

居宅介護支援重要事項説明書

(2025年4月1日現在)

あなた（利用者）に対するサービス提供にあたり、当事業所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）の概要

事業者（法人）名称	医療法人社団さくら会
主たる事務所の所在地	東京都世田谷区世田谷一丁目 32 番 18 号
代表者役職・氏名	理事長 岡田 錬之介
電話番号	03-3420-7111
設立年月日	1985年3月31日

2. ご利用事業所の概要

事業所名	鷺沼透光診療所 透光燦燦居宅介護支援事業所
所在地	川崎市宮前区小台 1-20-1 アン・ビジネスパーク 6F
電話番号	044-860-5102
介護保険指定番号	1475502579
指定年月日	2020年7月1日
管理者	小川 亜紀
通常のサービス実施地域	宮前区、高津区上作延、高津区向ヶ丘、高津区久末、高津区梶ヶ谷 1 丁目～6 丁目、横浜市青葉区美しが丘 1 丁目～5 丁目、横浜市青葉区美しが丘西 1 丁目～3 丁目、横浜市青葉区新石川 1 丁目～4 丁目、横浜市都筑区あゆみが丘、横浜市都筑区牛久保町、横浜市都筑区牛久保 1 丁目～3 丁目、横浜市都筑区牛久保西 1 丁目～4 丁目、横浜市都筑区すみれが丘、横浜市都筑区中川 1 丁目～7 丁目
併設サービス	鷺沼透光燦燦デイケアセンター

3. 職員体制

	職務内容	人員数
管理者	事業及び従業者の管理（介護支援専門員と兼務）	常勤 1名 非常勤 0名
介護支援専門員	居宅介護支援の提供	常勤 1名以上 非常勤 0名

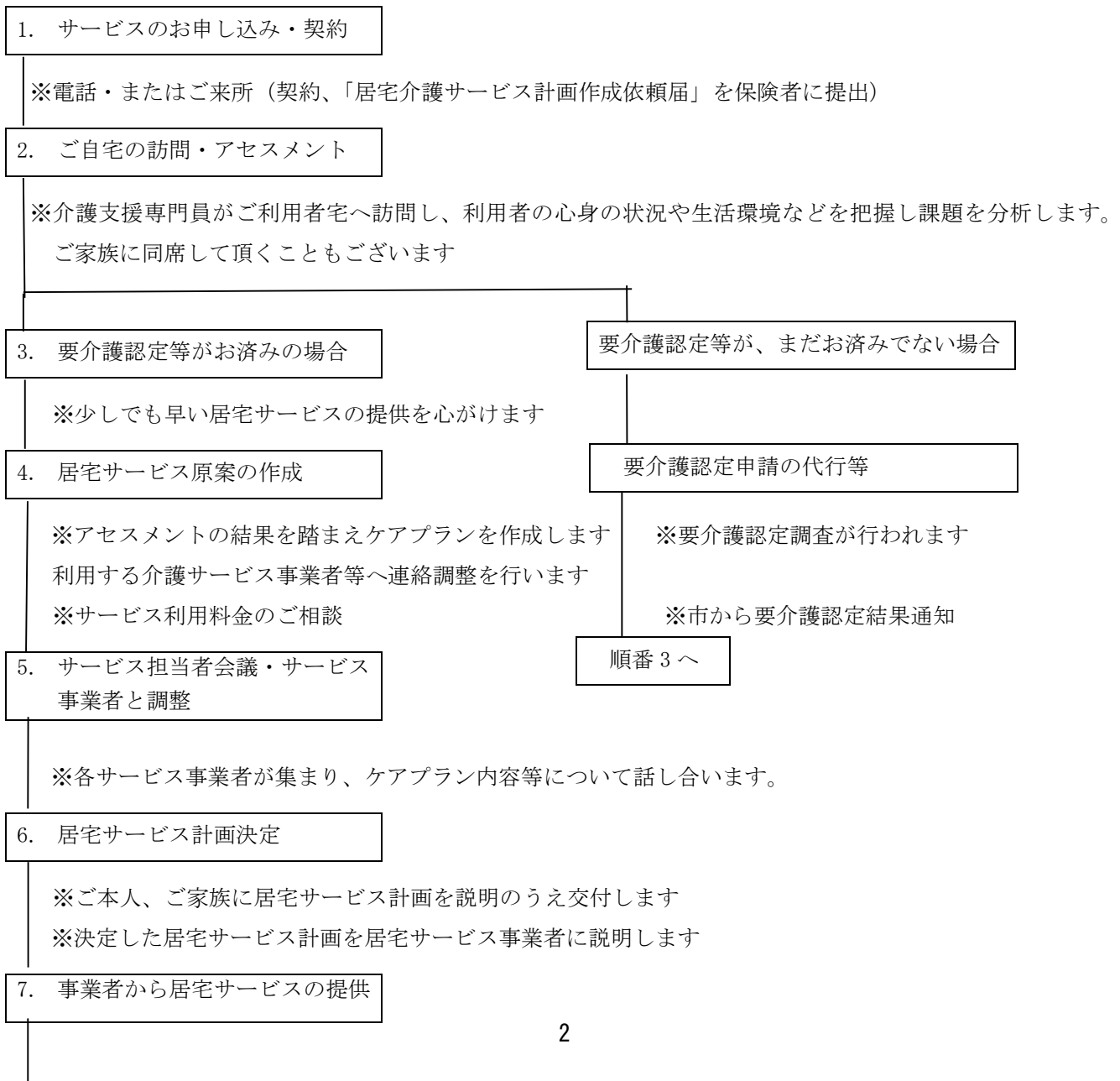
4. 営業日時

営業日時	月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時
休業日	土・日・祝日・年末年始（12月31日～1月3日）

5. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業所は、利用者に対して、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、居宅サービス計画の作成を支援し、各種の居宅サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業所との連絡調整その他の便宜を図りながら適切な居宅介護支援を提供する事を目的とします。
運営の方針	<p>① 当事業者の介護支援専門員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、可能なかぎ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ために、適切な居宅サービス、保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう援助を行います。</p> <p>② 当事業者は、利用者の意志を尊重し、提供される居宅サービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に事業を行います。</p>

6. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



※提供された居宅介護サービス等に対してのご要望等を承ります

8. 毎月の訪問・モニタリング

※定期的にご自宅へ伺い、必要に応じて計画の変更を行ないます

(但し、同意を得られた場合は、テレビ電話等、情報通信機器を活用したモニタリングを行うことがあります)

※要介護認定に変更があった場合、身体及び生活状況が変化した場合、サービス提供事業所者の変更を希望される場合などは、生活の課題分析を再度行い、居宅サービス計画の修正・変更を行います。

※医療機関へ入院された場合は、担当介護支援専門員の氏名、及び連絡先を入院先の医療機関に提示して下さい。

(2) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

1か月の予告期間を文書でお申し出くだされば解約できます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

・人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。

その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

③利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

④自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・ご利用者が、介護施設に入所された場合、
- ・要介護認定により、ご利用者の心身の状況が、要支援1・2または自立と認定された場合。
- ・ご利用者が、お亡くなりになった場合。

⑤その他

ご利用者やご家族などが、当事業所や当事業所の介護支援専門員等に対して、本契約を継続し難い迷惑行為、不信行為等を行った場合は、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。

7. 利用料金

サービス利用料については、下表のとおりです。介護保険適用となる場合は、下記利用料（下記記載加算含む）をお支払い頂く必要はありません。

ただし、介護保険適用の場合でも、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があります。その場合は一旦利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行致します。後日、市区町村の介護保険課に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

介護支援費 I

区分	ケアマネージャー1人あたりの担当件数	(1単位 / 11.12円)
居宅介護支援費(i)	45件未満	要介護1・2 1,086単位/月

		要介護3～5	1,411単位/月
居宅介護支援費(ii)	45件以上60件未満の部分	要介護1・2	544単位/月
		要介護3～5	704単位/月
居宅介護支援費(iii)	60件以上の部分	要介護1・2	326単位/月
		要介護3～5	422単位/月

介護支援費Ⅱ

区分	ケアマネージャー1人あたりの担当件数	(1単位 / 11.12円)	
居宅介護支援費(i)	50件未満	要介護1・2	1,086単位/月
		要介護3～5	1,411単位/月
居宅介護支援費(ii)	50件以上60件未満の部分	要介護1・2	527単位/月
		要介護3～5	683単位/月
居宅介護支援費(iii)	60件以上の部分	要介護1・2	316単位/月
		要介護3～5	410単位/月

加算 (介護度による区分なし)

加算名称			単位数	算定回数・要件等
初回加算			240単位	<ul style="list-style-type: none"> ・新規に居宅サービス計画を作成する場合 ・要介護状態区分が2区分変更された場合
入院時情報連携加算(I)			250単位	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の入院当日及び入院日以前に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合(I) ・利用者の入院日の翌日・翌々日に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合(II)
入院時情報連携加算(II)			200単位	
退院・退所加算	カンファレンス参加なし	連携1回	450単位	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービスを利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
		連携2回	600単位	
	カンファレンス参加あり	連携1回	600単位	
		連携2回	750単位	
		連携3回	900単位	
通院時情報連携加算			50単位	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が医療機関において医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、ケアマネジメントを行った場合
ターミナルケアマネジメント加算			400単位	<ul style="list-style-type: none"> ・下記参照
緊急時等居宅カンファレンス加算			200単位	<ul style="list-style-type: none"> ・病院又は診療所の求めにより、職員とともに利用者宅を訪問し、カンファレンスを行い居宅サービスの調整を行った場合

減算

減算名称	単位	要件等
特定事業所集中減算	200単位	・ 正当な利用なく特定の事業所に80%以上集中した場合（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）
運営基準減算	基本単位数の50%に減算	・ 運営基準に沿った、適切な居宅介護支援が提供できていない場合

※ターミナルケアマネジメント加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された利用者又はその家族から下記の内容に同意を得たうえで算定します。

- ① ターミナル期に担当ケアマネージャーが通常よりも頻回に訪問すること
- ② 担当ケアマネージャーが状態変化やサービス変更の必要性を把握すること
- ③ 把握した心身の状況等の情報を記録すること
- ④ 把握した心身の状況等を主治の医師等やケアプランに位置付けた居宅サービス事業所へ提供すること
- ⑤ 必要に応じて主治医等に病状等に関する指示を受けること。

(1) 交通費

通常の実地実施地域にお住まいの方は無料です。

ただし、提供地域を超えた交通費に関しては、事業所から1km毎に100円を徴収します。

(2) 解約料

解約についての料金は一切いただきません。

(3) 支払方法

料金が発生する場合、1ヶ月ごとに清算し、翌月10日までに請求いたします。20日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払方法は、銀行振り込みまたは、現金集金の2通りからお選び頂けます。

7. 介護支援専門員の交代

(1) 利用者からの交代の申し出

選任された介護支援専門員の交代を希望する場合は、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他、交代を希望する理由を明らかにして、事業所に対して交代を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

(2) 事業者からの介護支援専門員の交代

事業者の都合により、介護支援専門員を交代することがあります。その場合は、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

8. 主治の医師及び医療機関等との連携

事業者は利用者の主治の医師又は関係医療機関との間において、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うために、疾患に関する情報について必要に応じて連絡をとらせていただきます。そのために、入院、受診時等には、当該事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えて頂きますようお願いいたします。（医療保険証、お薬手帳等に当該事業所の介護支援専門員の名刺を添付する等の対応をお願いします。）

9. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

10. 感染や災害への対策

感染症や災害の発生時に継続的にサービスを提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定し、対応力の向上を図ります。

11. ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

12. 質の高いマネジメントの提供

ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、運営基準に沿った適切な居宅介護支援を提供します。当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通りです。

13. 事故発生時の対応

(1) 事故発生時

ご利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市区町村、ご利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 賠償責任

事業者又は利用者は、本契約に違反して相手方に損害を与えた場合、相手方に対し、その損害を賠償する義務を負います。

14. 個人情報の取り扱いについて

利用者及び家族の情報については次の記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することとし、同意を得ない限り用いません。

(1) 使用目的

事業者が介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に使用します。

(2) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払うこととします。
- ② 事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておきます。

(3) 個人情報の内容(例示)

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービス等を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

- ② 認定調査票（各調査項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における 判定結果の意見
- ③ その他の情報

(4) 使用する期間

契約締結日から契約終了日までとします。

15. 秘密保持

事業者が得た利用者やその家族の個人情報、介護サービスの提供以外の目的では原則として使用しません。サービス担当者会議などで利用者やその家族の個人譲歩を使用する場合は、利用者およびその家族の同意を事前に文書で得ることとします。

16. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の専用窓口でお受けします。

鷺沼透光診療所 透光燦燦居宅介護支援事業所	電話番号 044-860-5102 F A X 番号 044-860-5811
-----------------------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

宮前区役所 高齢・障害課	電話番号 044-856-3242 F A X 番号 044-856-3163
川崎市	電話番号 044-200-2910
横浜市	電話番号 045-671-3461
青葉区	電話番号 045-978-2479
都筑区	電話番号 045-948-2313

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご利用者及びそのご家族に対して重要事項説明書に基づいて重要な事項の説明を行いました。

【支援事業者】

所在地 川崎市宮前区小台 1-20-1
 アン・ビジネスパーク 6F
 事業所名 鷺沼透光診療所 透光燦燦居宅介護支援事業所
 管理者 小川 亜紀
 説明者 小川 亜紀

私は、事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受け、この内容について同意し、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

【利用者】

住所 _____ .

氏名 _____ °

(代理人または家族代表)

住所 _____ .

氏名 _____ °

(利用者との続柄) _____ °

(別紙2)

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型、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（地域密着型含む）、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- ・訪問介護 7%
 - ・通所介護 18%
 - ・福祉用具貸与 42%
 - ・地域密着型 8%
- 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（地域密着型含む）、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	ケアリッツ宮前平 59%	ことは介護ステーション 24%	ヘルパーステーションハンナ 17%
通所介護	リ・ケア東有馬 ころばん塾 22%	サバティ神奈川 川崎宮前店 11%	セイワ介護老人福祉施設鷺ヶ 峰 11%
福祉用具 貸与	(株)ヤマシタ 宮前営業所 30%	株式会社メディケアセン ター横浜青葉 18%	ケイホスピア 株式会社 13%
地域密着型	元気サポートはなまる宿 川原 44%	クリスタルプラザゆうえ ん 24%	フィットスパオアシス宮崎台 20%

判定期間 令和 6年度 後期 (9月1日から2月末日)