

スマイルケアプランセンター
(居宅介護支援事業)

重 要 事 項 説 明 書

居宅介護支援事業重要事項説明書

1. 事業者概要

[事業者名]	社会福祉法人 近江薫風会
[代表者名]	田中 薫
[所在地]	滋賀県米原市寺倉 603 番地の 1
[主な事業]	社会福祉事業
[電話番号]	0749-54-8200
[設立年月]	平成 17 年 9 月設立

2. 事業所概要

[事業所名]	スマイルケアプランセンター
[所在地]	滋賀県米原市寺倉 603 番地の 3
[管理者]	辻井 和代
[指定番号]	(2572400253)
[電話番号]	0749-54-8203
[FAX番号]	0749-54-8213
[開設年月]	平成 27 年 5 月

3. サービスを提供する通常の事業実施地区

米原市(旧坂田郡山東町、米原町、近江町)、長浜市(平成 18 年合併前の旧長浜市)。

4. 営業日および営業時間・緊急連絡先

[営業日]	月曜日から金曜日
[営業時間]	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
[休業日]	土・日曜日、12 月 31 日～1 月 3 日
[営業日・営業時間 外の緊急連絡先]	担当者：辻井和代 電話番号：080-3826-8203 担当者：塚田和佐 電話番号：090-8480-8203

5. 事業の目的および運営方針

【事業の目的】

社会福祉法人近江薫風会が開設するスマイルケアプランセンターは、要介護者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、ご本人やご家族の意向等を基に居宅サービスまたは施設サービスが適切に利用できるようなサービスの種類、内容等の計画を作成するとともに適切な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所、介護保険施設等との連絡調整、その他の便宜の提供を行なうことを目的とします。

【運営方針】

- ・ご利用者の方が要介護状態等になった場合においても、可能な限り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

ができるよう配慮して行います。

- ・ご利用者の方の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者の方の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。
- ・ご利用者の方の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の方の立場に立って、ご利用者の方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所に不当に偏りすることのないよう、公正中立に行ないます。
- ・事業の運営に当たっては、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ます。
- ・米原市指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準等を定める条例(平成30年米原市条例第5号)を遵守いたします。

6. 事業所の職員体制

弊事業所に勤務する職員の職種、人数は、次のとおりです。

- ・管理者（介護支援専門員） 1名以上
- ・介護支援専門員 1名以上

7. 提供するサービスの内容と料金

(1) 居宅サービス計画原案の作成と交付

ご利用者の方とともに、ご利用者の方に必要な援助を考え、居宅サービス計画の原案を作成し、その内容について文書によりご利用者の方の同意を得ます。

また、居宅サービス計画をご利用者の方に交付いたします。

居宅サービス計画の作成に当たっては、各サービス提供事業所との連絡調整をします。

なお、病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先をお伝えください。

(2) サービス計画の実施状況の把握

居宅サービス計画の実施状況の把握、および解決すべき課題の把握にあたって、①1ヶ月に1回以上、ご利用者の方の居宅を訪問し、ご利用者の方に面接致します。②1ヶ月に1回以上、実施状況の把握及びその結果を記録で保存いたします。

(3) サービス担当者会議の実施

ご利用者の方が、要介護更新認定、要介護状態区分の変更の認定等を受けた場合においては、サービス担当者会議の開催担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めます。

(4) 給付管理

介護保険を使って受けられるサービスについて、実際にサービスが受けられる範囲やサービスの種類などについて調整し、また、サービスが計画通りに提供されたかなどを、確認して、給付管理を行います。

(5) 要介護(要支援)認定等の協力援助

ご利用者の方が要介護認定の変更や、認定更新を受けるについての申請の代行をさせていただき、他必要な支援を行います。

(6) 居宅サービス事業者の選定

ご利用者の方は、介護支援専門員に対して、複数の居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができます。

なお、弊社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別紙のとおりです。

(7) 苦情の記録

ご利用者の方およびそのご家族からの苦情を受けた場合には、当該苦情の内容を記録に残します。

また、市町村、国民健康保険団体連合会より求めがあった場合は報告いたします。

ご利用者の方に対する居宅介護支援サービスの提供により、事故が発生した場合には、当該事故の状況および事故に際して実施した処置を記録で残します。

(8) 利用料

利用料金は、「スマイルケアプランセンター料金表」(後記)をご参照ください。

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。

但し、ご利用者の方が、以前に保険料の滞納がある場合は、ご利用者の方より料金をいただき、弊会が発行する指定居宅介護支援提供証明書をもって、差額の払い戻しを受けることができます。

(9) その他の料金

・記録のコピー代金は、1枚あたり10円とします。

8. 非常災害対策

(1) 非常災害に備えて、消防計画、風水害や地震等に対処する計画を作成し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

また、協力医療機関や連携施設等との連携方法や支援体制について定期的に確認を行います。

(2) 非常災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めます。

9. プライバシー(個人情報)の保護

(1) ご利用者の方またはそのご家族の方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ダンス」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。

(2) サービスの提供に関わって、ご利用者の方の情報を他の事業所等と共有する必要がある場合には、あらかじめご利用者の方に説明し、同意を得た後、同意書に署名捺印をいただき、個人情報の保護をお約束いたします。

10. 守秘義務

弊事業所およびその職員は、正当な理由がない限り、ご利用者の方に対する当該サービス提供にあたって知り得たご利用者の方およびそのご家族の方の秘密を漏らしません。また、この守秘義務は、契約終了後も同様とするほか、職員との雇用契約時に取り交わした誓約書のとおり、遵守するものとします。

11. 人権擁護・虐待防止

ご利用者の方の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修の機会を確保します。

12. 介護支援専門員の変更

担当の介護支援専門員については、いつでも変更できます。
お気軽に弊事業所などにご相談ください。

13. 解約

- (1) ご利用者の方は弊事業所に対し、解約されたい日までに弊事業所宛に書面でご通知いただければ、この契約を解約いただくことができます。
ただし、緊急の入院など、やむをえない場合はこの限りではありません。
- (2) 弊事業所は、事業の廃止などやむを得ない事情がある場合、ご利用者の方に対して、契約終了日 1ヶ月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解約させていただくことがあります。
この場合、弊事業所は他の居宅介護支援事業所に関する情報をお伝えするなど、ご利用者の方が続けて滞りなく介護保険のサービスを受けることができるように配慮します。
- (3) ご利用者の方やそのご家族による、職員へのハラスメント行為(職員への暴力や乱暴な言動、セクシャルハラスメントなど)があった場合。

14. 契約の終了

次の場合には、自動的に契約は終了します。

- (1) ご利用者の方が介護保険施設等に入所された場合
- (2) ご利用者の方が要介護に該当されなくなられた場合
- (3) ご利用者の方やそのご家族の方による、職員へのハラスメント行為(職員への暴力や乱暴な言動、セクシャルハラスメントなど)があった場合、サービスの中断や契約を解除させていただく場合がありますので、予めご了解ください。
- (4) ご利用者の方が死亡された場合

15. 損害賠償

ご利用者の方に対して、弊事業所の責任において賠償すべきことが起こった場合は、ご利用者の方に賠償を負うものとします。ただし、弊事業所に故意過失がなかった場合は、この限りではありません。なお、賠償(見舞金等)は、当該保険金請求によって、支払われる額がすべてとなります。

16. 相談・苦情窓口

次のことについて、相談や苦情などがございましたら、下記の窓口までお申し出下さい。

①弊事業所が提供する居宅介護支援サービスについて

②居宅サービス計画にもとづいて提供している各種サービスについて

施設 窓口	苦情受付担当者・電話番号	辻井和代：0749-54-8203（携帯：080-3826-8203）
	FAX番号	0749-54-8213
	受付時間	午前8:30～午後5:30（日曜日を除く）
第三者 窓口者	担当者・ 電話番号	菅原信道（司法書士）米原市須川308番地：0749-57-8600 田中雄一（社会福祉士）米原市三吉570：0749-54-3105
公的 機関 窓口	機関名	米原市役所くらし支援部高齢福祉課
	住所	滋賀県米原市米原1016番地 米原市役所本庁舎くらし支援部高齢福祉課
	電話番号	0749-53-5122
	受付時間	午前8:30～午後5:15（土日祝日を除く）
	機関名	長浜市役所健康福祉部高齢福祉介護課
	住所	滋賀県長浜市八幡東町632 長浜市役所健康福祉部介護保険課
	電話番号	0749-65-7789
	受付時間	午前8:30～午後5:15（土日祝日を除く）
	機関名	滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課
	住所	滋賀県大津市中央4丁目5番9号 滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課
	電話番号	077-522-0065
	受付時間	午前9:00～午後5:00（土日祝日を除く）
	機関名	滋賀県運営適正化委員会（あんしん・なっとく委員会）
	住所	滋賀県草津市笠山7-8-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内
	電話番号	077-567-4107
	受付時間	午前9:00～午後5:00（土日祝日を除く）

17. スマイルケアプランセンター料金表

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。

居宅介護支援費

要介護度	要介護度別の利用料金	自己負担金 (1割・2割・3割共通)
要介護 1.2	10,860 円/月	0 円/月
要介護 3.4.5	14,110 円/月	0 円/月

各種加算 (1回につき、要介護度による区分なし)

加算項目	金額	加算内容の説明
初回加算	3,000 円/月	<ul style="list-style-type: none"> ・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/月	<ul style="list-style-type: none"> ・入院され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/月	<ul style="list-style-type: none"> ・入院された日の翌日また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)
退院・退所加算(Ⅰ)イ	4,500 円/回	入院等の期間中に病院等の職員の方と面談を行い必要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。 (Ⅰ) イ 連携1回 (Ⅰ) ロ 連携1回 (カンファレンス参加による) (Ⅱ) イ 連携2回以上 (Ⅱ) ロ 連携2回 (内1回以上カンファレンス参加) (Ⅲ) 連携3回以上 (内1回以上カンファレンス参加)
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	6,000 円/回	
退院・退所加算(Ⅱ)イ	6,000 円/回	
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	7,500 円/回	
退院・退所加算(Ⅲ)	9,000 円/回	
通院時情報連携加算	500 円/月	ご利用者の方が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師または歯科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、医師または歯科医師等からご利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合。
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円/回	病院等の求めにより、病院等の職員の方とご自宅を訪問し、カンファレンスを行い居宅サービス又は地域密着型サービス等の利用調整した場合(1月に2回を限度として算定できる)

その他料金 (ご利用の方)

- ・記録のコピー代は、1枚あたり10円実費ご負担いただきます。

社会福祉法人近江薫風会 スマイルケアプランセンターにおける居宅
介護支援事業の重要な事項の説明を行いました。

『事業所』

事業所名 スマイルケアプランセンター
所在地 滋賀県米原市寺倉 603 番地の 3
事業所番号 (2572400253)

『説明者』（説明者印のなきものは無効です。）

職 種
氏 名 印

私は、本書面にに基づき事業所から重要な事項の説明を受け、社会福祉法人
近江薫風会 スマイルケアプランセンターの居宅介護支援事業の提供内容
の説明を受けました。

年 月 日

『ご本人』

住 所
氏 名 印

やむを得ずご利用者の方に代わって代筆いただく場合にご記入ください。

(代筆者ご氏名)

『代理人の方』

住 所
氏 名 印

ご利用者とのご関係

別紙

弊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について

- ①前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	21 %
通所介護	78 %
地域密着型通所介護	0 %
福祉用具貸与	42 %

- ②前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	レク伊吹農協 訪問介護事業所 66.67 %	ビジットケアあおば 33.33 %	なし
通所介護	スマイル デイサービスセンター 63.64 %	ホーリス デイサービスセンター米原 18.18 %	デイサービスいそ 18.18 %
地域密着型通所介護	なし	なし	なし
福祉用具貸与	(株)ライフ 33.33 %	ケアサポートおうみ 33.33 %	介護健康用品の クローバー 33.33 %

判定期間 令和 年度

前期 (3月1日から8月末日)

後期 (9月1日から2月末日)