

重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

利用者： _____ 様

事業者： 福あーるケアプランセンター早良

居宅介護支援 重要事項説明書

〔令和 6 年 4 月 1 日現在〕

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社福あーる訪問看護リハビリステーション
代 表 者 名	太田 友樹
所在地・連絡先	（所在地）福岡県福岡市博多区博多駅前四丁目 18 番 19 号 （電話）092-872-8090 （FAX） 092-872-8080

2 事業所の概要

（１）事業所名称及び事業所番号

事業所名	福あーるケアプランセンター早良
所在地・連絡先	（所在地）福岡県福岡市早良区重留二丁目 19 番 5-1 号 （電話）092-804-0809 （FAX） 092-804-0808
事業所番号	4071405189
管理者の氏名	檜崎 里美

（２）事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数 (人)	職務の 内容等
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	非専従	専従	非専従		
主任介護支援専門員	1		1			1	介護支援専門員兼務
介護支援専門員	1		1			1	ケアプラン 作成
事務職員等							

（３）通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	福岡市早良区・西区・城南区・南区・中央区・那珂川市
------------	---------------------------

※ 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	平 日	9:00～18:00
-----	-----	------------

※ 営業しない日： 土曜日・日曜日・祝日・12月29日から1月3日

3 サービスの内容

■ 居宅サービス計画

ケアプラン作成

※ 課題分析の実施

アセスメント

※ サービス担当者会議の開催

新規でケアプラン原案を作成

要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

居宅サービス計画を変更する場合

※ 居宅サービス事業者との連絡調整

利用者の生活について多職種で検討するため、担当者会議開催の連絡

電話・メール等にて事前の連絡調整

※ ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施

計画で目標とした内容が利用者の課題解決に向かったの効果

新たな課題や状況の変化

利用者の今抱えているニーズに適合したサービス内容・正しい目標

■ 要介護等認定の申請に係る援助

事業者は、利用者が要介護認定等の更新申請および状態の変化に伴う

区分変更の申請を円滑に行えるよう利用者を支援します。

事業者は、利用者が希望する場合には、要介護認定等の申請を利用者に

代わって行います。

■ 給付管理業務

事業者は、居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を

作成し、福岡県国民健康保険団体連合会に提出します。

4 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、利用者様は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（Ⅰ）

区 分		サービス 単位/月	備 考
居宅介護 支援費(i)	要介護1・2	1086単位	介護支援専門員1人あたり利用者45人未満
	要介護3・4・5	1411単位	
居宅介護 支援費(ii)	要介護1・2	544単位	1人あたり利用者45人以上60人未満
	要介護3・4・5	704単位	
居宅介護 支援費(iii)	要介護1・2	326単位	1人あたり利用者60人以上
	要介護3・4・5	422単位	

加算項目	サービス単位	備考
初回加算	300単位	イ) 新規に居宅サービスを作成する利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合 ロ) 要介護状態が2段階以上変更となった利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合
入院時情報連携加算Ⅰ	250単位/月	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情報を提供していること
入院時情報連携加算Ⅱ	200単位/月	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情報を提供していること
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位/回	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、サービスの利用に関する調整を行った場合※1ヶ月2回を限度に算定
退院・退所加算	450～900単位/月	退院・退所にあたって病院等から利用者に関する情報を求めるなど連携を行った場合
通院時情報連携加算	50単位/月	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等から利用者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等を記録した場合※1月に1回
ターミナルケアマネジメント加算	400単位/月	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、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、心身の状況等を記録した情報を主治医及び居宅サービス事業者提供した場合

■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、自動車等を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

通常の事業の実施地域を越えてから、片道5キロメートル未満	500円
通常の事業の実施地域を越えてから、片道10キロメートル未満	1500円
片道10キロメートル以上は上記より1キロメートルごとに加算	200円

※県外の場合は実費でお願いします。

■利用料等のお支払方法（自己負担金や交通費などの支払いが生じる場合に限る）

毎月、１５日までに前月分の請求をいたしますので、３０日までに下記口座に振り込んで下さい。入金確認後、領収証を発行します。

現金支払い等支払い方法については、ご相談ください。

西日本シティ銀行	博多駅東支店	(総合)
普通預金口座	(口座番号)	3167160
口座名義	株式会社福あーる訪問看護リハビリステーション	

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

当運営規程は株式会社福あーる訪問看護リハビリステーション（以下「事業者」という。）において実施する指定居宅介護支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、もって事業者の介護支援専門員が、要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者がその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるようにサービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。

(2) 運営方針

事業者が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が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を営むことができるように配慮したものとする。

利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。

事業を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

(3) その他の事項

ア 利用者やその家族に対し、利用者は計画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や、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明しました。

イ 居宅介護支援サービスの提供にあたり、当事業所が前６ヶ月間に作成した居宅サービス計画（ケアプラン）総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の記載された割合、並びに前６ヶ月間に作成したケアプランに記載された訪問介護等の回数のうち同一のサービス事業者によって提供された割合につき説明を行い、理解を得るよう努めます。

ウ 従業員研修を年２回、外部研修を１回は取り入れての研修を行っています。

（権利擁護、虐待防止、身体拘束、感染対策等より経験に応じ実施）

6 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 檜崎 里美 受付時間 9:00～18:00 連絡先 電話 092-804-0809 FAX 092-804-0808 面接（当事業所相談室） 苦情箱 事務所に設置
福岡県国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：092-642-7859
中央区福祉・介護保険課	092-718-1102
南区福祉・介護保険課	092-559-5125
城南区福祉・介護保険課	092-833-4105
早良区福祉・介護保険課	092-833-4355
西区福祉・介護保険課	092-895-7066
那珂川市高齢者支援課	092-953-2211

(2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

提供した指定居宅介護支援に関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

事業所は、提供した指定居宅介護支援に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

7 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、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、利用されている居宅サービス事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

8 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、速やかに管理者、利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、現に利用している居宅サービス事業者等、

市町村に連絡を行います。

9 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 事業者は、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。
- (2) 事業者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。

10 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 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。
- (2) 居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当介護支援専門員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。
- (3) ご利用中の訪問介護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ないます
- (4) 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
- (5) 訪問介護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、モニタリング等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、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な 情報伝達を行ないます。
- (6) 障害福祉サービスを利用してきた方が介護保険サービスを利用する場合等における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携に努めます。

11 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施
- (4) 専任担当者の配置

12 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及

び訓練を実施します。

13 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修及び訓練の実施
- (4) 専任担当者の配置

14 身体的拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者等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、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、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。

■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

事業者	所在地	福岡県福岡市博多区博多駅前四丁目18番19号	
	事業者（法人）名	株式会社福あーる訪問看護リハビリステーション	
	事業所名	福あーるケアプランセンター早良	
	事業所番号	4071405189	
	代表者名	代表取締役 太田 友樹	印

説明者	職名	管理者
	氏名	檜崎 里美

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、その内容を同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日：令和 年 月 日

利用者本人	住所	
	氏名	印

(署名・法定)代理人	住所	
	氏名	印