(1)名
介護支援専門員	介護支援専門員	3名	5名	8名
事務職員		0名		0名
従業者計		3名	5名	8名

(3) 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間	月～金曜日 9:00～17:00
休日	土・日曜日及び12月30日～1月3日

営業日及び営業時間は上記の通りですが、ご利用の要望にあわせて実施いたします。

遠慮なくお申し出ください。

ケアヒルズ四日市 ⇒ 059-340-3010

休日・夜間・緊急時 ⇒ 080-5297-7400

3. 居宅介護支援の申込からサービス提供までの流れと主な内容

- (1) 市役所へ申請。(代行可)
- (2) 認定調査及び結果通知。
- (3) 弊社への居宅サービス計画作成の申し込み⇒市に提出。
- (4) 居宅サービス計画書(ケアプラン)作成。
ご利用者、ご家族の希望内容を確認し、ケアプランを作成いたします。
- (5) ケアマネージャーが必要なサービス事業者の紹介等を行います。
- (6) サービス開始及び定期的なプランの見直し。

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護1、2 1,086単位/月

要介護 3、4、5 1,411 単位/月
特定事業所加算 (Ⅲ) 323 単位/月
初回加算 300 単位 (初回のみ)
入院時情報連携加算 (Ⅰ) 250 単位/回
入院時情報連携加算 (Ⅱ) 200 単位/回
退院・退所加算 (Ⅰ) イ 450 単位/回
退院・退所加算 (Ⅰ) ロ 600 単位/回
退院・退所加算 (Ⅱ) イ 600 単位/回
退院・退所加算 (Ⅱ) ロ 750 単位/回
退院・退所加算 (Ⅲ) 900 単位/回
通院時情報連携加算 50 単位/回
同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント 所定単位数の 95%を算定
6 級地 (10.42 円)
※原則として自己負担はありません。

(2) 交通費

サービス提供地域内のお住まいの方は無料です。その地域以外の方は、介護支援専門員が訪問するときの交通費として、通常の地域を越えた地点から 1km 毎に 15 円必要です。

(3) 料金のお支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 20 日までに前月分の請求をいたしますので、ケアヒルズ四日市が定める期日までにお支払ください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払方法は、銀行振入、現金集金、口座自動引き落としの 3 通りの中からご契約の際にお選びください。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。弊社職員がお伺いいたします。契約をしたのち、サービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

イ. ご利用者のご都合でサービスを終了する場合、口頭等でお申し出下さればいつでも解約できます。

ロ. 弊社の都合でサービスを終了する場合。

人員不足等、やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は終了 1 カ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

(3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

イ. ご利用者が介護保険施設等に入所した場合。

ロ. 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、要支援または非該当 (自立) と認定された場合。この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

ハ. ご利用者がお亡くなりになったとき

(4) その他

ご利用者やご家族などが、弊社や弊社の介護支援専門員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

6. 弊社の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

イ. ご利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した生活を営むことが出来るように配慮します。

ロ. ご利用者の意思及び人格を尊重し、サービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者に偏らないように、公正中立に行います。

八、市町、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、医療機関等との連携に努めます。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

- イ、居宅サービス計画書（ケアプラン）作成に当っては、ご利用者本人等の課題発見と解決するための目標設定及びその具体的サービス内容をご相談し、取り決めいたします。
- ロ、これらの相談場所及び課題の分析のために開催するサービス担当者会議の開催場所は、ご利用者のご自宅または関係する事業所で実施します。

(3) サービス利用のために下記のことを実施しています。

事 項	有 無	備 考
介護支援専門員の変更	有	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題把握）	—	
介護支援専門員の研修参加	有	現任研修（1回/年）他

(4) 利用者の意思に基づいた契約であることの確保

ご利用者及びご家族は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が可能であること
- ・ 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ること

以上の説明を受けたうえ、ご利用者の意志に基づき居宅サービス事業所を選択していただきます。

※なお、①前6月間に作成した居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与および地域密着型通所介護が位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、②前6月間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護、通所介護、福祉用具貸与および地域密着型通所介護ごとの回数のうち同一の指定居宅サービス事業者または指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）は別紙のとおりです。

7. サービス内容に関する苦情

(1) 弊社ご利用者相談・苦情担当

弊社の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び、居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスに関するご相談・苦情を承ります。

担当：介護支援専門員 磯野 智 電話 059-340-3010

(2) 弊社以外に、四日市市及び三重県国保連の相談・苦情窓口等に苦情等を伝えることができます。

四日市市役所 介護保険課 電話 059-354-8190

三重県国保連 介護保険課 介護保険係 電話 059-213-6500

三重県福祉サービス運営適正化委員会 電話 059-224-8111

8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

実施の有無	無
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

9. 当社の概要

名称・法人種別 株式会社ノースアップ

代表者役職・氏名 代表取締役 井上 信正

本社・事業所所在地 三重県四日市市日永 5380-157

電話番号 059-340-3010

主な事業 介護保険関連事業（居宅介護支援・訪問介護・通所介護・サービス付き高齢者向け住宅）

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

〈所在地〉 四日市市大字日永 5380-157
〈事業者名〉 居宅介護支援事業所ケアヒルズ四日市
〈事業所番号〉 2470205341
〈管理者〉 介護支援専門員 磯野 智
〈説明者氏名〉 _____

私は、契約書および本書面により、居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、了承し、本書面の交付を受けました。また、**6（4）の項目について、パンフレット等により複数の事業所の紹介を受けたうえ、当該事業所を位置づけられた理由の説明を受け、私の意志に基づき了承しました。**

- 緊急的な対応にも柔軟に対応してもらえると考えたため。
- サービスの質が高く、心身の状態を考慮し、利用者の意志により選択したため。
- 身体機能的な面を考慮し、より近くで安心したサービスを受けられると考えたため。
- その他（ _____ ）

令和 年 月 日

〈ご利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____