

居宅支援事業所重要事項説明書

(令和 6年 8月 1日現在)

○ 本居宅介護支援重要事項説明書は令和6年8月1日時点のものであり、今後変更することもあります

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 092-892-3204 (午前 8時45分 ~ 午後5時45分まで)

担当 財津 里美 (ざいつ さとみ)

※ ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2. 社会福祉法人恵徳会 ケアプランセンターなのくのにの概要

(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なのくのに
・所在地	福岡市西区拾六町団地2番18号
・介護保険指定番号	居宅介護支援 福岡 4071203246号
・サービス提供地域	福岡市西区、早良区、城南区、糸島市(離島を除く)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人 恵徳会が開設するケアプランセンターなのくには、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある利用者に対し、適正な居宅介護支援を提供することを目的とする。
運営の方針	・介護保険法等の主旨に沿って、利用者の意思及び人格を尊重し、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるようにする。 ・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

サービス利用のために

	適合有無	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出ください。
調査(課題把握)の方法	○	厚生労働省課題分析標準項目準拠
介護支援専門員への研修の実施	○	事業所内外研修への参加

(3) 当事業所の職員体制

区分	業 務 内 容	職 員 配 置			
		常 勤	常勤兼務	非常勤	合 計
・管理者	管理業務	1 名	名	名	1.0 名
・介護支援専門員	居宅介護支援業務	1 名	名	名	1.0 名

(4) 営業日・営業時間及び休日

	営 業 時 間 及 び 休 日
・平日(月～金)	午前 8時45分 ~ 午後 5時45分
・土、日、祝日	休日

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供の流れ

(1) 契約の締結

利用者の居宅を訪問し説明致します
当事業所のケアプラン作成について了解いただけましたら契約書を取り交わします

(2) 居宅サービス計画の作成

- ・利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族と面談し利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます
- ・利用する居宅サービス等の選択にあたっては、当該地域における指定居宅サービス事業所等に関する情報を提供します
- ・情報提供を行う際には、特定の種類、事業所に不当に偏るような誘導又は指示を行いません
- ・居宅サービス計画原案について、介護保険給付の有無、利用料等のサービス選択に資する内容を説明し同意を得ます

(3) サービスの実施状況の把握、評価、連絡調整

- ・居宅サービス計画の作成後、実施状況の把握を行い必要に応じて居宅サービスの変更指定居宅サービス事業所との連絡調整その他の便宜の提供を行います
- ・状況把握については少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し面接するとともにモニタリングの結果を記録します
- ・居宅サービス計画が効果的なものとして提供されるよう利用者の状態を定期的に評価します
- ・以下の要件を設けたうえで、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングも行います。
 - ア. 利用者の同意を得る事
 - イ. サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - i 利用者の状態が安定していること
 - ii 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）
 - iii テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
 - ウ. 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

(4) 施設入所への支援

利用者が介護保険施設の利用を希望したときは、施設の情報を提供します

(5) 居宅サービス計画の変更

利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、又は事業者が居宅サービスの変更が必要と判断した場合は、事業者利用者双方の合意をもって居宅サービス計画を変更します

(6) 給付管理

居宅サービス事業者より実施状況を把握し、それに基づいて毎月給付管理票を作成した後、福岡県国民健康保険団体連合会へ提出します

(7) 要介護認定等の協力

- ・利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います
- ・利用者が希望する場合は、要介護または要支援認定の申請を利用者に代わって行います

(8) 契約の終了

- ・次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。
 - ① 介護保険施設その他居宅介護支援の対象とならない施設に入所又は入院した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が非該当となった場合
 - ③ 利用者が死亡した場合
 - ④ その他
 - ・ご利用者または、ご家族の非協力など双方の信頼関係を損壊する行為に、改善の見込みがない場合や、社会通念を超えたと思われる苦情やハラスメント行為などにより、当事業所及び介護支援専門員の通常の業務遂行に支障がでていると判断した場合
 - ・以下のような行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合
暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける、手を払いのける等）
セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等）
その他（個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為）

居宅介護支援の提供にあたっての留意事項

- ・利用者及び家族は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ます。また、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます
- ・利用者が病院又は診療所等に入院する必要性が生じた場合には、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院などに伝えてください
退院後の在宅生活への円滑な移行を支援する為、病院関係者との情報共有や連携を図ります
- ・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定期的に集計し、説明を行い、理解を得るよう努めます

4. 利用料金及びその他の費用について

(1) 利用料

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されますので自己負担はありません。

※ 保険料の滞納等により、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お支払いいただきます

区 分	要介護1・2	要介護3・4・5	
・居宅介護支援費 I	1,086 単位	1,411 単位	事業所一人あたりの取扱件数が45件未満
・居宅介護支援費 II	1,086 単位	1,411 単位	ケアプランデータ連携システムを活用及び事務職員の配置を行っている場合で、事業所一人あたりの取扱件数が50件未満
・初回加算 (I)	300 単位		新規に居宅サービス計画を作成した場合、または要介護状態区分が2段階以上変更の場合
・入院時情報連携加算 (I)	250 単位		利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。
・入院時情報連携加算 (II)	200 単位		利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。
・退院・退所加算 (I)イ・ロ (II)イ・ロ (III)	450・600 600・750 単位 900		入院・入所機関を退院・退所するに当たって、病院等の関係機関の職員から、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで居宅サービス計画書を作成し利用に関する調整を行った場合。(連携方法・回数に応じた単位数を選択する)
・通院時情報連携加算	50 単位		利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合
・緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位		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
・ターミナルケアマネジメント加算	400 単位		在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、一定条件を満たした場合
・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		対象となる利用者 ・『まほろばの里なの国』に居住する利用者 ・指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物(上記を除く。)に居住する利用者

1単位＝10.45円にて計算

(2) 交通費

前項の2(1)で示しているサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお尋ねするための交通費の実費が発生する場合があります

(3) 解約料

利用者が契約を解約するときは、一切料金はかかりません

(4) その他の料金

その他必要になった場合については、その都度利用者と協議し、同意の上徴収いたします

(5) 支払い方法

料金が発生する場合、月次ごと精算します

5. 緊急時の対応

サービス対応にあたり、事故、体調の変化等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、かかりつけの医師(主治医)、救急機関、居宅サービス事業所への連絡等必要な措置を講じます

6. 虐待防止について

当事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、下記に掲げる措置を講じることとします。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ②虐待の防止のための指針を整備します。
- ③介護職員その他の従業者に対し、定期的な虐待の防止のための研修を実施します。
- ④上記を適切に実施するための担当者を定めます。
虐待防止に関する責任者 管理者 財津 里美
- ⑥当施設は、サービス提供中に、当該施設職員又は養護者(ご利用者のご家族等高齢者に現に養護する者)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村(介護保険者)に通報します。

7. 身体的拘束等の適正化の促進

当事業所は、利用者または他の利用者等の生命また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を行いません。やむを得ず、身体的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を記録します。

8. サービス内容に関する苦情

(1) 相談・苦情担当

居宅支援支援に関するご相談や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 (管理者・介護支援専門員)
財津 里美 電話 092-892-3204

(恵徳会苦情処理第三者委員) 赤司 美信 電話092-811-1792
小野 眞利 電話092-882-4238

(2) その他

①

- 福岡市西区福祉・介護保険課 住所:福岡市西区内浜1丁目4の1
電話番号:092-895-7066 FAX番号:092-881-5874
- 福岡市早良区福祉・介護保険課 住所:福岡市早良区百道2丁目1の1
電話番号:092-833-4355 FAX番号:092-831-5723
- 福岡市城南区福祉・介護保険課 住所:福岡市城南区鳥飼6丁目1の1
電話番号:092-833-4105 FAX番号:092-822-2133
- 糸島市介護保険課 住所:〒819-1192 福岡県糸島市前原西1丁目1-1
電話番号:092-322-2070 FAX番号:092-321-1139

- ② 福岡県国民健康保険団体連合会 住所:福岡市博多区吉塚本町13番47号福岡県国保会館
電話番号:092-642-7859 FAX番号092-642-7857

9. 秘密保持

事業所は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密、個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはいたしません。なお、事業者は、関係機関、医療機関等に対して、利用者に関する情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者の同意を得ることとします

10. 事業者の概要

法人名称	社会福祉法人 恵徳会 (けいとくかい)		
法人代表者役職・氏名	理事長 森田 公一		
法人所在地・電話番号	福岡県糟屋郡須恵町大字上須恵112番地3 092-933-1600		
事業所の名称等	① 特別養護老人ホーム 恵昭園	従来型(50床) ユニット型(20名)	糟屋郡須恵町 092-933-1600
	② 恵昭園短期入所生活介護	(16床)	〃 092-933-1600
	③ 介護老人保健施設 若杉の里	(100床)	〃 092-933-1630
	④ 養護老人ホーム 双葉	(150床)	太宰府市三条 092-922-3557
	⑤ 特別養護老人ホーム なの国	(80床)	西区拾六町団地 092-892-3201
	⑥ ショートステイなのくに	(20床)	〃 092-892-3201
	⑦ デイサービスセンターなのくに	(30人)	〃 092-892-3202
	⑧ 居宅介護支援事業所ケアプランセンターなのくに		〃 092-892-3204
	⑨ 訪問介護事業所ヘルパーステーションなのくに		〃 092-892-3203
	⑩ サービス付き高齢者向け住宅まほろばの里 (40床)		〃 092-892-3206

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました

ケアプランセンター なのくに

説明者職名 介護支援専門員 氏名

印

令和 年 月 日

(契約者)

住所: _____

氏名: _____ 印

(契約者代理人 <選任した場合>)

住所: _____

氏名: _____ 印