

居宅介護支援重要事項説明書

＜令和 8 年 6 月 1 日現在＞

○ 担当介護支援専門員

氏名

連絡先 04-2956-7775

1 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	むさしの園指定居宅介護支援事業
所在地	埼玉県狭山市南入曽 1048 番地 2
介護保険指定番号	居宅介護支援 (1172700013)
サービスを提供する地域	狭山市全域 (6 級地)

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常 勤	非常勤	業 務 内 容	計
管理者兼主任介護支援専門員	1 名	0 名	サービス管理全般	1 名
主任介護支援専門員	1 名	0 名	介護支援専門員の支援	1 名
介護支援専門員 その他	2 名	1 名	サービス計画の立案・ 管理等	3 名
事務職員	1 名	0 名	一般事務・料金請求等	1 名

(3) 営業時間

平 日	8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分
休 日	土曜日、日曜日、年末年始 (12/29～1/3)

* 緊急連絡電話 04-2956-7760 (代表)

休日及び夜間について

緊急連絡電話へ連絡 → 必要に応じて当事業所介護支援専門員よりご連絡

2 サービス内容、提供方法

別添資料をご覧ください。(狭山市介護保険パンフレット等参照)

内容	提供方法
利用者からの居宅サービス計画作成依頼等に対する相談対応	当事業所内相談室において行います。 (必要に応じて利用者の居宅を訪問します。)
課題分析の実施	① 課題分析の実施に当たっては、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握します。 ② 解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行います。 ③ 使用する課題分析票の種類は、ガイドライン方式等とします。
居宅サービス計画原案の作成	利用者の希望及びアセスメントの結果に基づき、利用者及び家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標とその達成時期、サービスの種類と内容等を記載した居宅サービス計画の原案を作成します。
サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う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原案の内容について、担当者から専門的見地からの意見を求めます。
居宅サービス計画の説明、同意、交付	① 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又は家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。 ② 居宅サービスについて、複数の事業所の紹介を求めることが可能であり、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由の求めに応じます。 ③ 作成した居宅サービス計画は交付します。
居宅サービス計画の実施状況の把握	① 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行います。 利用者及び家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。 ② モニタリングに当たり、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、面接します。 ③ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録します。

＊ 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とおりです。

3 利用料金

(1) 居宅介護支援利用料

基本料金及び加算料金

- ・ 居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたりについて下の表により決められます。

居宅介護支援費（1月当たり）

*狭山市 6級地 10.42円

区分	介護度	(単位数) 1単位 10.42円	利用料	備考
居宅介護支援費 (i)	要介護1又は要介護2	1,086	11,316円	} (担当件数) 40未満
	要介護3、要介護4又は要介護5	1,411	14,702円	
居宅介護支援費 (ii)	要介護1又は要介護2	544	5,668円	} (担当件数) 40以上 60未満
	要介護3、要介護4又は要介護5	704	7,335円	
居宅介護支援費 (iii)	要介護1又は要介護2	326	3,396円	} (担当件数) 60以上
	要介護3、要介護4又は要介護5	422	4,397円	
初回加算		+300	3,126円	1/月
特定事業所加算(II)		+421	4,386円	1/月
入院時情報連携加算(I)		+250	2,605円	1/月
入院時情報連携加算(II)		+200	2,084円	1/月
退院・退所加算(I)イ		+450	4,689円	1/入院または 入所期間中
退院・退所加算(I)ロ		+600	6,252円	
退院・退所加算(II)イ		+600	6,252円	
退院・退所加算(II)ロ		+750	7,815円	
退院・退所加算(III)		+900	9,378円	
通院時情報連携加算		+50	521円	1/月
緊急時等居宅カンファレンス加算		+200	2,084円	2/月
処遇改善加算		居宅介護支援費の所定単位数合計の 2.1%相当		

要介護認定等を受けられた方は、介護保険制度から利用料金の全額を給付されるので自己負担はありません。

- * 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上記1の金額をいただき、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提出しますと、全額払戻を受けられます。

① 初回加算

新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対して該当月に 300 単位を加算。

② 特定事業所加算（Ⅱ）

- ア、専ら指定居宅介護支援事業の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を 1 名以上配置していること。
- イ、専ら指定居宅介護支援事業の提供に当たる常勤の介護支援専門員を 3 名以上配置していること。
- ウ、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すること。
- エ、24 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ていること。
- オ、介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- カ、地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- キ、地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ク、運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ケ、介護支援専門員一人当たりの利用者の平均件数が 40 件未満であること。
- コ、法定研修等における実習受入事業所となるなど、人材育成への協力体制の整備をしていること。
- サ、他の法人が運営する指定居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

③ 入院時情報連携加算（Ⅰ）

入院後 3 日以内に当該利用者に係る必要な情報を提供した場合。

④ 入院時情報連携加算（Ⅱ）

入院後 4 日以上 7 日以内に当該利用者に係る必要な情報を提供した場合。

＊入院時情報連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定はいずれかに限る。

⑤ 退院・退所加算（Ⅰ）イ

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により 1 回受けていること。

⑥ 退院・退所加算（Ⅰ）ロ

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより 1 回受けていること。

⑦ 退院・退所加算（Ⅱ）イ

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により 2 回以上受けていること。

⑧ 退院・退所加算（Ⅱ）ロ

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

⑨ 退院・退所加算（Ⅲ）

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

*③～⑨については初回加算を算定する場合は、算定できない。

⑩ 通院時情報連携加算

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。

⑪ 緊急時等居宅カンファレンス加算

病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の医師または看護師等と共に利用者宅に訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス調整を行った場合、利用者一人につき1か月に2回を限度として加算。

（2）交通費

前記1の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費の実費が必要です。

① 通常の実施地域を越えてから、片道10キロ未満 200円

② 通常の実施地域を越えてから、片道10キロ以上 250円

（3）解約料

利用者のご都合により解約したい場合、下記の料金をいただきます。

契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約した場合	要介護状態ごとの計画費の 10割
保険者（市町村）への居宅サービス計画の届出が終了後に解約した場合	料金は一切かかりません

（4）その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月5日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

4 相談、要望、苦情等の窓口

居宅介護支援に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口
1 担当者等
・ 苦情受付担当及び解決責任者 <u>管理者 高 橋 広 大</u>
電話番号 04-2956-7775
・ 第三者委員 <u>名栗園 理事長 池 田 徳 幸</u>
電話番号 042-972-7777 (代表)
<u>桑の実会 理事長 濱 野 賢 一</u>
080-3319-7371
(受付時間 9:00 ~ 17:00)
2 市町村 狹山市 健康推進部介護保険課
電話番号 04-2953-1111
3 国民健康保険団体連合会 埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号 048-824-2568
4 通常の実施地域外の市区町村
市区町村
電話番号
国民健康保険団体連合会
電話番号

5 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

6 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡するととも

に、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者 管理者 高橋 広大

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

8 業務継続計画の策定等について

- (1) 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的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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します。
- (3) 定期的に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います。

9 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業員に対し、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。

10 第三者評価の実施

第三者による評価の実施状況	☐ あり	実施日	年 月 日	
		評価機関の名称		
		評価の開示	☐ あり	☐ なし
	☒ なし			

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、下記利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

説明者

所在地 埼玉県狭山市大字南入曽 1048 番地 2

名称 むさしの園指定居宅介護支援事業

説明者 介護支援専門員

氏名

印

私は、契約書及び本書面により、上記事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名

印

ご家族 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印