

居宅介護支援 重要事項説明書

<令和6年8月1日現在>

居宅介護支援のサービス提供について、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことについて次の通り説明を致します。

1. 事業者について

法人名	医療法人社団 珠泉会
法人所在地	東京都昭島市田中町2-1-37
電話番号	042-549-7799
代表者氏名	理事長 市村 義久
設立年月	平成8年2月

2. 事業所について

事業所名	ウイング介護サービスセンター
事業所所在地	東京都府中市四谷6-15-2
電話番号	042-358-9352
管理者氏名	高橋 真理
指定年月	1373800612

3. 運営方針

<p>1 当事業所は前条の目的を達成するため、介護保険法ならびに関係法令の理念に基づき施設の運営を適正かつ健全に行うため、運営の基本方針を定める。</p> <p>【運営の基本方針】</p> <ul style="list-style-type: none">・「健やかなる老い」の場は家庭にある、その早期復帰を目指すこと・「健やかなる老い」は家庭や地域の方々と共に支え合うもの・「健やかなる老い」は奉仕の精神と絶ゆまぬ努力の上に成り立つもの・「健やかなる老い」はその如何に問わず万人に享受されるべきもの <p>2 当事業所は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が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に配慮して行う。</p> <p>3 当事業所は、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多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。</p> <p>4 当事業所は、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、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業に不当に偏することのないよう公正中立に行う。</p> <p>5 当事業所は、自治体、医師会、地域包括支援センター、地域自治会、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等の関係機関との連携に努める。</p>

4. 事業所の概要

① 職員について

管理者	1名（主任介護支援専門員との常勤兼務）
介護支援専門員	1名以上

② 営業日について

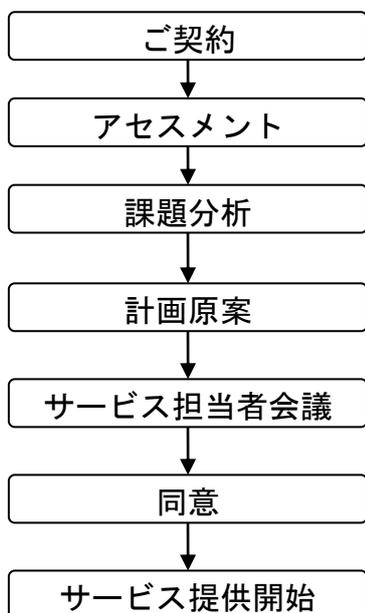
営業日・時間	月～金曜日 9：00～17：00 ただし、年末年始を除く
--------	---------------------------------

③ 通常の事業の実施地域について

府中市：四谷・日新町・分梅町・住吉町・南町・矢崎町・本町・西府町・本宿町・美好町・片町・西原町 国立市：谷保・富士見台

5. サービス提供について

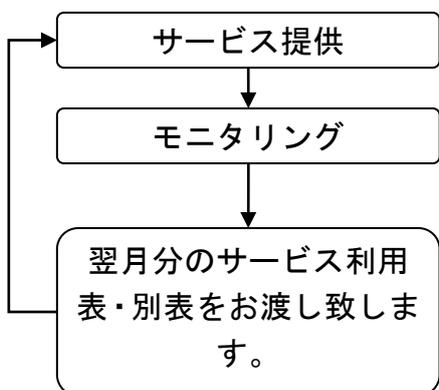
① 初回サービス提供の流れ ～ケアプランの作成～



所定のアセスメント方式（全国高齢者ケア協会フローチャート式ケアプラン）を用いて調査を実施致します。ご利用者様と面接を行い、問題点や課題の把握をしてサービス利用の原案を作成します。計画作成にあたり、複数の事業者等の紹介をすることも可能です。

計画されたサービス事業所についての選定理由について、ご説明が必要であれば丁寧に行います。サービス担当者会議で、居宅サービス計画書原案をもとに、ご利用者本人と家族とサービス事業者の担当者が、話し合いを行います。話し合いの結果同意を頂き、サービス提供を開始します。サービス計画の内容に不足等ある場合には、修正を致します。

② 毎月のサービス提供の流れ



サービス計画に基づきサービスの提供が行われます。

1ヶ月に1度訪問させて頂き、生活やお体の状態やサービスの利用状況等を把握させていただきます。課題に変化が見られるときやご希望に変化があるときなどは、「居宅サービス計画書」の見直しを行わせて頂きます。

ご確認の上、所定箇所に承認の印として押印して頂きます。

③ 介護保険の申請および更新手続きなどの書類作成支援を行います。

- ④ ご利用者本人が医療機関に入院された際は、担当の介護支援専門員の氏名、連絡先を医療機関にお伝えください。

6. ご利用料について

① 利用料

居宅介護支援に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額を一旦お支払い下さい。

(ア) 居宅介護支援費

取扱件数	要介護1・2	要介護3・4・5
45件未満	12,000円/月	15,591円/月
45件以上60件未満	6,011円/月	7,779円/月
60件以上	3,602円/月	4,663円/月

(イ) 他加算（要件に該当した場合算定いたします）

初回加算	3,315円/月	・新規に居宅サービス計画を作成する場合 ・要支援者が要介護認定を受けた場合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区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
入院時情報連携加算Ⅰ	2,762円/月	入院当日中に病院又は診療所に必要な情報提供を行った場合
入院時情報連携加算Ⅱ	2,210円/月	入院3日以内に病院又は診療所に必要な情報提供を行った場合
退院・退所加算Ⅰイ	4,972円/月	・退院又は退所の際、関係機関への情報収集等連携をカンファレンス以外の方法で行った場合。ただし初回加算を算定した場合は算定しない
小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算	3,315円/月	・小規模多機能型居宅介護に移行する際に必要な情報提供を行った場合
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,315円/月	・看護小規模多機能型居宅介護事業所のサービスを利用する際に必要な情報提供等協力を行った場合
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,210円/月	・医師等医療機関の求めにより居宅を訪問しカンファレンスを行い、サービスの調整等を行った場合（月2回を限度）

介護支援事業所としてのサービス（モニタリングなど）が実施されない場合は（ア）の100分の50に相当する単位でのご請求となります。更に2ヶ月以上継続して

いる場合には、請求算定が行えなくなります。

- ・事業所全体で特定事業所に偏ったサービス計画が立案されていた場合は（事業所全体で）上記記述より200単位を減算しての請求となります。

② 交通費

基本的には無料ですが、通常の実施地域以外の方は介護支援専門員が訪問する場合には交通費の実費が必要となります。この場合、事前に文書によるご説明とご同意の文書に署名をいただきます。尚、自動車を利用した場合の交通費は下記の通りです。（道のりでの算定となります）

- ・事業所から、片道概ね5km未満の場合 : 250円
- ・事業所から、片道概ね5km以上の場合 : 350円

7 居宅介護支援の解約について

当事業所の居宅介護支援の契約を解除する場合には7日前までに書面にて事業所へご連絡下さい。

8 秘密保持

- ① 事業者及び事業者の職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙1のとおりと定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ② 前項にかかわらず、事業者は利用者に関わるサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の同意を文書により受けた上で、利用者又はその家族等の個人情報を用いることができます。

9 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、速やかに利用者及びご家族、保険者、関係機関への連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

10 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 高橋 真理

- ・事業所内にて虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催しその結果の周知徹底を図る
- ・事業所内にて、虐待防止の為の研修を定期的開催する。
- ・前号にあげる措置を適切に行うために、法人内事業所の担当者と協力して行う。

- ②成年後見制度の利用を支援します。

- ③ 苦情解決体制を整備しています。

1 1 損害賠償保障制度の加入状況について

当事業所は、居宅介護支援事業所総合保障制度（賠償事故補償・障害見舞金）に加入しております。

1 2 サービス内容に関する相談・要望・苦情などの窓口について

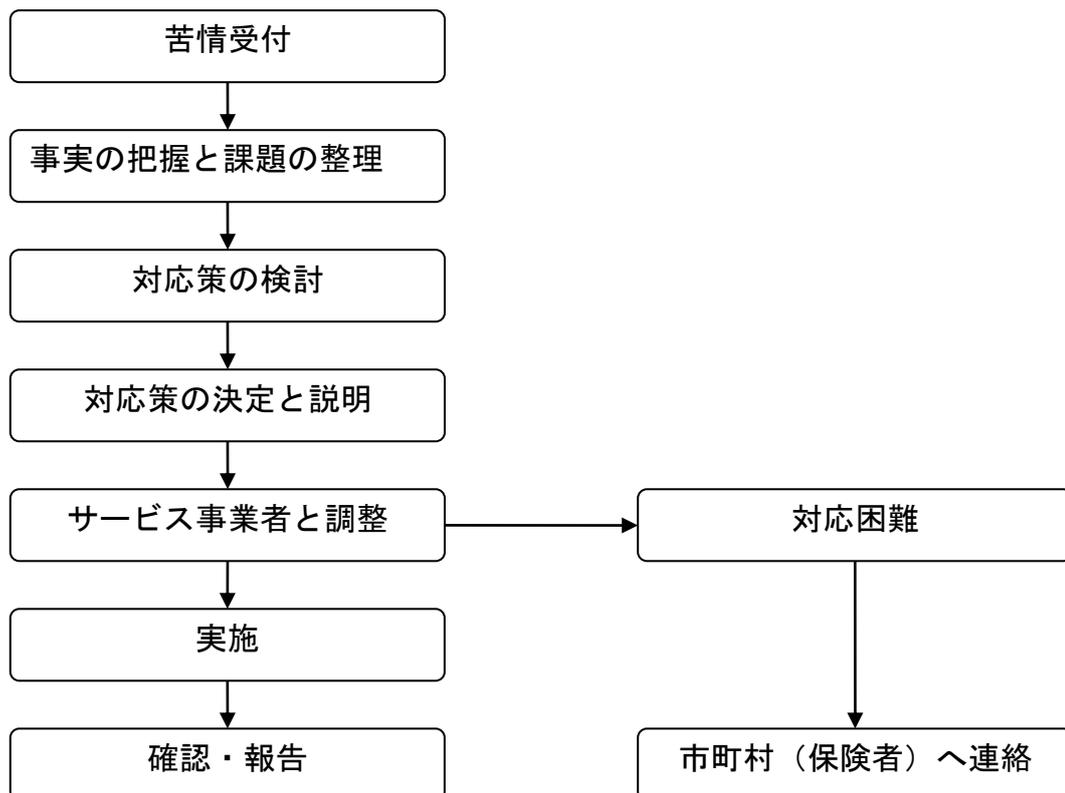
① 担当窓口 管理者 高橋 真理

ご利用時間：午前9時～午後5時 電話：042-358-9352（直通番号）

ウイング介護サービスセンターお休みの場合

ご利用時間：午前9時～午後5時 電話：042-358-9330（代表番号）

② 苦情受付の流れ



※ 苦情申立をした場合でもご本人、ご家族様には不利益が生じないように配慮いたします。

③ 行政機関の苦情受付機関

保 険 者 等	電話番号
府中市介護保険課	042-335-4030（直通）
国立市介護保険課	042-576-2111(代) 内線 166
東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	03-6238-0177（直通）

令和 年 月 日

医療法人社団 珠泉会
理事長 市村 義久
ウイング介護サービスセンター 殿

私は上記の貴事業所の内容説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

私は、下記の理由により本日利用者本人に代わり上記の貴事業所の内容説明を受け、その内容を理解いたしましたので、利用者に代わり上記の署名をいたしました。

(署名を代行した理由) _____

署名代行者
または成年後見人

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

※本書は2通を作成し、利用者、事業者が各1通保有するものとします。