

居宅介護支援重要事項説明書

(令和7年3月1日現在)

1. 事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話	047-453-5111	(代表)
	047-453-5136	(直通)
FAX	047-408-2302	(直通)

営業時間 : 月曜日～土曜日 9:00～17:30

* 上記以外の時間帯・曜日については、080-9685-4064へご連絡ください。

休業日 : 日曜日・祝祭日・年末年始(12月31日～1月3日)

担当 :

* ご不明な点は何でもおたずねください。

2. 事業の目的及び運営の方針

目的	介護保険法第一条(目的)に基づき要介護状態になっても、利用者様が尊厳を保持しその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように支援いたします。
運営方針	ご利用者様やご家族様の持っている力、介護保険や地域の力等、たくさんの力を結び、住み慣れたご自宅で安心して過ごせる様にお手伝いをさせていただきます。

3. 事業所の概要

名称	医療法人社団 愛友会
代表者・氏名	理事長 中村 康彦
所在地	埼玉県上尾市柏座1-10-10
電話番号	048-773-1111

(1) 居宅介護支援の指定事業所番号及びサービス提供地域

事業所名	医療法人社団愛友会 介護老人保健施設ケアセンター習志野 居宅介護支援事業所
所在地	千葉県習志野市秋津3-5-2
介護保険指定事業所番号	居宅介護支援 (千葉県指定第1250280016号)
サービスを提供する地域	習志野市

(2) 職員体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者(主任介護支援専門員)	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため 必要な指揮命令を行います。	常勤1名
介護支援専門員	・居宅介護支援を行います。	常勤2名以上

3. サービス内容、提供方法

内容	提供方法
1. 初回面談	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者様やご家族様等からのご依頼を受け、ご自宅等を訪問させていただきます。 ・契約等の書類を交わし、現状でのご利用者様の心身の状況やご家族様の状況等を面談で伺います。
2. アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・面接でお話を伺ったうえで課題分析をします。 ・使用する課題分析票の種類は、ケアセンター習志野の独自方式とします。
3. 居宅サービス計画原案の作成	アセスメント後、居宅サービス計画(ケアプラン)の原案を作成します。
4. サービス担当者会議の開催	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画原案を基にご利用者様・ご家族様・専門職等に集まっていただき、希望やサービスの内容等を確認していきます。 ・ご利用者様・ご家族様の同意を得た上でテレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行うことも可能です。
5. 文書による同意	サービス担当者会議にて居宅サービス計画書の検討後、ご利用者様やご家族様により文書による同意を受け、交付します。
6. モニタリングの実施	<p>居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画書の実施状況の把握(モニタリング)のため、少なくとも月1回、ご利用者様宅を訪問しお話を伺い、記録に残していきます。</p> <p>* 利用者の状態が安定し、テレビ電話等での意思疎通が可能である事やサービス担当者会議等で主治医や担当者その他の関係者の合意が得られている場合においてはオンラインでのモニタリングが可能です。 (少なくとも2カ月に1回は自宅訪問する事)</p>
7. 居宅サービス計画の変更	ご利用者様の状態が変化した等の場合は速やかに居宅サービス計画の変更のための、上記2～5を実施します。

4. 居宅介護支援提供における事業所の義務事項

- (1) 病院、診療所等に入院した場合には、担当介護支援専門員の氏名、および連絡先を当該病院、診療所職員へ伝えて頂きますようお願い致します。
- (2) サービス提供事業所からご利用者様の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリングの際に、ケアマネージャー自身が把握した利用者の状態について主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝達することがあります。
- (3) 医療系サービス(訪問看護、通所リハビリテーション等)のサービスを希望している場合等はご利用者様の同意を得て主治医の意見を求め、その主治医に対しても居宅サービス計画書を交付させていただきます。
- (4) ご利用者様は居宅サービス計画に位置付ける居宅サービス提供事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが出来ます。また、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求める事が可能です。
また、前6か月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下「訪問介護等」という)がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6か月間に当該居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業所又は指定地域密着型サービス事業所によって提供されたものが占める割合等につき説明を行い、理解を得ます。

①前6か月間に作成した居宅サービス計画における、訪問介護等の各サービスの割合

訪問介護	21.7 %	地域密着型通所介護	9.4 %
通所介護	16.8 %	福祉用具貸与	55.3 %

②前6か月間に作成した居宅サービス計画における訪問介護等の各サービスごとの同一事業所によって提供されたものの割合

	法人名	事業所名	割合
訪問介護	(株)カンケイ舎	クローバーケアステーション習志野	35.6 %
	(株)ニチイ学館	ニチイケアセンター津田沼中央	25.7 %
	(株)ニチイ学館	ニチイケアセンター津田沼	11.9 %
通所介護	社会福祉法人 清和会	セイワ習志野デイサービスセンター	47.4 %
	社会福祉法人 江戸川豊生会	白鷺園デイサービスセンター	21.8 %
	(株)SkyConnect	Action+大久保店	14.1 %
地域密着型通所介護	コウジータイムズ株式会社	樹楽 秋津	27.3 %
	日本介護事業株式会社	だんらんの家 習志野	25 %
	(有)吉清	かすみのいえ	13.6 %
福祉用具貸与	(株)シルバーとつぷ	シルバーとつぷ	31.1 %
	一般社団法人福祉の樹	福祉用具の樹	16.7 %
	(有)セイワメディカル	セイワメディカル	16.7 %

③判定機関 (令和5年度～6年度)

前期(3月1日～8月末日)

後期(9月1日～2月末日)

5. 利用料金

(1) 利用料

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。
サービスの利用のない月には居宅介護支援費は請求できません。ただし、退院・退所において医師が回復の見込みがないと診断し、必要なケアマネジメントが行われ、必要な書類が整備されている場合は請求可能となります。

①基本料金 *居宅介護支援費(Ⅱ):一定の情報通信機器の活用又は事務職員の配置が必要。

区分(介護支援専門員1人当たりの利用者数)	要介護1・2	要介護3～5
居宅介護支援費(Ⅰ)	45人未満	1,086単位
居宅介護支援費(Ⅱ)	50人未満	1,411単位

②加算料金

特定事業所加算 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A	加算の体制要件、人材要件、居宅サービス計画作成における要件、ヤングケアラー・障害者等に関する事例検討会や研修等への参加中重度者や支援困難ケースへの対応等、各要件を満たす場合。	519単位/月
		421単位/月
		323単位/月
		114単位/月
特定事業所医療介護 連携加算	特定事業所加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを算定し、年間退院退所加算を35回以上、ターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定している場合。	125単位/月
初回加算	新規に居宅介護計画を作成した場合、過去2か月以上居宅介護支援を提供していない場合、2段階以上の要介護状態区分の変更認定を受けた場合。	300単位/月
入院時連携加算(Ⅰ)	介護支援専門員が医療機関に対し入院当日(営業時間終了後または営業日以外の日)に入院した場合は、入院日の翌日を含む)に必要な情報提供をした場合。	250単位
入院時連携加算(Ⅱ)	介護支援専門員が医療機関に対し入院した日の翌日または翌々日(営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む)に必要な情報提供をした場合。	200単位
退院・退所加算	ご利用者が医療機関や介護保険施設から退院(退所)に当たり、各機関から必要な情報提供を受けた場合。 *退院・退所時のスムーズな福祉用具貸与の利用を図る観点から、退院・退所時のカンファレンスについて、福祉用具の貸与が見込まれる場合には、必要に応じ、福祉用具相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加する。	450単位 ～ 900単位
通院時情報連携加算	ご利用者が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等にご利用者様の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等からご利用者様に関する必要な情報を受けた上で居宅サービス計画に記録した場合。	50単位
緊急時等居宅 カンファレンス加算	病院の求めにより、病院職員と共に居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合。	220単位/回 月2回まで算定可
ターミナルケア マネジメント加算	ターミナルケアを受けることに同意した利用者について、24時間連絡出来る体制を確保しており、かつ医療機関やサービス事業者と連携を取り必要に応じて居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備している。	400単位/月

(2) 交通費

提供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、介護支援専門員が訪問するための交通費が実費で必要になります。

車で訪問の場合、公共交通機関の最短料金を実費でいただきます。

6. サービス内容に関する苦情窓口

- (1) 当事業所の介護支援に関するご相談・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ご相談・苦情を承ります。

担 当	管理者 三橋 忍
電話番号	047-453-5111 (代表) 047-453-5136 (直通)
FAX番号	047-408-2302 (直通)
受付時間	月曜日～土曜日 9:00～17:30
処理体制・手順	相談・苦情があった場合、直ちに担当者が管理者に報告し、管理者が利用者に連絡を取り事情を確認する。
対応方針	・相談・苦情が居宅サービス提供の内容に関するものであった場合には、当該居宅サービス事業者に対して連絡を取り、事情を確認する。 ・必要に応じて、当該居宅サービス事業者と今後の具体的な対応方法を協議し、直ちにご利用者様に対して報告・説明を行う。 ・内容全般を苦情処理受付簿に記録・保管し、今後の再発防止に努める。

事業所の居宅介護支援に関するご相談・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。

- (2) その他当事業所以外に、市町村及び国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に伝えることができます。

習志野市役所介護保険課 電話 047-451-1151 (代表)

千葉県国民健康保険団体連合会 電話 043-254-7428

7. 秘密の保持

- (1) 当事業所は、業務上知り得たご利用者様またはそのご家族様の秘密を厳守いたします。
- (2) 当事業所は、介護支援専門員その他従業者であった者から、業務上知り得たご利用者様またはそのご家族様の秘密が漏れることのない様に管理を徹底いたします。
- (3) 当事業所は、サービス担当者会議におきまして、ご利用者様の個人情報を用いる場合は、あらかじめ、ご利用者様またはそのご家族様からの同意を頂きます。

8. 事故発生時の対応等

当事業所がご利用者様に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者様のご家族様、市区町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

9. ハラスメント対策の強化

ハラスメントは利用者・家族等から職員へ、及び職員から利用者・家族等へのハラスメント両方を指します。

当事業所は、職員に対してハラスメントの発生を防ぐ様に徹底するとともに当該利用者・家族からのハラスメントが確認された場合、居宅介護支援契約を解除させていただきます。

10. 感染対策

(1)事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を月1回開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(2)感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

(3)感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11. 虐待防止

(1)事業所は、利用者の人権の養護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

②虐待防止のための指針を整備します。

③虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(2)事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見したい場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

12. 業務継続計画の策定等

(1)事業所は、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するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という)を作成し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

(2)事業所は従業員に対し、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実施するものとします。

(3)事業所は、定期的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うものとします。

[説明日]

令和 年 月 日

居宅介護支援提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書の記載事項について説明しました。

(事業所) <事業所名>

所在地 千葉県習志野市秋津3-5-2

名称 医療法人社団 愛友会

介護老人保健施設 ケアセンター習志野

居宅介護支援事業所

印

説明者 介護支援専門員

氏名

印

私は、事業者からの説明を受け、指定居宅介護支援の提供開始について同意します。

(利用者) <利用者氏名>

住所

印

氏名

<利用者代理人>

住所

氏名

(続柄:

) 印