居宅介護支援　重要事項説明書

（令和　7年　　1月　　1日現在）

１．当事業所の連絡先

電 話	047－712-8985 月・火・水・木・金曜日（祝日及び 12/29～1/3 を除く） 9 時～17 時
FAX	047-712-8986
担当ケアマネジャー	

２．当事業所の概要

事業所名称	幸志会ケアプランセンター
所在地	千葉県市川市南八幡 3-2-1　エクセル貴多川第2A 号
提供サービス種類	居宅介護支援
介護保険指定番号	
サービス提供地域	市川市・松戸市・鎌ヶ谷市・船橋市
当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、福祉用具貸与等の利用状況	重要事項説明書別紙 2　サービス利用割合等説明書のとおり

３．当事業所の職員体制

管理者	常勤・兼務	事業所の運営及び業務全般の管理	1 名
介護支援専門員	常勤	居宅介護支援等に関わる業務	1 名以上

４．事業の目的及び運営方針

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、本人や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、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者、 介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的としています。

５．居宅介護支援の内容

ご利用者様より、居宅介護支援の依頼を頂き、契約を締結した後で下記のサービス内容を提供致します。

① 課題分析（アセスメント）の実施

利用者様の居宅を訪問し、利用者様及びご家族様と面談・相談を行います。

② 居宅サービス計画の作成

ご利用者様の希望及び課題分析の結果に基づき、ご家族の希望及び居宅サービス等の提供体制も考慮して居宅サービス計画の作成を行います。介護支援専門員は、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービスの種類・サービス内容・利用料について説明します。ご利用者様及びご家族様は、介護支援専門員に複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた居宅サービス事業者の選定理由の説明を求めることが可能です。ご利用者様及びご家族様の選択により、最終的な居宅サービス計画の作成を行います。

③　サービス担当者会議の開催等

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担当者を招集して行う会議の調整を行います。サービス担当者会議は、サービス担当者との情報の共有及び居宅サービス計画の内容の検討を目的として開催されます。また、ご利用者様に同意を頂いた上、テレビ電話装置等を活用して行う場合があります。

④　居宅サービス事業者等との連絡・調整

居宅サービス計画作成後、計画に沿ったサービスが提供されるよう居宅サービス事業者と連絡・調整を行います。

⑤　モニタリングの実施

居宅サービス計画の作成後、少なくとも１月に１回、利用者様の居宅を訪問し、面談を通じて実施状況の把握を行います。また、居宅サービス事業者等からの情報も把握して行います。

次のいずれにも該当する場合であって、2 月に 1 回、ご利用者様の居宅を訪問し、ご利用者様の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。

1. ご利用者様の同意を得ている場合。
2. サービス担当者会議等において、以下について各関係機関担当者の合意が得られている場合。
   - ご利用者様の状態が安定していること
   - ご利用者様がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（ご家族様のサポートがある場合も含む）
   - テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業所との連携により情報を収集すること

※　テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて、そのメリット・デメリットを含め十分に説明を受けた上で希望される方は、以下にチェックをお願いします。

□　テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて、同意します。

⑥　居宅サービス計画の変更

居宅サービス計画を実行している期間内で変更の必要性が発生した場合、居宅サービス計画の変更を行います。

⑦　要介護認定の新規申請・更新申請・区分変更申請等の援助

要介護度の申請等に関わる必要な支援を行います。

⑧　施設入所への支援

ご利用者様が介護保険施設等への入所を希望した場合、介護保険施設等の紹介等の支援を行います。

５.ご利用者様負担金

①　利用料

要介護認定を受けられたご利用者様は、介護保険制度から全額給付されるため、ご利用者様に負担して頂く費用はございません。

※ 介護保険適用の場合でも、介護サービス計画を受けることについて、予めお住まいの市町村に届け出ていない場合や、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦１ケ月につき要介護度に応じて【重要事項説明書別紙】に記した金額を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、お住まいの市町村の窓口に提出しますと、全額払戻しを受けることができます。

② 交通費

介護支援専門員がお訪ねするための交通費は無料です。別途ご負担頂くことはありません。

③ 解約料

解約に伴う料金は一切かかりません。

６.サービスの終了

① ご利用者様の都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出頂ければいつでも解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

事業所の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あります。その場合は､約１ケ月前までに文書で通知するとともに､地域の他の居宅介護支援事業所を紹介致します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします

（１）ご利用者様が医療施設、介護福祉施設等、入院・入所又は介護認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたりこの契約が目的とするサービスの利用が困難となった場合

（２）介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

（３）ご利用者様がお亡くなりになった場合

④ その他

ご利用者様やそのご家族様が、事業者や事業者の介護支援専門員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、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あります。

７.緊急時の対応方法

サービス提供にあたり、ご利用者様に容態の変化等があった場合は、緊急連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等の必要な対応を致します。

そのため、居宅サービス等をご利用中、緊急連絡先のいずれかの方は、電話による連絡が取れ、かつ、早急に居宅サービス事業所または病院に向かう事ができる体制、であることをお願いしております。ご利用者様の安全・安心の確保のためにも、皆様のご理解・ご協力よろしくお願い致します。

緊急連絡先①	氏　名	
	住　所	〒
	電話番号 （自宅・携帯・会社）	自宅　　携帯 会社
	続　柄	
緊急連絡先②	氏　名	
	住　所	〒
	電話番号 （自宅・携帯・会社）	自宅　　携帯 会社
	続　柄	
緊急連絡先③	氏　名	
	住　所	〒
	電話番号 （自宅・携帯・会社）	自宅　　携帯 会社
	続　柄	
主治医	病院名	
	医師名	
	住　所	〒
	電話番号	

※ 緊急連絡先・主治医に変更があった場合、必ず事業所までご連絡頂けます様、お願い致します。

11.サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所の居宅介護支援に関する相談・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相談・苦情

電話	047－712-8985
営業日	月・火・水・木・金曜日（祝日及び 12/29～1/3 を除く）
営業時間	9:00～17:00
管理者	角田　直也

② 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受付けています。

機関名	市川市役所 介護保険課 施設グループ	松戸市役所 介護保険課	鎌ヶ谷市役所 高齢者支援課	船橋市役所 介護保険課	千葉県国民健康保険 団体連合会 介護保険課苦情係
電話 番号	047-334-1111	047-366-7370	047-445-1141 内線 744	047-436-2304	043-254-7428

12.当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人　幸志会
代表者役職・氏名	理事長　　細川　和子
本部所在地 電話番号	本部所在地:千葉県市川市大町 438 番地 2 電話番号:047－337－6121
定款の目的に 定めた事業	1　第一種社会福祉事業 ①　特別養護老人ホームやわらぎの郷の設置運営 ②　特別養護老人ホームなごみの設置運営 2　第二種社会福祉事業 ① 老人デイサービス事業(やわらぎの郷) ② 老人短期入所事業(やわらぎの郷) 3 公益を目的とする事業 ① 居宅介護支援事業(やわらぎの郷) 4　収益を目的とする事業 ① 飲食業 (喫茶　スマイルムーン)
施設・拠点等	特別養護老人ホーム　2ヶ所 短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護含む)　1ヶ所 通所介護(通所型サービス(独自)・介護予防通所介護含む)　1ヶ所 居宅介護支援　2ヶ所

」

令和　　年　　月　　日

居宅介護支援ご利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者　　所在地　千葉県市川市南八幡 3-2-1-A 号
エクセル貴多川第２
名　称　幸志会ケアプランセンター
説明者
印

私は、本書面により、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ました。

利用者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※利用者から見た続柄（例：長男・長男の嫁・孫、等）

【 重要事項説明書 別紙 】

居宅介護支援費（ⅰ）＜取り扱い件数が 45 件未満＞　要介護1・2　1,086 単位/月

要介護3・4・5　1,411 単位/月

居宅介護支援費（ⅱ）＜取り扱い件数が 45 件以上 60 件未満の場合＞

要介護1・2　544 単位/月

要介護3・4・5　704 単位/月

※ 45 件未満の部分は居宅介護支援費（ⅰ）を適用、45 件以上 59 件の部分のみ適用

居宅介護支援費（ⅲ）＜取り扱い件数が 60 件以上の場合＞

要介護1・2　326 単位/月

要介護3・4・5　422 単位/月

※ 45 件未満の部分は居宅介護支援費（ⅰ）を適用、45 件以上 59 件の部分は居宅介護支援費（ⅱ）を適用、60 件以上の部分のみ適用

初回加算（Ⅰ）　300 単位/月

新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対して居宅介護支援を行った場合。

入院時情報連携加算（Ⅰ）　250 単位/月

利用者が病院又は診療所に入院したその日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

入院時情報連携加算（Ⅱ）　200 単位/月

利用者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当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

退院・退所加算（Ⅰ）イ　450 単位/回

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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。

退院・退所加算（Ⅰ）ロ　600 単位/回

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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。

退院・退所加算（Ⅱ）イ　600 単位/回

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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。

退院・退所加算（Ⅱ）ロ　750 単位/回

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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。

退院・退所加算(Ⅲ) 900 単位/回

医療機関や介護保険施設等の職員から利用者に関す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。

ターミナルケアマネジメント加算 400 単位/回

在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合。

緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位/回

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共にご利用者様の居宅を訪問し、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。

通院時情報連携加算 50 単位/回

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合。

特定事業所加算

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">算定用件</th><th>（Ⅰ）</th><th>（Ⅱ）</th><th>（Ⅲ）</th><th>（Ⅳ）</th></tr>
<tr><th>519 単位/月</th><th>421 単位/月</th><th>323 単位/月</th><th>114 単位/月</th></tr>
<tr><td>(1)</td><td>専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない</td><td>2 名以上</td><td>1 名以上</td><td>1 名以上</td><td>1 名以上</td></tr>
<tr><td>(2)</td><td>専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えない</td><td>3 名以上</td><td>3 名以上</td><td>2 名以上</td><td>常勤
非常勤各
1 名以上</td></tr>
<tr><td>(3)</td><td>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</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>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</td><td colspan="3">○</td><td>○
連携でも可</td></tr>
<tr><td>(5)</td><td>算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が 100 分の 40 以上であること</td><td>○</td><td colspan="3">×</td></tr>
</table>

(6)	当該指定居宅介護支援事業所における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	○	○ 連携でも可
(7)	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、当該支援が困難な事例 に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	
(8)	家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外 の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること	○	
(9)	居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	
(10)	定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支 援事業所の介護支援専門員1人当たり 45 名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は 50 名未満)であること	○	
(11)	介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること(平成 28 年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)	○	○ 連携でも可
(12)	他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○ 連携でも可
(13)	必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービスを含む)が 包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	

特定事業所医療介護連携加算 125 単位/月

次のいずれにも適合すること。

(1)前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において、退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が 35 回以上であること。

(2)前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において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こと。

(3)特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること。

※ 1単位に、地域単価 10.70 円が乗じられて計算された金額となります。

※ 居宅介護支援利用料は、原則介護保険から全額給付されますので、利用者様に支払いを請求するものではありません。

【 重要事項説明書 別紙２ 】

居宅介護支援　サービス利用割合等　説明書

重要事項説明書「２、当事業所の概要」「当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、福祉用具貸与等の利用状況」についての説明資料は、次の通りです。

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	%
通所介護	%
地域密着型通所介護	%
福祉用具貸与	%

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	%	%	%
通所介護	%	%	%
地域密着型通所介護	%	%	%
福祉用具貸与	%	%	%

③　判定期間　（令和６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）

.

居宅介護支援　重要事項説明書

社会福祉法人　　幸志会

幸志会ケアプランセンター