

# 指定居宅介護支援重要事項説明書

〔令和8年6月1日現在〕

## 1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 明晴会
代表者役職・氏名	理事長 野中 晴彦
法人所在地・電話番号	埼玉県入間市野田 3078-13
法人設立年月日	昭和56年11月19日

## 2 サービスを提供する事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

名 称	西武居宅介護支援事業所
事業所番号	居宅介護支援（指定事業所番号1172800383）
所在地	〒358-0053 埼玉県入間市仏子954-11
電話番号	04-2931-3900
FAX番号	04-2931-3901
通常の事業の実施地域	入間市 ※その他地域の方は、ご相談ください。

### (2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで （国民の休日、12月30日午後から1月3日までを除く。）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで

### (3) 事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・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 3 名 （管理者含む）

## 3 当事業者の居宅介護支援の特徴

### (1) 事業の目的

介護保険法の理念に基づき、要介護者等からの相談に応じて本人や家族等の意向を基に、居宅サービス、又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう地域包括支援センター、指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連携(連絡調整等)その他の便宜の提供を行なうことを目的とします。

(2) 運営の方針 事業所は、

- 1 要介護者等が住み慣れた地域社会で安心して暮らせるよう、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援助に努めます。
- 2 利用者の心身の状況その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき、適切な保健・医療サービス及び福祉サービスが、施設等の多様なサービスや事業者の連携を得て、総合的かつ効果的に介護計画に提供されるよう配慮して行ないます。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供するサービス等が特段の事情がない限り、特定の種類または特定の事業所に偏る事がないよう、公正中立に行ないます。
- 4 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、他の指定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。

(3) 介護支援専門員の業務範囲

介護保険制度上、介護支援専門員の業務は居宅サービス計画の作成・他事業所等との連絡調整が主となります。

介護支援専門員が御利用者様・御家族様の便宜の為、日常の雑務や買い物、外出、通院支援等を行う事は出来ません。尚、業務車両への乗車もお断りしております。付き添い等が必要な場合は、訪問介護等の別サービスをご利用頂く必要が有ります。

(4) 金品等の授受の禁止

介護支援専門員は、御利用者様・御家族様から金品や飲食物、その他財産上の利益を受け取ることは出来ません。私的な金品の授受によりサービスの中立公正に疑義が生じる等の弊害が懸念される為です。

4 居宅介護支援に係る事業所の義務について

- (1) 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。
- (2) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。
- (3) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画書を作成した際には、当該居宅サービス計画書を主治の医師等に交付します。

## 5 サービスの内容、提供方法

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、TAI方式とします。
居宅サービス計画原案の作成	利用者の希望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作成した居宅サービス計画は交付します。 ③居宅サービス計画は市基準条例第3条の基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであることから、利用者は介護支援専門員に対し、複数の居宅介護サービス事業所の紹介を求めると及び当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが出来ます。
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。

## 6 利用料、その他の費用の額

### (1) 居宅介護支援の利用料

#### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。利用者負担額は、原則として無料です。

区分 (介護支援専門員1人当たりの利用者数)		介護度	単位	利用料
居宅介護支援費Ⅰ (45人未満の場合)	45人未満の部分	要介護1・2	1,086単位	11,316円
		要介護3・4・5	1,411単位	14,702円
居宅介護支援費Ⅱ (45人以上60人未満の場合)	45人以上の部分	要介護1・2	544単位	5,668円
		要介護3・4・5	704単位	7,335円
居宅介護支援費Ⅲ (60人以上の場合)	60人以上の部分	要介護1・2	326単位	3,396円
		要介護3・4・5	422単位	4,397円

## イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

### ①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	単位	利用料
初回加算	新規に居宅サービス計画を作成した場合	300単位	1月につき 3,126円
入院時情報連携加算Ⅰ	利用者の方が病院又は診療所に入院した日のうちに当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報を提供している場合(入院日以前の情報提供を含む。営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は入院の翌日を含む)	250単位	1回につき 2,605円
入院時情報連携加算Ⅱ	利用者の方が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報を提供している場合(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)	200単位	1回につき 2,084円
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。	450単位	1回につき 4,689円

(I) □	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。	600単位	1回につき 6,252円
(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回受けていること。	600単位	1回につき 6,252円
(II) □	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。	750単位	1回につき 7,815円
(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。	900単位	1回につき 9,378円
通院時情報連携加算	利用者の方が医師又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心身の状況や生活環境、口腔衛生状況等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から必要な情報提供を受け、居宅サービス計画に記録した場合	50単位	月1回 521円
緊急時等居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより、病院等の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、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	200単位	1回につき 2,084円 (月2回限度)
介護職員等処遇改善加算	1カ月の単位数の総合計に応じて算出した額	2.1%	

※ 地域区分の加算について

地域ごとの人件費の地域差を調整するため、地域区分を設定し、1単位 10円を基本として、地域別・サービス別に1単位当たり単価を割増します。

〔入間市・6級地 居宅介護支援 1単位あたり10.42円〕

## (2) 交通費

通常の事業の実施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の実費をご負担して頂きます。

尚、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5キロ未満は500円、片道5キロ以上は1000円を請求します。

## 7 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、従業員である期間及び従業員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。

(2) 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ダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 8 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。

## 9 担当する介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_〔連絡先電話番号〕 04-2931-3900

### 〈 緊急連絡先 〉

1. 氏名	(続柄)
生年月日	年 月 日
住所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	

2. 氏 名	(続 柄)
生年月日	年 月 日
住所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	

3. 氏 名	(続 柄)
生年月日	年 月 日
住所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	

〈 かかりつけ医療機関 〉

病院名		主治医	
住 所		電話番号	

10 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

サービス提供に関する相談、及び苦情を受けるための窓口を設置します。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者 亀山 朋子
電話番号	午前8時30分から午後5時30分まで
受付時間	月曜日から土曜日まで
受 付 日	(国民の休日、12月30日午後から1月3日までを除く。)

市町村、及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に、苦情を伝えることができます。

入間市 健康推進部 介護保険課	04-2964-1111 (内線1346)
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	048-824-2568 (苦情相談専用)

## 11 個人情報について

利用者が円滑なサービス提供を受けることができるように、他の関係機関との連携を図るなど正当な理由がある場合、必要な情報として利用者及びその家族の個人情報を収集・利用します。

○ サービス担当者会議等に使用する個人情報の利用範囲として

使用する対象者

- ・ 利用者の主治の医師
- ・ サービス提供を行なう事業者の担当者
- ・ その他居宅介護支援に関わる関係機関

使用する個人情報

- ・ 認定調査票、主治医意見書、要介護認定結果、その他要介護認定に関わる必要な情報
- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他居宅介護支援に係る必要な情報

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

令和      年      月      日

<事業者>

所在地      入間市仏子954-11

名称      西武居宅介護支援事業所

説明者

私は、契約書および本書面により、事業所から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、同意をしました。

利用者      住所

氏名

利用者家族代表      住所

(続柄      )      氏名

私、及びその家族の個人情報については必要最小限の範囲内で使用する事に同意致します。

利用者 住所

氏名

利用者家族代表 住所

(続柄 ) 氏名

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉住所

(続柄 ) 氏名