

株式会社 ケアサービス・まきの実  
ホームケアサポートまきの実

居宅介護支援事業  
重要事項説明書

## <目次>

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口
2. 居宅介護支援事業所 ホームケアサポートまきの実の概要
3. 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
4. 利用料金
5. サービスの利用方法
6. 当事業所の居宅介護支援の特徴
7. 苦情申立先
8. 秘密保持・個人情報の取り扱い
9. 業務継続計画の策定
10. 当事業者の概要

# 重要事項説明書

(居宅介護支援)

あなたに対する居宅介護支援提供開始にあたり、「館山市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」(平成30年3月23日条例第12号)の規定に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話	0470-28-4013
携 帯 番 号	090-2743-3159
担 当 者 名	
管 理 者 名	石崎 宏美

※当事業所は、24時間相談を受け付ける体制を整えております。

## 2 居宅介護支援事業所 ホームケアサポートまきの実の概要

### (1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事 業 所 名	ホームケアサポートまきの実
施 設 の 所 在 地	千葉県館山市北条 1221-12
介護保険指定番号	居宅介護支援 (千葉県 1271001263 号)
サービスを提供する地域	館山市、南房総市 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい

### (2) 同事業所の職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者	1名以上		1名以上
介護支援専門員	1名以上		1名以上

### (3) 営業時間

平 日	午前8時30分から午後5時30分
土・日・祝日 12月30日～1月3日	休業

3 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サービス提供の標準的な流れ

- ① 居宅サービス計画作成等サービス利用申込み。
- ② 当法人に関する概要、居宅サービス計画書作成の手順、サービスの内容に関して説明を行います。
- ③ 居宅サービス計画等に関する契約締結。  
※利用者は保険者へ「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出（基本的に介護支援専門員が行います）。
- ④ 介護支援専門員がご自宅を訪問し、利用者の解決すべき課題を把握します。
- ⑤ 地域のサービス提供事業者の内容や料金等をお伝えし、利用するサービスを選んでいただきます。
- ⑥ 提供するサービスに関して居宅サービス計画の原案を作成します。
- ⑦ 計画に沿ってサービスが提供されるようにサービス事業者等とサービス利用の調整を行います。
- ⑧ 居宅サービス計画に沿って、サービス利用票、サービス提供票の作成を行います。
- ⑨ サービス利用。
- ⑩ 利用者や家族と毎月連絡をとり、サービスの実施状況を把握し、サービス提供事業者と連絡調整を行います。
- ⑪ 毎月給付管理票の作成を行い、千葉県国保連合会に提出します。
- ⑫ 利用者の状態について、定期的な再評価を行います。また、提供されるサービスの実施状況を把握します。
- ⑬ 居宅サービス計画の変更を希望される場合、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行います。

4 利用料金

(1) 利用料（ケアプラン作成料）

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担は必要ありません。ただし、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護に応じて下記の金額をいただき、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保険者の窓口に提出しますと、全額払戻を受けます。

居宅介護支援費（I）

要介護度区分 取扱件数区分	要介護1・2	要介護3・4・5
介護支援専門員1人当たりの利用者の数が45人未満の場合	10,860円	14,110円

加算関係

加算種別	加算額	内容・回数等
初回加算	3,000円	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)	2,500円	入院した日のうちに、病院等職員に必要な情報提供をした場合(Ⅰ)
入院時情報連携加算(Ⅱ)	2,000円	入院した日の翌日又は翌々日に、病院等職員に必要な情報提供をした場合(Ⅱ)
退院・退所加算 (Ⅰ)イ カンファレンス参加無・連携1回 (Ⅰ)ロ カンファレンス参加無・連携2回 (Ⅱ)イ カンファレンス参加有・連携1回 (Ⅱ)ロ カンファレンス参加有・連携2回 (Ⅲ) カンファレンス参加有・連携3回	4,500円 6,000円 6,000円 7,500円 9,000円	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い居宅サービス計画の作成をした場合。 医療機関におけるカンファレンスに参加した場合上乗せで算定(入院・入所期間中3回を限度)。
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用を調整した場合
通院時情報連携加算	500円	介護支援専門員が同席し、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った場合
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅の訪問等を行った場合

<p>特定事業所加算（Ⅲ）</p>	<p>3, 230円</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤専従のケアマネ2名以上配置</li> <li>・サービス提供の為の留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催。</li> <li>・24時間連絡体制の確保と必要時に利用者等の相談に応じる体制の確保。</li> <li>・計画的な研修の実施。</li> <li>・地域包括から勝機の困難事例に対応している。</li> <li>・地域包括等が実施する事例検討会等に参加。</li> <li>・運営基準、特定事業所集中の減算の適用を受けていない。</li> <li>・ケアマネ一人当たりの担当件数が45件未満。</li> <li>・ケアマネ実務研修における科目等に協力又は協力体制を確保している。</li> <li>・他の法人が運営する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。</li> <li>・必要に応じて多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス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た場合</li> </ul>
<p>介護職員等処遇改善加算</p>	<p>1月あたりの総単位数×2.1%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員および介護従事者介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。区分支給限度基準額の対象外となります。</li> </ul>

(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。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を無料にて解約することができます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださ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

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いただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ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者をご紹介します。

### ③ 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いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービス受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援または非該当（自立）と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・利用者が亡くなられた場合。

### ④ その他

利用者や利用者家族等が当事業所や当事業所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いただく場合がございます。

## 6 当事業所の居宅介護支援の特徴

### (1) 運営の方針

利用者の心身の特性を踏まえて、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援助いたします。

必要な機関（市町村・医療や福祉サービス）との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### (2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
介護支援専門員の変更	有	利用者の要望による
調査（課題把握）の方法	有	全国社会福祉協議会方式
介護支援専門員への研修実施	有	年1回以上内外部研修への参加 市長村、地域包括支援センター、職能団体等が主催する事例検討会等への参加
契約後、居宅サービス計画作成段階途中で利用者の都合により解約した場合の解約料	無	前項5.（2）参照
定期会議	有	サービス提供のための留意事項の伝達等を目的とした定期的会議（週1回）の開催

### (3) 医療と介護等の連携の強化

① 入院における利用期間との連携を促進する観点から、入院時には担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関にお知らせください。

② 平時から医療機関との連携を促進する観点から、主治の医師等に対してケアプランを交付いたします。また、訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する課題や服薬状況、モニタリング等の際に、介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

③ 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との綿密な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努めます。

(4) 公正中立なケアマネジメントの確保

① 利用者の意志に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を行い、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を説明いたします。

② 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりといたします。

(5) 利用者の人権の擁護・虐待防止等のために次に掲げる通り必要な措置を講じます。

① 研修等を通じて、当事業所職員の人権意識の向上や技術の向上に努めます。

② 当事業所職員が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

7 苦情申立先

事業者は、利用者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、利用者の要望、苦情等に対し迅速に対応します。現在オンブズマンを設定されておりませんが、住所登録のある市町村の担当窓口にて、相談することができます。

サービス窓口	窓口担当者 管理者 石崎 宏美 ご利用方法 電話 0470-28-4013
法人苦情窓口	窓口担当者 第一事業部 相談窓口 ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 080-2142-8234
館山市高齢者福祉課 介護保険係	電話番号（直通）0470-22-3489
千葉県健康福祉部 高齢者福祉課	介護保険事業所等に関する電話相談 電話番号（直通）043-223-2387
千葉県国民健康 保険団体連合会	電話番号（直通）043-254-7428

8 秘密保持・個人情報の取り扱い

(1) 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に開示または漏洩しません。この守秘義務は本契約終了後も同様の効力を有します。

(2) 当社が保有する利用者の個人情報

書類名	内容等
相談記録・ アセスメント結果記録	氏名、性別、年齢、生年月日、ID 番号、入院歴、傷病名、既往歴、身体測定結果、血液型、生活歴、家族構成、食事状況、排泄状況、睡眠状況、清潔習慣、コミュニケーション状況、嗜好、相談内容・結果
利用申込書	住所、氏名、生年月日、年齢
主治医意見書	住所、氏名、生年月日、年齢、性別、検査内容、検査結果等
認定調査票	74項目及び特記事項
介護保険被保険者証	識別記号・番号、保険者番号、保険者、有効期限、氏名、生年月日、資格取得年月日、交付年月日、世帯主氏名、住所、介護保険負担割合証
サービス利用者名簿	氏名、生年月日、性別、入院年月日、本籍地、住所、電話番号、紹介者氏名、保証人又は身元引受人住所・氏名、連絡先等
居宅サービス計画 (ケアプラン)	住所、氏名、生年月日、年齢、性別、要介護度、居宅サービス提供予定(種類)等
サービス担当者会議録	氏名、性別、年齢、生年月日、提供サービス内容等
請求情報	請求内容、請求金額、支払い状況等

(3) 利用者の個人情報の開示・利用・提供

① サービス提供等の目的のための開示・利用・提供

利用の申し込み、利用を通して蓄積された個人情報は、サービス提供等のため必要に応じて以下のために利用されます。

利用目的	提供先	利用する個人情報
サービス担当者会議	他のサービス提供事業所・自治体担当者	介護サービス計画、アセスメント記録等、必要なもの

第三者の評価・意見を求めるため	他の医療機関等（医師）	同上
利用者が他の介護サービス等を利用される場合の情報提供	他のサービス提供事業者	同上

② 介護計画目的以外での開示・利用・提供

利用者の個人情報、利用者の介護計画等以外に介護給付請求、医学研究、教育、行政機関からの要請に応じる等のため必要時、以下のように利用（提供）されます。

利用目的	提供先	利用する個人情報
介護給付費請求のため	審査支払い機関、保険者等	明細書情報（氏名、被保険者番号、請求内容、請求内訳、請求金額等）
自己負担金請求のため	口座振替事業者	氏名、口座番号
関係行政機関等の要請による照会・届出・調査・検査・実地指導のため	厚生労働省、都道府県、市区町村、審査支払い機関、健康保険組合等、裁判所、警察、社会保険診療報酬支払い基金等	関係行政機関等からの法令に基づく要請、当事業所が必要な届出等のために、諸記録等を開示することがあります
事件捜査、裁判等のため	警察、裁判所、弁護士会等	情報が限定され、かつ当事業所が合理性を認めた場合、照会してきた機関に諸記録等を開示することがあります
事故報告のため	内部委員会、都道府県、市区町村等	氏名、事故内容等
保険会社からの照会に応じるため	生命保険会社、損害保険会社	個別に事前同意を取得します
ご家族等へ通知するため	利用者の配偶者・両親・子供、保証人および利用者が特に指定された方	症状、経過、見通し等の看護及び介護情報、支払い情報を開示することがあります
実習（研修）生の教育のため	当事業所受け入れた、実習（研修）生	実習目的に応じてケアプラン、相談記録、を開示することがあります

③上記のうち「保険会社からの照会に応じるため」の利用（提供）については、あらかじめ利用者本人に承諾を求めます。この場合、利用者は拒絶することができます。

- ④上記のうち「ご家族等へ通知するため」及び「実習（研修）生の教育のため」の利用は利用者のお申し出がありました場合は利用を停止します。
- ⑤上記の承諾が必要な事項のうち、利用者が未成年者、意思決定能力・判断能力を有しないと当事業所が判断した場合は法定代理人に対して承諾を求めます。
- ⑥当事業所は、届け出のあったご家族を除き、利用者以外には利用者の病名、症状、訪問予定、介護計画等を開示いたしません。保証人については請求状況、支払い状況を開示いたします。
- (4) 利用者・ご家族及び訪問者等が当該施設にて知り得た個人情報（利用者、職員を問わず）を外部に漏らすことは個人情報保護法に抵触いたします。
- (5) 個人情報の開示請求等に付きましては、有償で、文書による請求にて対応いたします。
- (6) 個人情報保護の取り組みは施設内掲示物をご覧ください。当該事業所の個人情報保護への取り組みの詳細は、施設にて閲覧いただけます。

## 9 業務継続計画の策定

当事業所は、感染症や災害が発生した場合には、事業継続が出来るよう対策を講じています。

### (1) 感染症予防及び感染発生時の対応

- ・当事業所は、感染症対策指針を整備します。
- ・当事業所は、感染症発生の防止のため委員会及び従業者に対する研修、発生時の訓練を定期的に行います。
- ・感染がまん延している場合、サービス担当者会議は利用者・家族の同意を得てテレビ電話装置等を活用し実施します。その際は、厚労省「医療・介護関係従業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守します。

### (2) 非常災害対策

- ・当事業所は災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ・防災対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業者及び利用者・地域住民の参加が得られるように連携し消火通報、避難誘導を年間計画で実施します。
- ・当事業所は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

## 10 当事業者の概要

法人名 株式会社 ケアサービス・まきの実

代表者 代表取締役 田中 万里

所在地 千葉県館山市南条287-1

電話 0470-30-8488

- 〈定款目的に定めた事業〉
1. 介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護事業
  2. 介護保険法に基づく通所介護事業
  3. 介護保険法に基づく認知症対応型通所介護事業
  4. 介護予防通所介護又は介護保険法に基づく第1号通所事業  
(通所介護型サービス)
  5. 介護保険法に基づく福祉用具貸与、販売
  6. 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
  7. 有料老人ホームの設置・運営
  8. 一般乗用旅客自動車運送事業

〈営業所数等〉

介護付有料老人ホーム	1カ所
認知症対応型共同生活介護	5カ所
認知症対応型通所介護	3カ所
通所介護	1カ所
第1号通所事業(通称介護型サービス)	1カ所
特定福祉用具販売、貸与	1カ所
居宅介護支援事業	1カ所
介護タクシー	1カ所

居宅介護支援事業の利用にあたって、利用者及び代理人に対し本書面に基づいて、重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 千葉県館山市南条287-1  
名称 株式会社 ケアサービス・まきの実  
代表取締役 田中 万里 印

説明者

所属 ホームケアサポートまきの実  
職名 介護支援専門員  
氏名 印

私は本書面により、説明者より居宅介護支援事業についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 氏名 印

利用者代理人 住所

氏名 印

続柄 ( )

代理理由  言語障害  肢体不自由  認知症  
 その他 ( )