

居宅介護支援 重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称	合同会社蘭
代 表 者 名	代表社員 福井 公亮
所在地・連絡先	(所在地) 沖縄県うるま市与那城屋慶名1396番地1 (電話) 098-988-7002 (FAX) 098-988-7002

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ケアプランらん
所在地・連絡先	(所在地) 沖縄県うるま市与那城屋慶名1396番地1 (電話) 098-988-7002 (FAX) 098-988-7002
事業所番号	4770301374
管理者の氏名	福井 公亮

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				職務の 内容等
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定居宅介護支援を提供します。
介護支援専門員	1		1			介護支援専門員は、指定居宅介護支援を提供します。

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	うるま市（津堅島は除く）、沖縄市
------------	------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業日	火曜日～金曜日
営業時間	9:00～18:00
電話相談窓口	8:00～22:00

※ 営業しない日： 月曜日・土曜日・日曜日・祝日・8月12日～14日・

12月30日～1月3日

休日出勤の場合は、公休振替あり。

3 サービスの内容

・ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成等

- ① 利用者の居宅を訪問し、利用者および家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ② 提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ③ 担当者会議の開催をします。
- ④ 介護支援専門員は、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の面接を行い、モニタリング結果を記録します。（テレビ電話措置等を活用したモニタリング実施の場合は2月に1回の訪問：実施に際しては、主治医及びサービス事業所等の合意を得ます。）
- ⑤ 介護支援専門員は、身分を証する書類を携行し、初回訪問時または利用者もしくはその家族から求められたときは、これを提示します。
- ⑥ 指定居宅介護支援の提供を求められたときには利用者の被保険者証により被保険者資格、要介護認定の有無、認定区分及び要介護認定の有効期間等を確認します。
- ⑦ 要介護認定等の申請が行われているか確認し、行われていない場合は被保険者の意思も踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- ⑧ 指定居宅介護支援の提供に関する記録を作成し、これを5年間保管します。
- ⑨ その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

4 サービス事業者の選定

・サービス事業者の選定にあたって、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ことができます。

・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を介護支援専門員に求めることができます。

・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。

5 医療機関等との連携

・利用者が医療機関等に入院した際、その入院先（医療機関）に担当介護支援専門員の氏名・連絡先を伝えてもらうよう依頼します。

・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、利用者の服薬状況、口腔機能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若しくは歯科医師又は薬剤師に提供いたします。

・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。またこの場合において、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いたします。

・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。

6 他機関との各種会議等

①利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「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」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を行います。

②利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施します。

7 費 用

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、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。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料 金 表】

■居宅介護支援（地域区分 1単位：10円）

区 分		サービス 単位	サービス 利用料金	備 考
居宅介護 支援費(Ⅰ)	要介護1・2	1,086単位	10,860円／月	介護支援専門員1人あたり利用者40人未満
	要介護3・4・5	1,411単位	14,110円／月	
居宅介護 支援費(Ⅱ)	要介護1・2	544単位	5,440円／月	1人あたり利用者40人以上60人未満
	要介護3・4・5	704単位	7,040円／月	

居宅介護 支援費(Ⅲ)	要介護 1・2	326単位	3,260円／月	1人あたり利用者60人 以上
	要介護 3・4・5	422単位	4,220円／月	

加算項目	サービス単位	サービス利用料金
初回加算	300単位	3,000円／回
入院時情報連携加算 (Ⅰ)	200単位	2,500円／回
入院時情報連携加算 (Ⅱ)	100単位	2,000円／回
退院・退所加算Ⅰ	450単位	4,500円／1回
	600単位	6,000円／1回 カンファレンス参加
退院・退所加算Ⅱ	600単位	6,000円／2回
	750単位	7,500円／2回 (内1回以上カンファレンス参加)
退院・退所加算Ⅲ	900単位	9,000円／3回 (内1回以上カンファレンス参加)
通院時情報連携加算	50単位	500円／回
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位	2,000円／回
ターミナルケアマネジメント加算	400単位	4,000円／回

減算項目	減算内容
同一建物減算	所定単位数×95／100 を算定する (5%の減算)
高齢者虐待防止未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算

■交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、交通費の実費が必要となります。

なお、自動車を使用した場合は、交通費はいただきません。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 福井 公亮
	受付時間 : 火曜日～金曜日 (祝日及び8月12日～8月14日、12月30日～1月3日までを除く) 8:00～22:00

	連絡先 電話 098-988-7002 FAX 098-988-7002
うるま市介護長寿課	受付時間：月曜日～金曜日（祝日及び12月29日～1月3日までを除く） 8:30～17:15 電話番号：098-973-3208
沖縄市介護保険課	受付時間：月曜日～金曜日（祝日及び12月29日～1月3日までを除く） 8:30～17:15 電話番号：098-939-1212
沖縄県国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日（祝日及び12月29日～1月3日までを除く） 9:00～17:00 電話番号：098-860-9026
沖縄県介護保険広域連合	受付時間：月曜日～金曜日（祝日及び12月29日～1月3日までを除く） 9:00～17:00 電話番号：098-911-7500

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

ターミナルケアマネジメントは、医師が一般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された者に対し、利用者の居宅を頻回に訪問し、利用者の心身の状況、環境の変化等を把握し、主治医や居宅サービス事業者へ情報提供するなどの適切な支援を行います。

24時間緊急時の連絡先は、090-5640-4815になります。

10 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者の緊急時連絡先（ご家族等）、市町村に連絡を行います。

11 個人情報の保護及び秘密の保持について

※ 事業所は、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ドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

※ 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 2 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当ケアマネジャーの氏名と当事業の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

1 3 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施するよう努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を定期的に検討します。
その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。
- ④ 感染症防止の措置を講じるための担当者を置きます。担当者：福井公亮。

1 5 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を定期的に検討します。その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ② 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的の実施します。
- ③ 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。担当者：福井公亮。

1 6 身体拘束等の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

- ① 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他の必要な事項を記録します。
- ② 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - (1) 身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会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ります。
 - (2) 身体拘束の適正化のための指針を整備します。

(3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施します。

17 ハラスメントについて

事業所は、適切な居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによりケアマネジャーの就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の措置を講じるものとします。

ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わったケアマネジャーの心身に悪影響を与えます。下記のような行為があつた場合は、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させて頂く場合があります。

- ① 性的な話をする。必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為。
- ② 特定のケアマネジャーに嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力行為。
- ③ 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- ④ 長時間の電話、ケアマネジャーや事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等の行為

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	


主治医	病院(診療所)名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 令和 年 月 日

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事業者</div>	所在地	沖縄県うるま市与那城屋敷名 1396 番地 1		
	事業者（法人）名	合同会社蘭		
	事業所名	ケアプランらん		
	事業所番号	4770301374		
	代表者名	代表社員	福井 公亮	

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">説明者</div>	職 名		
	氏 名		

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容および以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

- 私は、利用可能な事業所を複数の紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の選定理由の説明を求めることが出来ることについての説明を受けました。

- ご利用中の指定居宅サービス事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことについて了解しました。

- もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を、入院先医療機関に報告します。

同意年月日： 令和 年 月 日

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">利用者本人</div>	住 所		
	氏 名		

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">（署名・法定）代理人</div>	住 所		
	氏 名		