

ケアプランセンター ルミエール 重要事項説明書

＜令和 6年 9月 1日 現在＞

1 居宅介護支援事業所『ケアプランセンター ルミエール』が提供するサービスについて

(1) 担 当 後藤 浩之 (管理者・主任介護支援専門員)

(2) 電 話 048-580-7562
FAX 048-562-7878

(3) 受付時間 午前8時00分～午後6時00分

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

2 ケアプランセンター ルミエールの概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	ケアプランセンター ルミエール
所在地	埼玉県羽生市上岩瀬1806番地
介護保険指定番号	居宅介護支援事業所 (埼玉県1173900406号)
サービスを提供する地域	羽生市・加須市・鴻巣市・行田市・久喜市・館林市・明和町

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

管理者 1名 (兼務)
介護支援専門員 3名以上 (管理者兼務1名・常勤専従3名以上)

(3) 営業時間

月曜日～日曜日 (祝祭日を含む) ※但し、12月31日～1月3日除く	午前8時00分～午後6時00分 ※日曜日は午前9時00分～ 午後6時00分
---------------------------------------	---

※緊急連絡電話 080-4369-6256

3 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

支援の申し込み

↓

計画の原案の作成

↓

サービス担当者との
連絡・調整

↓

居宅介護サービス
計画作成

↓

利用者の同意

↓

サービスの提供開始

- ・ご本人及びそのご家族と面接し、要介護度の確認と問題点・解決すべき課題を分析します。

- ・居宅サービス事業所の情報を提供し、ご本人がサービスを選択できます。

- ・介護支援専門員を中心にサービスの担当者やご本人及びそのご家族も参加し、意見交換等を行います。

- ・居宅サービスの目標と達成時期、サービスの種類・内容・利用料等、サービスを受けるご本人の希望や心身の状態をよく考慮して作成します。

- ・計画の内容を説明し、計画がご本人の希望に合っているかを確認します。

- ・介護支援専門員が、毎月の家庭訪問にてご本人及びご家族と連絡をとり経過を把握します。

4 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、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。

※保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当支援事業所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保険者の窓口へ提出しますと、全額払戻しを受けられます。

○要介護1・2 11,316円

○要介護3～5 14,702円

○初回加算 3,126円

新規に居宅サービス計画を作成する場合、要支援者が要介護認定を受けた場合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に居宅サービス計画を作成する場合

○特定事業所加算Ⅱ 4, 240円

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開催すること。」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（1月につき）

○特定事業所加算Ⅲ 3, 219円

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開催すること。」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（1月につき）

○入院時情報提供加算（Ⅰ） 2, 605円

介護支援専門員が当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を入院した日のうちに行った場合（提供方法は問わない）

※入院日以前の情報提供を含む

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む

○入院時情報提供加算（Ⅱ） 2, 084円

介護支援専門員が当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を入院した日の翌日又は翌々日に行った場合（提供方法は問わない）

※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業でない場合は、その翌日を含む。

○退院・退所加算 1回 4, 689円（会議参加あり 6, 252円）

2回 6, 252円（会議参加あり 7, 815円）

3回 9, 378円（会議参加が必須）

退院等に当たって病院職員等から必要な情報をうけて、居宅サービス計画を作成し居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

○緊急時カンファレンス加算 2, 084円

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の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（1月に2回を限度）

○ターミナルケアマネジメント加算 4, 168円

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断したご利用者又はそのご家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問によりご利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握したご利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合

○特定事業所医療介護連携加算 1,302円

退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行くとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定した場合

○通院時情報連携加算 521円

ご本人が医師や歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師等にご本人の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等からご本人に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画書（ケアプラン）に記録した場合

交通費

ア 前記2の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

イ 通常の事業の実施地域を越えて行うサービスに要した交通費は、その実費を頂きます。

ウ なお自動車を使用した場合の交通費は、下記の通りです。

通常の事業の実施地域を越えた地点から、5キロメートル未満は100円を徴収します。さらに越える場合は1キロメートルにつき、20円とします。

（2）解約料

いつでも契約を解除でき、一切料金はかかりません。

5 当事業所の居宅介護支援の特徴等

（1）運営の方針

ア 事業所の介護支援専門員は、要介護等の心身の特性を踏まえて、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようお手伝い致します。

イ 介護保険法令の趣旨に従って、居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ります。

（2）居宅介護支援の実施概要等

ア 居宅サービス計画作成の支援

イ 経過観察・再評価

ウ 施設入所の支援

エ 居宅サービスの変更

オ 給付管理

カ 要介護認定等の申請に係る援助

(3) サービス利用のために

事 項	備 考
介護支援専門員の変更	変更を希望される方はお申しで下さい。
調査（課題把握）の方法	全社協・在宅版ケアプラン作成方式を当社独自に改良したものを使用して行います。
介護支援専門員への研修の実施	年1回以上行っています。
契約後、居宅サービス計画の作成段階途中でのお客様のご都合により解約した場合の解約料	料金はいただきません。
事故発生時の対応	サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村や主治医、家族等に連絡し、必要な措置を講じるとともに、事故の状況や講じた処置について記録し、またサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

6 居宅介護支援に係る事業所の義務

(1) 事業所の選択

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は指定居宅サービス事業所や指定居宅介護支援事業所について複数の事業所の紹介を求めることができます。

(2) ケアプランに位置付けた理由の確認

指定居宅介護支援事業者は、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を説明する義務があり、利用者は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。

(3) 医療との連携

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師（以下「主治の医師等」という。）又は薬剤師に提供します。

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。

(4) 公正中立性の確保

ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所は、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを実施します。

- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合。
- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合。

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とおりとします。

(5) 虐待の防止のための措置に関する事項

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
- ・虐待の防止のための指針を整備すること
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
- ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。担当者は管理者とします。

(6) 業務継続に向けた取組

事業所は感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととする。

(7) 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととします。

(8) ハラスメント対策

事業所は職場におけるハラスメント防止に向けた委員会の開催、指針の整備、相談体制の実施等を行うこととします。

7 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所お客様相談・苦情担当

当事業所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ついてのご相談・苦情を承ります。

担当 後藤 浩之

電話 048-580-7562

FAX 048-562-7878

(2) その他

当事業所以外に県や市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村介護保険担当窓口

羽生市 羽生市役所（介護保険担当課） 048-561-1121

加須市 加須市役所（介護保険担当課） 0480-62-1111

行田市 行田市役所（介護保険担当課） 048-556-1111

鴻巣市 鴻巣市役所（介護保険担当課） 048-541-1321

久喜市 久喜市役所（介護保険担当課） 0480-22-1111

館林市 館林市役所（介護保険担当課） 0276-72-4111

明和町 明和町役場（介護保険担当課） 0276-84-3111

※上記以外の方は各市町村の相談・苦情窓口等になります。

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係

TEL 048-824-2568（直通） FAX 048-824-2561

〒338-0002 さいたま市中央区大字下落合 1704 番「国保会館」

相談時間 月～金曜日 8時30分～17時（年末年始、祝日は除きます）

群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理相談窓口

TEL 027-290-1323（直通） FAX 027-255-5077

〒371-0846 群馬県前橋市元総社町 335 番地の 8

相談時間 月～金曜日 8時30分～17時（年末年始、祝日は除きます）

※上記以外の方は各都道府県の国民健康保険団体連合会になります。

_____ 国民健康保険団体連合会 介護保険課 _____

TEL _____（直通） FAX _____

〒 _____

相談時間 月～金曜日 8時30分～17時（年末年始、祝日は除きます）

8 当社の概要

名 称

株式会社スクールパール羽生

代表者氏名

代表取締役 柿本 英一

所 在 地

〒348-0052 埼玉県羽生市東6丁目3番地10

連 絡 先

TEL 048-561-7811

FAX 048-563-0533

その他事業

ルミエール 羽生市

介護施設 ルミエール

ショートステイ ルミエール

デイサービス ルミエール

ヘルパーステーション ルミエール

ルミエールⅡ 羽生市

グループホーム ルミエール

小規模多機能型居宅介護 ルミエール

ルミエール光が丘 東京都練馬区

グループホーム ルミエール光が丘

小規模多機能型居宅介護 ルミエール光が丘

居宅介護支援の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

名 称 株式会社スクールパール羽生
所在地 埼玉県羽生市東6丁目3番地10
代表者 代表取締役 柿本 英一 (印)
説明者 所属 ケアプランセンター ルミエール
担当 後藤 浩之 (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

住所 _____

利用者

氏名 _____ (印)

住所 _____

(代理人)

氏名 _____ (印)