

## 指定居宅介護支援事業所重要事項説明書

### 1. 事業所概要

#### (1) 提供できるサービスの種類と地域

|               |                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------|
| 事業所名称         | ケアセンター野の花                                        |
| 所在地           | 沖縄県島尻郡南風原町字兼城 263 番地の 23 〒901-1111               |
| 電話番号          | 098-889-3184                                     |
| FAX 番号        | 098-889-3343                                     |
| 事業所番号         | 4773600137                                       |
| サービスを提供できる地域※ | 南風原町、那覇市、豊見城市、南城市、浦添市、宜野湾市、糸満市、与那原町、八重瀬町、西原町、中城村 |
| サービス提供人数      | 35 名（介護支援専門員ひとり当たり 35 名まで）                       |

※上記地域以外の方はご相談ください。

#### (2) 職員体制

| 職 名       | 常勤  | 兼務の別         | 合 計 | 業務内容          |
|-----------|-----|--------------|-----|---------------|
| 管理者       | 1 名 | 主任介護支援専門員と兼務 | 1 名 | 居宅介護支援業務の管理   |
| 主任介護支援専門員 | 1 名 | 管理者と兼務       | 1 名 | 居宅介護支援の全般的な支援 |
| 介護支援専門員   | 1 名 | 他サービス提供の兼務   | 1 名 | 居宅介護支援の全般的な支援 |

#### (3) サービスの提供日及び時間帯

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 月～金     | 午前 9：00～午後 6：00   |
| 土、日、祝祭日 | 休日                |
| 休業日     | 12 月 30 日～1 月 3 日 |

### 2. 利用料金

#### (1) 利用料

指定居宅介護支援を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によります。また、法定代理受領サービスである場合は、利用者の自己負担はありません。但し、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1 ヶ月につき要介護度に応じて居宅介護支援費をいただき、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、市町村の窓口に出し、全額払い戻しを受けられます。

#### ◎居宅介護支援費

|             |                                                                  |           |          |
|-------------|------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| 居宅介護支援（i）   | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 未満である場合または 40 以上である場合において、40 未満の部分       | 要介護 1・2   | 1,076 単位 |
|             |                                                                  | 要介護 3・4・5 | 1,398 単位 |
| 居宅介護支援（ii）  | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 未満である場合または 10 以上である場合において、40 以上 60 未満の部分 | 要介護 1・2   | 539 単位   |
|             |                                                                  | 要介護 3・4・5 | 698 単位   |
| 居宅介護支援（iii） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 以上である場合において、60 以上の部分                     | 要介護 1・2   | 363 単位   |
|             |                                                                  | 要介護 3・4・5 | 418 単位   |

#### ◎利用料金および居宅介護支援費 {減算}

|           |                                                             |                 |
|-----------|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| 特定事業所集中減算 | 正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中等（指定訪問介護・指定通所介護・指定地域密着型通所介護・指定福祉用具貸与） | 1 月につき 200 単位減算 |
|-----------|-------------------------------------------------------------|-----------------|

|        |                                                     |              |
|--------|-----------------------------------------------------|--------------|
| 運営基準減算 | 適正な居宅介護支援が提供できていない場合<br>運営基準減算が2か月以上継続している場合は算定できない | 基本単位数の50%に減算 |
|--------|-----------------------------------------------------|--------------|

【加算について】

| 項目             | 内容                                                                                                 | 単位数    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 初回加算           | 新規として居宅サービス計画書を作成した場合                                                                              | 300 単位 |
| 入院時情報連携<br>加算Ⅰ | 病院または診療所に入院してから3日以内に職員に対して利用者の必要な情報提供を行った場合                                                        | 200 単位 |
| 入院時情報連携<br>加算Ⅱ | 病院または診療所に入院してから4日以上7日以内に職員に対して利用者の必要な情報提供を行った場合                                                    | 100 単位 |
| 退院・退所加算<br>Ⅰイ  | 病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンス以外の方法により1回受けている場合                                                          | 450 単位 |
| 退院・退所加算<br>Ⅰロ  | 病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンスにより1回受けている場合                                                               | 600 単位 |
| 退院・退所加算<br>Ⅱロ  | 病院等の職員から利用者の情報提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスにより受けている場合                                                  | 750 単位 |
| 緊急時等カンファレンス加算  | 病院等の求めにより、利用者の居宅を訪問し、カンファレンスサービスを行いサービス調整を行った場合                                                    | 200 単位 |
| 通院時情報連携<br>加算  | 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者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（ケアプラン）に記録した場合 | 50 単位  |

3. 交通費

介護支援専門員が訪問するための交通費は無料です。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し出ください。当事業所の職員がお伺い致します。

(2) 利用者又は家族への事前説明

- ア) 前6月間に当事業所が作成したケアプランの総数のうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与における「それぞれ位置付けられたケアプランの数が占める割合」と「ケアプランに位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうち、同一事業所によって提供されたものが占める割合」については別紙のとおりです。
- イ) 利用者又は家族は複数の指定居宅サービス事業所等を紹介するよう求めることができます。
- ロ) 利用者又は家族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等の選定理由を求めることができます。
- エ) 利用者又は家族は病院、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、診療所に伝える様お願いします。

(3) サービス終了

- ア) お客様のご都合でサービスを終了する場合、文書でお申し出下されば、いつでも解約できます。
- イ) 当事業所の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない場合により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前までに通知すると共に、他の居宅介護支援事業所を紹介いたします。
- ロ) 自動終了  
以下の場合、双方の通知が無くても自動的にサービスを終了致します。
  - ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
  - ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（※この場合、条件を変更して再契約することができます）
  - ・ お客様が亡くなられた場合

イ) その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

5. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

- ・苦情窓口 : ケアセンター野の花
- ・管理者(担当者) : 主任介護支援専門員 鳩間朝子
- ・連絡先 : 電話 (098-889-3184) / FAX (098-889-3343)
- ・受付日 : 月～金(但し、祝祭日及び12月30日～1月3日を除く)
- ・受付時間 : 午前9:00～午後6:00

(2) 苦情処理体制

- ・苦情又は相談があった場合は、利用者及び家族の状況を把握するため必要に応じ訪問を実施し状況の聞き取りや事情の確認を行い、相談苦情に対応する。
- ・苦情が発生した場合は、早急に管理者が詳しい事情を確認すると共に、担当者職員からも事情を聞く。
- ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。
- ・検討の結果、早急に具体的な対応をとり問題解決に努める。
- ・事業所において処理困難な内容などは、国民健康保険団体連合会、市町村などの関係機関との協力により、適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し対処する。事業所への指導、助言を受けた時は必要な改善を行う。
- ・苦情内容から対策まで、様式を設け記録する。

(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び沖縄県国民健康保険団体連合会の相談苦情窓口等に苦情を伝えることが出来ます。

|    | 機関                               | 所在地                         | 連絡先            |
|----|----------------------------------|-----------------------------|----------------|
| 1  | 南風原町役場 保健福祉課<br>高齢者福祉班           | 南風原町字兼城 686 番地              | TEL : 889-3534 |
| 2  | 那覇市役所<br>ちゃーがんじゅう課               | 那覇市泉崎 1 丁目 1 番地 1 号         | TEL : 862-9010 |
| 3  | 豊見城市役所<br>障がい長寿課 介護長寿班           | 豊見城市宜保 1 丁目 1 番地 1          | TEL : 856-7727 |
| 4  | 南城市                              | 南城市佐敷字新里 1 8 7 0 番地         | TEL : 917-5341 |
| 5  | 浦添市役所<br>いきいき高齢支援課               | 浦添市安波茶 1 丁目 1 番地 1 号        | TEL : 846-1234 |
| 6  | 宜野湾市                             | 宜野湾市野嵩 1 丁目 1 番地 1 号 1      | TEL : 893-4411 |
| 7  | 糸満市 介護長寿課                        | 糸満市潮崎町 1 丁目 1 番地            | TEL : 840-8133 |
| 8  | 与那原町 福祉課                         | 与那原町字与那原 1 6 番地             | TEL : 945-1525 |
| 9  | 八重瀬町 社会福祉課                       | 八重瀬町字東風平 1188 番地            | TEL : 998-9598 |
| 10 | 西原町<br>福祉部福祉課介護支援係               | 西原町字与那城 140 番地の 1           | TEL : 945-5011 |
| 11 | 中城村 福祉課                          | 中城村当間 1 7 6 番地              | TEL : 895-1738 |
| 12 | 沖縄県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情処理相談窓口 | 那覇市西 3 丁目 14 番地 18 号        | TEL : 860-9026 |
| 13 | 沖縄県介護保険広域連合<br>業務課 指導係           | 読谷村比謝江 55 番地<br>比謝江複合施設 2 階 | TEL : 911-7502 |

## 6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族等へ連絡致します。

|     |     |  |      |  |
|-----|-----|--|------|--|
| 主治医 | 氏 名 |  |      |  |
|     | 連絡先 |  | 電話番号 |  |
| ご家族 | 氏 名 |  |      |  |
|     | 連絡先 |  | 電話番号 |  |

## 7. 事故発生時の対応

サービスの提供中に発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに沖縄県介護保険広域連合、事業所が所在する市町村、利用者のご家族等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録すると共に、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

尚、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。（東京海上日動火災と損害賠償責任保険契約を結んでおります）

## 8. 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の情報を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の情報を漏らしません。
- (3) 事業所では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、予め文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

## 9. 利用者の記録や情報の管理・提示について

当事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。又事業計画及び財務内容を閲覧出来ます。

## 10. 感染症の予防およびまん延の防止のための措置

- (1) 事業所における感染症の予防およびまん延の防止のための対策を他の事務所と協働し検討する会議を持ちます。そのけっかについて従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止の為の指針を整備します。
- (3) 事業所において、介護支援専門員に対し、感染症の予防およびまん延の防止のための研修および訓練を実施します。

## 11. 高齢者虐待・身体拘束の防止について

- (1) 利用者の人権擁護、虐待の発生、またはその再発を防止するため管理者を担当者として選定し措置を講じます。
- (2) 虐待を防止するための従業者に対する研修計画の策定及び慣習を実施します。
- (3) 利用者のサービス提供中に当該事業所従業者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）および居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の従業者による虐待（不必要と疑われる身体拘束を含む）を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村または地域包括支援センターに通報するものとします。

1 2. 当社の概要

- 1) 名称・法人種別 : 有限会社 花
- 2) 所在地 : 〒901-1111 沖縄県島尻郡南風原町字兼城 263 番地の 23
- 3) 電話番号・FAX 番号 : 098-889-3184 (電話) / 098-889-3343 (FAX)
- 4) 代表者 : 代表取締役 山内みゆき
- 5) 定款に定められた事業 :
  - ①介護保険法に基づく居宅支援事業・介護予防支援事業
  - ②介護保険法に基づく訪問介護事業・介護予防訪問事業
  - ③介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業
  - ④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基づく障害福祉サービス事業
  - ⑤ガイドヘルパー事業
  - ⑥道路交通法に基づく特定旅客自動車運送事業
  - ⑦上記各号に付帯する一切の事業

私は、交付の上、事業者から居宅支援について重要事項の説明を受け、サービスの事業開始に同意し、本書面を受領しました。

令和 年 月 日

<重要事項説明者>

〒901-1111  
沖縄県島尻郡南風原町字兼城 263 番地の 23  
有限会社 花 ケアセンター野の花  
代表取締役 山内みゆき

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

<説明を受けた方>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印