

大名居宅介護支援事業所

居宅介護支援
重要事項説明書

令和7年9月1日作成

あなたに対する指定居宅介護支援事業利用サービス提供開始にあたり、指定居宅介護支援事業運営規程第6条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 ゆうなの会	法人の所在地	沖縄県那覇市首里大名町1丁目43番地2
電話番号	098-886-5070	代表者氏名	理事長 玉城 篤子
設立年月日	昭和50年 9月25日		

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護支援事業所	事業の目的	居宅介護支援
業所の名称	大名居宅介護支援事業所（平成11年9月13日指定） 第4770100024号		
開設年月日	平成12年 4月1日		
事業所の所在地	沖縄県那覇市首里大名町1丁目43番地2	管理者	内間 香
電話番号 Fax	(098)886-0203 (098)884-1533	緊急時及び夜間 連絡先	080-1789-6752

3. 事業の目的及び運営方針

（目的）

居宅介護支援の事業の適正な運営を確保するため人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

（運営方針）

事業所の介護支援専門員は、利用者が要介護状態等にあっても、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、利用者の選択に基づき、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、総合的かつ効果的に提供されるよう、公正中立な居宅介護支援を行う。また、地域との結びつきを尊重し、保険者、居宅サービス事業者、その他保険・医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

4. 職員の職種、人数及び職務内容

職員の種類	員数	常勤	非常勤	職務内容
管理者	1	1（介護支援専門員との兼務）	0	主任介護支援専門員。事業所の従業員の管理、利用申込の調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。
介護支援専門員	7名以上	7名以上	0	居宅介護支援業務を行う。

5. 通常の事業の実施地域・営業日及び営業時間

事業の実施地域	那覇市、浦添市、豊見城市、与那原町、南風原町
営業日	国民祝日に関する法律に規程する日及び12月30日から1月2日を除く、月曜日から金曜日までとする。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分までとする。ただし、電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

6. 当事業所が提供する居宅介護支援の提供方法及びその具体的内容

- (1) 問い合わせ又は利用申込み方法・・・居宅介護支援の提供に関する問い合わせ又は利用申込は、電話、文書及び事業所への来所により受け付けます。
- (2) 提供拒否の禁止・・・正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒否はいたしません。
- (3) 居宅サービス計画の作成
 - ・ 居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者のご家庭を訪問して、利用者が有する能力やその置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できるように支援する上で解決すべき課題を把握します。
 - ・ 介護給付等対象サービス以外の必要な保健・医療・福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用が、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
 - ・ 居宅サービス計画へ位置づける介護給付対象のサービス事業者選定については、担当の介護支援専門員に対し、複数の事業者の紹介を求めることができます。また、居宅サービス計画に位置づけたサービス事業者の選定理由について、その説明を求めることができます。
 - ・ 利用者に提供すべきサービスの目標及びその達成時期、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。
 - ・ 居宅サービス計画へ訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを導入する際は、当該医療サービスに係る主治医等の指示が必要です。利用者の同意を得て主治医等に対して意見を求め、意見を求めた医師等に対してケアプランを交付します。医療サービス以外の指定居宅サービス等が必要な場合は当該指定居宅サービス等に係る主治医等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、これを尊重します
 - ・ 利用者等の意思決定に基づき、一部の福祉用具について福祉用具貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行います。
 - ・ 利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は指定に係る居宅サービスの種類についての記載がある場合には、利用者のその趣旨（指定に係る居宅サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成します。
- (4) 居宅サービス計画の説明・同意及び交付
 - ・ 居宅サービス計画に基づいた指定居宅サービス等の提供について、保険給付の対象となるか否かを区分し、その種類、内容、利用料等について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得たうえで交付いたします。
- (5) 居宅サービス事業者との連絡調整及びモニタリングの実施（居宅サービス計画の変更）

- ・ 利用者・ご家族の同意を得た居宅サービス計画をサービス事業所へ交付いたします。利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行いながら、居宅サービス計画の実施状況により、利用者の必要に応じた居宅サービス計画の変更、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行います。
 - ・ 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把握した利用者の状態等について主治医の医師等に必要な情報伝達を行います。
- (6) **サービス提供困難時の対応**・・・事業の実施地域によっては、自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業所の紹介その他の必要な措置を行う場合があります。
- (7) **受給資格等の確認**・・・指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その人の提示する被保険者証（資格者証を含む）、介護保険負担割合証によって、被保険者資格、要介護認定又は要支援認定の有無及び要介護認定等の有効期間、利用者負担割合を確認させていただきます
- (8) **要介護認定申請に係る援助**・・・指定居宅介護支援の提供に際し、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて要介護認定の申請の援助を行います。
- ・ 要介護認定等の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定等の有効期間の満了の1ヶ月前には行われるよう、必要な援助を行います。
- (9) **特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定**・・・当事業所は、公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であり、常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員を配置しております。また、以下のような体制を確保することで、特定事業所加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定いたします。
- ①主任介護支援専門員を管理者として配置し、指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を2名以上配置します。
 - ②常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置します。
 - ③利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催します。
 - ④24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保します。
 - ⑤事業所において指定居宅介護支援を行う利用者数を抑制し（介護支援専門員一人当たり45名未満）、きめの細かいケアマネジメントを行います。
 - ⑥運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けません。
 - ⑦所属する介護支援専門員を計画的に研修へ派遣し、資質の向上を図ります。
 - ⑧地域包括支援センターから支援困難ケースの紹介があった場合は積極的に連携し、アセスメントや担当者会議等を行なった上で適切な居宅介護支援を提供します。
 - ⑨ケアマネジメントの基礎技術に関する実習等の協力体制を確保し、研修主体より要請があった場合は、研修の受入を積極的行います。
 - ⑩他法人等が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等を実施し地域のケアマネジメント機能を向上させる取り組みを行います。
 - ⑪地域包括支援センター等が実施する地域ケア会議、事例検討会へ参加します。
 - ⑫要介護度3以上の利用者を全体の利用者数に対して4割以上担当致します。※（Ⅰ）算定の場合
 - ⑬家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修会に参加します。

(1 0) その他の加算について・・・病院・診療所、介護保険施設、小規模多機能型居宅介護事業所との適切な連携に対する評価等、厚生労働大臣が定める基準に適合する場合について、それぞれの加算を算定いたします。

(1 1) 病院・診療所、介護保険施設、小規模多機能型居宅介護事業所との連携について・・・病院・又は診療所等と連携し、入院時や退院・退所時に必要な情報共有等を行ないます。介護保険施設等から退院又は退所しようとする場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行います。利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となった場合又は利用者が介護保険施設・小規模多機能型居宅介護事業所等の入所又は利用を希望する場合には、介護保険施設等への紹介と必要な情報提供、その他の便宜を図ります。なお、利用者が病院または診療所へ入院する必要がある場合は、担当の介護支援専門員の氏名、連絡先を病院または診療所へお伝え下さい。

(1 2) 介護支援専門員身分証明書の提示・・・介護支援専門員には、常時身分証明書を携行させ、初回訪問時又は身分を証する書類を求められたときは、これを提示いたします。

(1 3) 職員研修の実施・・・介護支援専門員には、毎年計画的に研修への派遣を行い、常に資質向上を目指していきます。

(1 4) 利益收受の禁止・・・公正中立を図るため、特定のサービス事業所への不当な利益誘導は行いません。また、サービス事業所及び利用者・家族からの金品等の利益を受け取りません。

7. 利用料（法定給付）及びその他の費用（一ヶ月あたり）

要介護度区分		要介護 1 ・ 2	要介護 3 ～ 5
取扱い件数区分	要介護 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2	要介護 3 ～ 5
	介護支援専門員 1 人当たりの利用者の数が 45 名未満の場合	居宅介護支援費Ⅰ 10,860 円	居宅介護支援費Ⅰ 14,110 円
	介護支援専門員 1 人当たりの利用者の数が 45 名以上 60 名未満の場合において、45 以上の部分	居宅介護支援費Ⅱ 5,440 円	居宅介護支援費Ⅱ 7,040 円
	介護支援専門員 1 人当たりの利用者の数が 60 名以上の場合において、60 以上の部分	居宅介護支援費Ⅲ 3,260 円	居宅介護支援費Ⅲ 4,220 円

	加算	加算額	内容・回数等
要介護度による区分なし	初回加算	3,000 円	新規に居宅サービス計画を作成する場合 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が 2 区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
	入院時情報連携加算Ⅰ	2,500 円	入院した日のうちに病院等の職員に必要な情報提供をした場合（Ⅰ）
	入院時情報連携加算Ⅱ	2,000 円	入院した日の翌日又は翌々日に病院等の職員に必要な情報提供をした場合（Ⅱ）
			入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い、必要

	退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,500 円	な情報を得るための連携を行い、居宅サービス計画の作成をした場合。
	退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,000 円	（Ⅰ）イ 連携 1 回
	退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,000 円	（Ⅰ）ロ 連携 1 回（カンファレンス参加による）
	退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,500 円	（Ⅱ）イ 連携 2 回以上
	退院・退所加算（Ⅲ）	9,000 円	（Ⅱ）ロ 連携 2 回（内 1 回以上カンファレンス参加）
	通院時情報連携加算	500 円	（Ⅲ） 連携 3 回以上（内 1 回以上カンファレンス参加）
要介護度による区分なし	特定事業所加算（Ⅰ）	5,190 円	介護支援専門員が通院時に利用者と同行し、医師又は歯科医師等に必要な情報連携を行った場合、月 1 回まで算定
	特定事業所加算（Ⅱ）	4,210 円	
	特定事業所加算（Ⅲ）	3,230 円	
	ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円	「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的で開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合（一月につき）
			終末期の医療やケアを受けた利用者に対し、24 時間連絡体制を整備し、必要に応じ居宅介護支援を提供した場合

※介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

※ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険から、サービス利用料金に相当する給付を受領することが出来ない場合は（法定代理受領でない場合）、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、事業者からサービス提供証明書を受け取ります。このサービス提供証明書を、後日保険者の窓口申請しますと全額払い戻しを受けられます。（償還払い）

※必要に応じて、要介護認定申請代行費、記録の謄写費用等の実費をいただく場合があります。

8. 苦情の受付について

当事業所ご利用相談室	窓口担当者 内間 香 ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 電話及び窓口でご相談下さい。 TEL（０９８）８８６－５０７０
国保連苦情処理相談窓口	那覇市西 3 丁目 1 4 番地 1 8 号 TEL（０９８）８６０－９０２６
那 覇 市	那覇市泉崎 1 番丁目 1 番 1 号 TEL（０９８）８６２－９０１０
沖縄県介護保険広域連合	読谷村比謝 5 5 番地 複合施設 2 階 TEL（０９８）９１１－７５００
浦 添 市	浦添市安波茶 1 丁目 1 番 1 号 TEL（０９８）８７６－１２３４

9. 秘密保持

- 当事業所の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- 当事業所は、従業員が退職後も在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 当事業所は、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、利用者家族の代表者からの同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者又は利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

10. 事故発生時の対応

利用者に対する居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、保険者、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅サービス事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。

利用者に対して、居宅介護支援を提供したことにより損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他、虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通知するものとする。

12. 身体拘束に関して

事業者は、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、身体拘束等を行わないこととする。

事業者は、前項の身体拘束等を行う場合には、次に定める必要な措置を行う

- (1) 本人やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るように努める。
- (2) その耐用及び時間、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する。
- (3) 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除する。

13. 認知症ケアについて

認知症の理解を更に深めるため、事業所内外の研修に参加し、現場での実践方法を身につけることで、認知症ケア及びサービスの充実に繋げるよう努めるものとする。

14. 業務継続計画

業務継続計画（BCP）の策定等にあって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を実施し、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。

15. 衛生管理

感染症の予防及び蔓延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を整備する。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努めます

16. その他

事業所は、適切な指定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って業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するために方針の明確化等の必要な処置を講じるものとする。

17. サービス種別、サービス提供事業者の割合について

当事業所で作成している、居宅サービス計画に占めるサービス種別ごとの割合、サービス提供事業者の割合については、以下の通りです。

※令和7年3月～令和7年8月までの集計

・サービス種別ごとの計画作成割合

訪問介護		通所介護		地域密着型通所介護		福祉用具貸与	
21.2%		69.0%		6.4%		71.8%	
訪問介護	割合	通所介護	割合	地域密着型通所介護	割合	福祉用具貸与	割合
ヘルパーステーション大名	36.5%	デイサービスセンター大名	18.0%	GENKINEXT 那覇松島	32.4%	介護パートナ	16.3%
ヘルパーステーション那覇	5.4%	大名デイサービスフレンドふるじま	8.2%	かりゆしプラザ三原	17.2%	Walkers Base	14.1%
ヘルパーステーションめかる	4.6%	那覇偕生園デイサービスセンター	7.0%	リハビリデイサービスポジリハ古島店	13.3%	株式会社ケアコネクト	13.5%

・サービス提供事業者ごとの計画作成割合（上位3位）

私は、当該担当職員（ ）より本書面の重要事項説明書を受領し、上記重要事項の説明を受け、内容に同意しました。特に太字・下線の事項について、口頭にて説明を受け内容に同意しました。

令和 年 月 日

※ 利用者 住 所 _____

氏 名 _____

※ 代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 続 柄 _____