居宅介護支援事業重要事項説明書

1. 居宅介護支援事業の提供するサービスについての相談窓口

名 称 : 居宅介護支援事業者 スクラム・テン

住 所 : 小林市細野4420番地1

電 話 : 0984 (48)0133

管理者 : 中村 秀麿

ご不明な点は、何でもお気軽にお訪ね下さい。

2. 事業所の概要

①宮崎県指定事業所番号 : 4570500209

②提供できるサービスの提供区域 : 小林市、高原町、えびの市、都城市

同事業所の職員体制

			資	格	常	勤	非	常	勤	計
管	理	者	主任介護	支援専門員		1名				1名
介護支援専門員		看護師			名			名	名	
			介護	福祉士					1名	1名
事	第 職	員							1名	1名

営業日及び営業時間 : 平 日

午前8時30分~午後5時30分

* 土 ・日 ・祭日及び年末年始(12月29日から1月3日)は休み

- 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
 - ① 介護サービス計画(ケアプラン)作成の申し込み 重要事項等の説明後(ケアプラン)作成の申し込みを行ってください 介護認定通知書・介護保険被保険者証及び印鑑が必要となります。
 - ② 介護サービス計画 (ケアプラン) 作成
 - 1. 当事業者の介護支援専門員が訪問し、サービスの種類及び内容利用料金についての情報を利用者や家族に提供し、サービスの選択を求めます。
 - 2. 介護支援専門員は、居宅介護サービスに当たって利用者の有している能力 提供を受けているサービス、そこにおかれている環境等の評価を通じて利用 者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むこと が出来る様に支援し、解決すべき課題を把握します。
 - 3. 介護支援専門員は、サービスの希望並び利用者についての把握された課題 に基づき、提供されるサービスの目標、達成時期、サービスを提供する上で の留意点を盛り込んだケアプランの原案を利用者や家族との話し合いで作成します。
 - 4. 介護支援専門員は、サービス担当者会議を開催しケアプランの原案に 位置づけたサービスの担当者に計画の原案内容について専門的な見地から 意見を求め調整をします。
 - 5. 介護支援専門員は、利用者・家族に対し、サービスの種類・内容・利用料等同意をいただければ契約となります。
 - ③ サービスの実施状況の継続的な把握、評価 居宅サービス計画(ケアプラン)作成後においても、利用者・家族・指定居宅 サービス事業者との連絡を継続的に行うことにより実施状況及び利用者の課題 を行い必要に応じえて(ケアプラン)の変更・指定居宅サービス事業者との 連絡調整・その他の便宜の提供を図ります。
 - ④ 介護保険施設の紹介
 - 1. 介護支援専門員は、利用者がその居宅においてサービス提供が困難になったと認める場合、利用者が介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。
 - 2. 介護支援専門員は、介護保険施設から退院・退所しようとする利用者から 依頼があった場合には円滑に居宅における生活に移行出来るように居宅サービス 計画の作成の援助をおこないます。
 - ⑤ 利用者への説明責任
 - 1. 入院時の医療連携を円滑に行うため入院時には、担当介護支援専門員の氏名・連絡先等を入院先医療機関に伝えてもらうようお願いします。
 - 2. 利用するサービスについて、介護支援専門員に「複数の事業所の紹介」を求めることができます。
 - 3. その事業所をプランに位置付けた理由について、介護支援専門員に説明を求めることができます。

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金額給付されるので自己負担はありません。

※ 保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合、介護保険 法に定められた報酬代と同額の金額をいただき、当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市町村の窓口に提出しますと全額払い戻しをうけられます。

◎居宅介護支援費 要支援 1·2/ 4,720 円

要介護 1・2/ 10,860 円

要介護 3・4・5/ 14,110 円

- ※ その他の利用料は厚生労働大臣の定める基準による金額となります。
 - ◎初回加算 300 単位
 - ・新規にケアプランを策定した場合、および介護度区分の2段階以上の変更認定を受けた場合
 - ◎入院時情報連携加算(I) 250 単位/月
 - ◎入院時情報連携加算(Ⅱ)200単位/月
 - ・介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った 場合
 - ◎通院時情報連携加算(I)50単位/月
 - ・介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合
 - ◎退院・退所加算(I) イ 450 単位 ロ 600 単位
 - ◎退院・退所加算(Ⅱ)イ600単位 ロ750単位
 - ◎退院・退所加算(Ⅲ) 900 単位
 - ・利用者が病院又は診療所において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は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算
 - ◎通院時情報連携加算 50 単位/月
 - ・利用者が病院・診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して当該利用者の心身状況や生活環境等の情報の提供を行うとともに、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医師又は看護師等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、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用 に関する調整を行った場合は、利用者 1 人につき 1 月に 2 回を限度として所定単位数を加算
 - ◎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(末期の悪性腫瘍の患者に限る)に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日全 14 日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合
- ・ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24 時間連絡できる体制を確保、 かつ必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備

② 交通費

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。 それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費実費負担 が必要となります。1km30円

③ 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

④ その他

支払方法

料金が発生する場合は、月毎の精算とし、毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、30 日以内にお支払いください。お支払いくださいますと領収書を発行します。

- 5 サービスの方法
 - (1) サービス利用開始

まずは電話等でお申し込み下さい。当事業所の職員がお伺いいします。 契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

- (2) サービスの終了
- ① 当事業者の都合でサービスを終了する場合。やむを得ない事情により、事業所の都合上、サービスを終了する場合には、終了 1ヶ月前までに訪問のうえご説明いたします。
- ②利用者の都合でサービスを終了する場合。いつでも解約できます。
- ③自動終了
- ●介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当 になった場合は、自動的に契約終了となります。
- ●利用者がお亡くなりになられた場合。

6. 秘密保持

介護支援専門員者は、業務上知り得た利用者や家族の情報を許可なく他者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし次の場合には事前に御利用者、御家族の同意を得て情報を提供することがありますのでご了承ください。

- ①利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために 実施されるサービス担当者会議、事業者の連絡調整において必要な場合。
- ②居宅介護支援事業者等の研修で、住所・氏名等を匿名とし、御利用者および御家族等が特定できないことを条件とした形式での事例提出の場合。

7. 個人情報の保護に関する法律に基づく利用目的について

介護支援専門員は、個人情報の保護に関する法律に基づき、利用者及びその家族 に関する個人情報を、介護サービスを適正に行う目的の達成に必要な範囲で利用 します。

8. 居宅介護支援事業の実施概要等

ケアプランの作成手法: 日本介護福祉士会方式

サービス利用の為に

事項	有 無	備考
介護支援専門員の変更	無	
調査(課題把握の方法)	_	
介護支援専門員への研修の実施	有	

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

10. 経過観察・再評価

(1) 事業所は、居宅サービス計画作成後、次の各号に定める事項を担当支援専門員に担当させます。

利用者およびその家族と毎月連絡をとり、利用者の状態および利用者に対するサービス提供の状態等の経過の把握に努め、直近の利用者の状態について再評価を行います。

再評価の結果等に基づき、居宅サービス計画変更の支援、要介護認定区分変更 申請の支援等の必要な対応をします。

(2) 利用者は、居宅サービス計画に位置付ける指定居宅サービス事業者等について、複数の事業者等の紹介を求めることができます。また、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由についても説明を求めることができます。

11. 虐待の防止

事業者は、虐待の発生、又はその再発を防止するために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のため、対策を検討する委員会を定期的に開催し、その内容を介護支援専門員に周知徹底します。
 - (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
 - (3) 虐待の防止のための研修や訓練を定期的に実施します。

12. 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問及び利用者又は利用者の家族から 掲示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13. 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように、次に掲げる措置を講じます。

・事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を概ね6

ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底しています。

- ・感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。
- ・感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。
- 14. 業務継続計画の策定等について
 - ・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の提供を継続に実施するための、及び非常時の体制で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って必要な措置を講じます。
 - ・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に実施します。
 - ・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。
- 15. サービス内容に関する相談・苦情

当事業者居宅介護支援事業に関する相談・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。

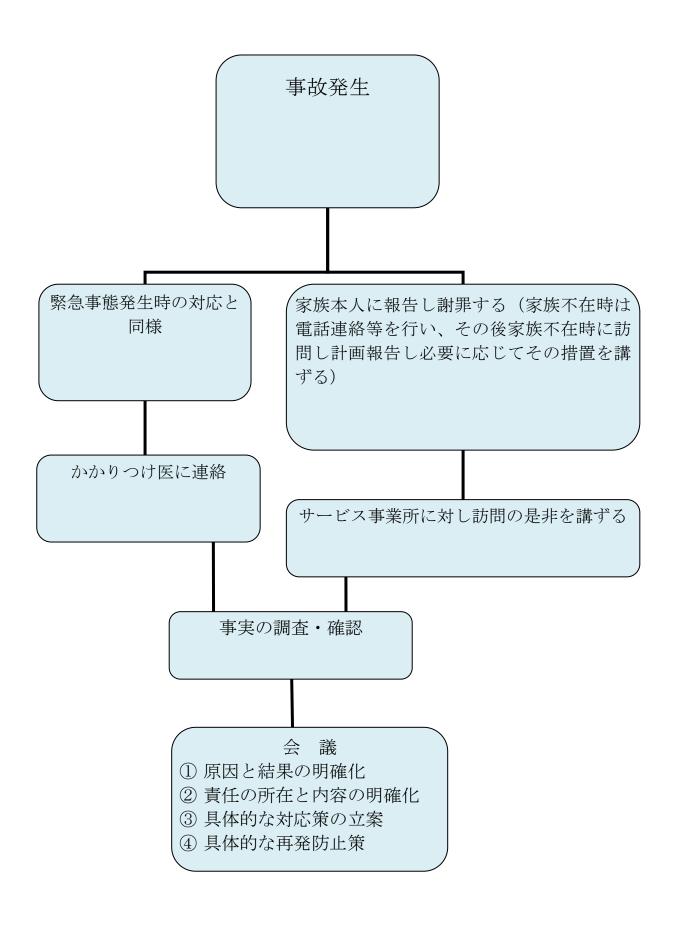
当事業所に対する苦情やご相談は下記の専用窓口で受付けます。

苦情申立窓口

足点人类土松重类	★利用時間 並且 左蓋 0 、 2 0 、 左後 5 、 2 0
居宅介護支援事業	ご利用時間 平日 午前8:30 ~ 午後5:30
スクラム・テン	ご利用方法 電話 0984-48-0133
ご利用ご相談窓口	担 当 者 中村 秀麿
宮崎県国民健康保険	介護サービス相談係
団体連合会	電話 0985-35-5301
	FAX 0 9 8 5 - 2 5 - 0 2 6 8
小林市	電話 0984-23-1140
長寿介護課	FAX 0 9 8 4 - 2 3 - 4 9 3 4
小林市野尻庁舎	電話 0984-44-1100
住民生活課	FAX 0 9 8 4 - 4 4 - 0 6 4 9
高原町	電話 0984-42-2550
高齢者あんしん係	FAX 0 9 8 4 - 4 2 - 4 5 5 0
都城市	電話 0986-23-2114
介護保険課	FAX 0 9 8 6 - 2 3 - 2 1 4 3
えびの市	電話 0984-35-1111
介護保険課	FAX 0 9 8 4 - 3 5 - 0 4 0 1

16. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、ご利用者に対する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、およびご利用者のご家族等に連絡すると共に、必要な措置をおこないます
- (2) 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。



17. サービス利用割合等の説明

(1) 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与 各サービスの同一事業者によって提供された者の割合

訪問介護	訪問介護ステーション		
	くわの美		
	100%		
通所介護			
	%	%	
福祉用具貸与	カクイックスウイング	ヒューマンサービス	
	57. 1%	42. 9%	

判定期間 (令和7年度)

- 前期 (3月1日から8月末日)
- 口 後期 (9月1日から2月末日)
- * 居宅介護支援事業の提供にあたり、重要な事項について説明しました。

令和 年 月 日

【事業所名】 居宅介護支援事業者 スクラム・テン

住 所 宮崎県小林市細野4420番地1

電話番号 0984-48-0133

説 明 者 中村 秀麿

* 私は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同意しました。

利用者確認サイン

氏名

住所

代理人氏名

住所

電話 ()

携帯