

“ケアプランパステル”【居宅介護支援重要事項説明書】

ご利用者に対する指定居宅介護支援開始にあたり、当事業者がご利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	合同会社 ケアサービス多喜	[法人種別： 営利法人]
法人所在地	〒 206-0024 東京都多摩市諏訪 1-11-5 ジュネス永山 103	
設立年月日	2020(令和2)年 11月 2日	
代表者氏名	代表社員 平井 房雄	
電話番号	042-400-1073	
定款の目的に定めた事業	1. 介護保険法に基づく居宅介護支援事業 2. 介護保険法に基づく居宅サービス事業 3. 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 4. 上記各号に付帯関連する一切の事業	
事業所数等	居宅介護支援事業所 1 か所	

2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携および連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

3. 概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ケアプラン パステル		
所在地	〒 206-0024 東京都多摩市諏訪 1-11-5 ジュネス永山 103		
介護保険指定番号	1375002043		
事業所指定年月日	2021(令和3)年 1月 1日		
サービス提供地域	通常の事業の実施地域は基本的に多摩市地域内		
管理者の氏名	平井 房雄		
電話番号	042-400-1073		

(2) 職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者(兼務)	常勤	事業所の運営および業務全般の管理	1名
介護支援専門員 (管理者兼務)	常勤	居宅介護支援サービス等に係わる業務	1名
			計1名

(3) 勤務体制

平日 (月)~(金)	午前 9時 00分 ~ 午後 6時 00分 原則として、土・日・祝祭日および年末年始を除く
緊急連絡先	上記の勤務時間以外の連絡については、担当介護支援専門員の携帯電話で対応する場合があります。

(4) 居宅介護支援サービスの実施概要

事項	備考
課題分析の方法	課題分析標準項目に基づき全社協方式等を使用し、厚生省の標準課題項目に準じて最低月1回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行います。
研修の参加	現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加します。
担当者の変更	担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能です。
契約後の解約料	ご利用者様のご都合での解約料はかかりません。

(5) 利用料金及び居宅介護支援費

〔 居宅介護支援費 I 〕

居宅介護支援費(I)	介護支援専門員 1人あたりの取扱件数が 45 未満である場合又は 45 以上である場合において、45 未満の部分	要介護 1・2	1086 単位
		要介護 3・4・5	1411 単位
居宅介護支援費(II)	介護支援専門員 1人あたりの取扱件数が 45 以上である場合において、45 以上 60 未満の部分	要介護 1・2	544 単位
		要介護 3・4・5	704 単位
居宅介護支援費(III)	介護支援専門員 1人あたりの取扱件数が 45 以上である場合において、60 以上の部分	要介護 1・2	326 単位
		要介護 3・4・5	422 単位

〔 居宅介護支援費 II 〕

居宅介護支援費(I)	介護支援専門員 1人あたりの取扱件数が 50 未満である場合又は 50 以上である場合において、50 未満の部分	要介護 1・2	1086 単位
		要介護 3・4・5	1411 単位
居宅介護支援費(II)	介護支援専門員 1人あたりの取扱件数が 50 以上である場合において、60 以上 60 未満の部分	要介護 1・2	527 単位
		要介護 3・4・5	683 単位
居宅介護支援費(III)	介護支援専門員 1人あたりの取扱件数が 50 以上である場合において、60 以上の部分	要介護 1・2	316 単位
		要介護 3・4・5	410 単位

* 通減性緩和の為に (1)一定の情報通信機器の活用 (2)事務職員の配置 等を行っている場合 等

(6) 利用料金及び居宅介護支援費[減算]

特定事業所集中減算	正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中等 (指定訪問介護・指定通所介護・指定地域 密着型通所介護・指定福祉用具貸与)	1月につき 200 単 位の減算
運営基準減算	適正な居宅介護支援が提供できていない場合 運営基準減算が2月以上継続している場合算定 できない	基本単位数の 50%に減算

(7) 特定事業所加算

算 定 要 件		加算Ⅰ (519 単位)	加算Ⅱ (421 単位)	加算Ⅲ (323 単位)	特定事業所加算 A (114 単位)
(1)【 特定事業所加算 】	算定要件	加算 (Ⅰ) 519 単位	加算 (Ⅱ) 421 単位	加算 (Ⅲ) 323 単位	加算 (A) 114 単位
①	常勤かつ専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置していること	/	○	○	○
②	常勤かつ専従の主任介護支援専門員2名以上配置していること	○	/	/	/
③	常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること	○	○	/	/
④	常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること	/	/	○	/
⑤	常勤かつ専従の介護支援専門員を1名以上、専従の介護支援専門員を常勤換算で1名以上配置していること(非常勤は他事業所との兼務可)	/	/	/	○
⑥	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事項等を目的とした会議を定期的開催すること	○	○	○	○
⑦	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	○	○	○	○ (連携でも可)
⑧	算定日が属する月の利用者総数のうち要介護3～要介護5である者が4割以上であること	○	×	×	×
⑨	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)
⑩	地域包括支援センターから支援から支援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	○	○	○	○
⑪	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	○	○	○	○
⑫	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	○	○	○	○
⑬	介護支援専門員1人あたりの利用者の平均件数が 40 名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は 45 名未満であること)	○	○	○	○
⑭	介護支援専門員実務研修における科目等に協力または協力体制を確保していること	○	○	○	○ (連携でも可)
⑮	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、研修会等実施していること	○	○	○	○ (連携でも可)

⑯	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	○	○	○	○
---	--	---	---	---	---

(2)特定事業所医療介護連携加算 125 単位 算定要件					
①	前々年度の3月から前年度の2月迄の間、退院退所加算の算定における病院及び介護保険施設との連携の回数の合計が 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5回以上算定していること				
③	特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定していること				

(8) 加算について

初回加算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	300単位
入院時情報連携加算(Ⅰ)	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提供を行った場合	250単位
入院時情報連携加算(Ⅱ)	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提供を行った場合	200単位
イ)退院・退所加算(Ⅰ)イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること	450単位
ロ)退院・退所加算(Ⅰ)ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けていること	600単位
ハ)退院・退所加算(Ⅱ)イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回受けていること	600単位
ニ)退院・退所加算(Ⅱ)ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによること	750単位
ホ)退院・退所加算(Ⅲ)	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回はカンファレンスによること	900単位
ターミナル ケアマネジメント加算	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心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者に提供した場合	400単位
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当該病院又は診療所の職員と共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
通院時情報連携加算	医療機関において、医師又は歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等と情報連携を行い、ケアマネジメントを行った場合に算定	50単位

4. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

(1) 当事業所相談窓口

相談窓口	“ケアプランパステル”ご利用者様苦情担当
担当者	平井房雄
電話番号	042-400-1073
対応時間	原則として、平日(月～金)午前9時～午後6時

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) 苦情申立機関が下記のとおり設置されております。

- 外部(区市町村等)の苦情・相談窓口にもご相談ができます。
 - 多摩市役所健康福祉部 介護保険課介護保険担当 042-338-6901
 - その他のご相談先は当事業所にお問い合わせ頂ければお答え致します。
- 東京都国民健康保険連合会 介護サービス苦情相談窓口 03-6238-0177

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込み下さい。当社社員がお伺いいたします。

契約を締結したのち、サービスの提供を開始いたします。

- ① ケアプラン作成のご相談・ご依頼 (ご利用者様)
- ② ご利用者様の状況把握 (介護支援専門員)
- ③ ケアプラン作成 (介護支援専門員)
- ④ サービス担当者会議 (ご利用者様・介護支援専門員・各サービス事業者等)
- ⑤ ケアプランの決定
- ⑥ 介護保険サービスの開始

[①～⑥までの間に、ご利用者様と連絡・報告等をさせていただきます。]

(2) サービスの終了

- ① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合
 - ・文書でお申し出下さればいつでも解約できます。
- ② 当社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あります。
 - 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

紹介いたします。

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。

- ・ご利用様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を受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援と認定された場合（この場合、条件を変更して再度契約することができます。）
- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④ その他

ご利用者様やご家族などが当事業者や当事業者の介護支援専門員に対して、本契約を継続しがた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. 当社の居宅介護支援の特徴等

(1) 介護支援専門員としての基本姿勢

- ① 当事業者の介護支援専門員は、個人の尊厳の保持を旨とし、ご利用者の意思を尊重し、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の立場に立って支援してまいります。
- ② 当事業者の介護支援専門員は、法令遵守・秘密保持を守り、公正中立な立場でサービスの提供・支援を行ってまいります。
- ③ 当事業者の介護支援専門員は、ご利用者様やそのご家族等のご意見・ご要望等を受け止めさせていただいた上で、ご利用者の状況を多方面から把握し、居宅介護支援計画を作成し、そのプランやサービス内容についてご理解いただけるように説明致します。
- ④ 関係区市町村・福祉・医療・保健・他の専門職・地域住民等の各関係機関などとより良い連携を図り、総合的サービスの提供に努めてまいります。

(2) 介護支援専門員としての説明基本姿勢

居宅介護支援契約書・居宅介護支援重要事項説明書・個人情報利用同意書等の説明過程で、ご利用者(ご家族を含みます。)様に下記の説明をさせていただきます。

- ①ご利用者様は居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の複数のサービス事業者等を紹介するよう求める事が出来ます。
- ②ご利用者様は居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求められます。
- ③ご利用者様は複数の指定居宅介護支援事業者等を紹介するよう求める事が出来き、事業者を選択することができます。
- ④居宅介護支援契約書・居宅介護支援重要事項説明書・個人情報利用同意書の説明で、利用申込者の判断能力等に障害等が見られる場合は、「利用者に代わって、利用者と共に、代筆者がその内容を了承し契約・同意したこととなります。」との説明を受けました。
- ⑤その他運営に関する留意事項について
1 ① 公的公表制度 2 ② オンブズマン制度 3 ③ 第三者評価等の検討 等。
- ⑥必要に応じて、外部監査機関、評価調査等への個人情報提供もあり得ます。

(3) 居宅介護支援のサービス補足事項について

- ① 居宅介護支援に先立ち、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。契約途中に被保険者の内容に変更等があった場合は速やかに当事業所にお知らせ下さい。
- ② 課題分析に関しては課題分析標準項目に基づき、全社協方式等のアセスメント方式等を使用します。
- ③ 介護支援専門員の変更についてはご希望があればお申し出ください。
- ④ 介護支援専門員への研修は年1回以上実施します。

(4) 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〔重要事項説明書別紙〕のとおりです。

7. 事故発生時の対応

- ① 当事業者のサービス(指定居宅介護支援提供)の過程において事故が発生した場合は、速やかに市町村(保険者)及びそのご家族に報告・連絡をし、必要な措置を講じます。
- ② ①の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村(保険者)報告します。また、その記録を完了日から2年間保存します。
- ③ 当事業者のご利用者に対する指定居宅介護支援の提供により、賠償すべき事故(当事業者の故意・過失がない場合は除く)が発生した場合は、ご利用者に対して損害賠償を速やかに行います。

8. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関等に連絡・報告を行い指示に従います。

9. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ① 利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ② また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

10. 他機関との各種会議等

- ① 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係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」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、対面会議等の他に、テレビ電話等を活用しての実施を行う場合があります。
- ② 利用者が参加して実施するものについては、①の内容に加えて、利用者の同意を得た上で、対面会議等の他に、テレビ電話等を活用しての実施を行う場合があります。

11. 秘密の保持

- ① 事業者は、介護支援専門員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およびご家族に関する秘密を、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 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。
- ③ 事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

12. 利用者自身によるサービスの選択と同意

(1) 利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。

- ① 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求める事が出来ること、また、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求められます。
 - ② 特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
 - ③ 居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。
- (2) 末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問(モニタリング)をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

13. 業務継続計画の策定

事業所は、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事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、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するよう努めます。

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。

14. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- 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ます。

③介護支援専門員に対し、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。

15. (高齢者)虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ①事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとする)を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ②事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

16. 指定居宅介護支援の利用料

- ① 指定居宅介護支援の利用料[上記3-(5)表]は、要介護認定をされた方は介護保険で全額給付が行われますので自己負担はありません。
- ② 指定居宅介護支援の利用料に関し、保険料の滞納等により、法定代理受領が不可の場合は利用料を一度お支払い頂きますが、当事業所が発行する提供証明書を区市町村に提出することで、後日、利用料は払い戻されます。
- ③ 指定居宅介護支援の利用料[上記3-(5)表]の通り、要介護認定区分の変更での利用料変更があり得ますが、その場合、再度説明は致しますが、今回の説明でご理解いただいたものとします。

17. 介護支援専門員の交通費

- ① 多摩市内にお住まいの方のご自宅に訪問する介護支援専門員の交通費は無料です。
- ② 上記①以外の地域にお住まいの方のご自宅に訪問する介護支援専門員の交通費は基本的に実費(電車・バス等の公共交通機関利用費用)を頂きます。

18. その他の費用等

- ① ご利用者に関する指定居宅介護支援に必要な複写物の交付を受ける場合は、実費として1枚につき10円をお支払いいただきます。
- ② その他、料金をお支払いいただく必要がある場合は、その都度ご説明・請求をさせていただきます。

19. 担当介護支援専門員 [氏名] []

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。
この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行い、交付致しました。

事業者名 合同会社 ケアサービス多喜
所在地 東京都多摩市諏訪1-11-5 ジュネス永山103
代表社員 平井房雄 ㊟

事業所名 ケアプラン パステル
所在地 東京都多摩市諏訪1-11-5 ジュネス永山103
管理者 平井房雄

説明者氏名 [] ㊟

令和 7 年 月 日

私は本書面に基ついて事業者(合同会社ケアサービス多喜「ケアプランパステル」)から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意し交付を受けました。

〔利用者〕

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

〔代筆者氏名: _____ ㊟ (続柄) _____〕〔署名代行理由: _____〕

〔代理人〕〔続柄等 _____〕

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

以上。