

2024年（令和6年）4月版

居宅介護支援事業所

芙蓉ケアプラン

重要事項説明書

医療法人社団 芙蓉会

## 1・当居宅介護支援事業所の概要

### (1) 指定番号およびサービス提供地域

事業者名	芙蓉ケアプラン
所在地	東京都町田市南町田2-5-10-101
介護保険指定番号	1373205226
サービスを提供する地域	町田市、横浜市瀬谷区、大和市、相模原市 上記の地域以外の方でも希望の方は、ご相談下さい。
連絡先	電話：042-788-3301 FAX：042-788-3309

### (2) 当事業所の職員体制

- ・管理者 主任介護支援専門員 1名  
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元化しています。
- ・介護支援専門員 2名以上（管理者を含む）

### (3) 当事業所の営業時間

- ・月曜日～土曜日（祝日含む）、年末年始（12/30～1/3）を除く  
午前9時～午後5時

## 2・サービス提供の流れ

～居宅介護支援の申し込みからサービス提供方法～

### (1) 居宅サービスの作成

- ①当事業所による居宅介護支援を希望される場合、電話か来所によりお申し込み下さい。
- ②当事業所の居宅介護支援の概要について、重要事項説明等をご説明の上、契約書を取り交わします。
- ③「居宅サービス計画作成依頼届書」を保険者に提出します。
- ④担当させていただく介護支援専門員がご自宅を訪問し、ご利用者やご家族の生活状況、住環境、今後の生活に関するご要望等についてお話を伺います。また、事前の了解を得て主治医等からご意見をお聞きすることがあります。
- ⑤介護支援専門員は、ご利用者やご家族の希望を踏まえつつ、地域における指定居宅サービス事業者等に関する複数の事業所の各サービス内容、利用料等を公正中立な立場で情報提供します。

ご利用者は、複数の指定居宅介護サービス事業者等を紹介するように求めることができるとともに、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ることが出来ます。

また、前6月間に当該事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下「訪問介護等」という）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6月間に当該事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等毎の回数のうち同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合等に

ついて説明を行い、理解を得るように努めます。

- ⑥提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを選択する上での留意点を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成し、主治医や各サービス事業者とサービス担当者会議を持ち、居宅サービス計画書について検討機会を設けます。

会議はテレビ電話等の通信機器を使用する場合があります。

- ⑦居宅サービス計画の原案における指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等についてご説明し文書による同意を受けます。

- ⑧その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を致します。

## (2) 経過観察・再評価

- ① 要件により月1回又は2か月に1回ご自宅に訪問しケアプランの実施状況の確認、経過の把握に努めます。
- ②居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう、指定居宅サービス事業者等の連絡調整を行います。
- ② ご利用者の状態について、モニタリング評価・記録を行い、状態の変化等に応じて居宅サービスの変更、要介護認定区分変更申請の支援等必要な対応をします。

## (3) その他

ご利用者が居宅において、日常生活を営むことが困難になったと判断された場合や入院に際して、介護支援専門員は、主治医の意見を求める等をして医療機関及び介護保険施設等へ情報を提供します。

## 3・利用料金

### (1) 利用料

居宅介護支援の利用料は、法定代理受領により当事業所に対して介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はありません。居宅介護支援の利用料は下記のとおりです。

- ①居宅介護支援・・・要介護1，2の場合 12,076円/月  
居宅介護支援・・・要介護3，4，5の場合 15,690円/月
- ②初回加算：新規に居宅サービス計画を作成した場合、若しくは要介護度状態区分の2段階以上変更認定を受けた場合、3,336円/月を加算。
- ③入院時情報連携加算：  
入院する際、ご利用者に関する必要な情報を医療機関に提供した場合、  
(I)・・・2,780円/月を加算  
(II)・・・2,224円/月を加算
- ④退院・退所加算：  
退院、退所にあたって、入院、入所施設と連携を図った場合、  
(I)イ・・・5,004円/月を加算  
(I)ロ・・・6,672円/月を加算  
(II)イ・・・6,672円/月を加算  
(II)ロ・・・8,340円/月を加算

(Ⅲ)・・・10,008円/月を加算

⑤通院時情報連携加算：

利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等から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、556円/月を加算。

⑥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、その職員と共に利用者の居宅に訪問し、カンファレンスを行った場合、2,224円/月を加算。

⑦ターミナルケアマネジメント加算：

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、4,448円/月加算。

⑧その他

退院・退所時に必要なサービス提供が出来るように居宅介護支援を行ったが、結果としてサービス提供に至らなかった場合も居宅介護支援費を請求する場合があります。

介護保険の適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領が出来なくなる場合があります。その場合は、一旦1か月当たり上記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日住所地の市町村の介護保険担当窓口に提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。

#### 4・サービスの終了

(1) ご利用者の都合でサービスを終了する場合

ご利用者は、事業者に対して文書で通知することにより、いつでもこの契約を解除することが出来ます。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

事業所は、やむを得ない事情がある場合、ご利用者に対して1か月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。この場合、事業者は当該地域の他の指定居宅介護事業者に関する情報を利用者提供します。

(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します。

①ご利用者が介護保険施設に入院・入所した場合。

②利用者の要介護認定区分が非該当（自立）又は要支援と認定された場合。

③ご利用者が死亡した場合。

(4) その他

事業者は、ご利用者又はその家族が事業者や介護支援専門員に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、文書で通知をすることにより直ちにこの契約を解除することができます。

## 5・当事業所の居宅介護支援の特徴及び具体的取扱方針等

### (1) ご利用者の在宅生活の支援

ご利用者が居宅において、ご自分の有する能力に応じ、安心して自立した生活を営むことが出来るよう、ご利用者の立場に立って支援致します。

### (2) ご利用者、個々への多様な情報提供

ご利用者がより適した介護サービスを自ら選択できるよう、公正中立の立場において保険、医療、福祉にわたる指定居宅サービス事業所の情報提供を致します。

### (3) サービスの質の向上

よりよいサービスを提供するため、サービスマニュアルの整備、研修会参加等を行い、日々のサービスの質の向上を目指し努力致します。

### (4) 身体的拘束等

ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、行動を制限する行為は行いません。身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

## 6・事故発生時の対応

(1) サービス提供により事故が発生した場合は、当該市、当該ご利用者のご家族、当該ご利用者に係るサービス事業者と連絡すると同時に必要な措置を講じます。

(2) サービス提供により、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

## 7・サービス内容に関する相談・要望・苦情の窓口

### (1) 当事業者（芙蓉ケアプラン）の相談・苦情窓口

当事業所の居宅介護支援に関すること、また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・要望・苦情を承ります。

担当：管理者 神山久子 電話：042-788-3301

### (2) その他（公的機関においても苦情の申し立てができます。）

①町田市いきいき生活部介護保険課 電話：042-724-4366

②東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

電話：03-6238-0177

③大和市役所 介護保険課

電話：046-260-5623

④相模原市役所 介護保険課

電話：042-769-8321

⑤横浜市瀬谷区 高齢障害福祉課

電話：045-367-5714

## 8・第三者による評価の実施状況

第三者による評価	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

## 9・秘密保持と個人情報の取り扱いについて

- (1) 事業者、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及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) 事業者はご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。
- (3) 事業者は、ご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、ご利用者の個人情報を用いません。また、担当者会議において、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者の同意を得ます。
- (4) 事業者は、ご利用者のご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、当該ご家族の個人情報を用いません。
- (5) 事業者は、ご利用者が医療サービスの利用を希望されている場合、ご利用者の同意を得て、意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。  
また、サービス事業所から提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、ご利用者の服薬状況、口腔機能その他のご利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち、必要とするものをご利用者の同意を得て、主治の医師・歯科医師・薬剤師等に提供することがあります。

## 10・身分証携行義務

介護支援専門員は常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者又はご家族等から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 11・虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護と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：管理者 神山 久子
- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (4) 従業者に対して、虐待防止を啓蒙・普及のための研修を定期的に行います。
- (5) サービス提供中に、当該事業所の従業者又は擁護者により虐待を受けていると思われるご利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報します。

## 12・非常災害対策、業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、居宅介護支援の提供を継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」とい）を策定し、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対して、業務継続計画について周知し、定期的研修及び訓練を行

います。

- (2) 業務継続計画を定期的に見直し、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 1 3 ・ 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症の予防及びまん延防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 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を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 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) 従業者に対して、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に行います。

### 1 4 ・ 当法人の概要

名称・法人の種別	医療法人社団 芙蓉会
代表者氏名	理事長 四ヶ所 大
本社所在地	〒194-0005 東京都町田市南町田3-43-1 電話 : 042-795-2631
法人の事業	(東京都町田市内) ・医療療養型医療施設、介護医療院の運営 ・特定施設入居者生活介護・有料老人ホームの運営 ・認知症対応型共同生活介護の運営 ・短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の運営 ・通所介護及び介護予防通所介護、介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業の運営 ・居宅介護支援事業所の運営 (千葉県君津市内) ・医療療養型医療施設の運営 ・介護老人保健施設の運営  その他これに付随する業務

事業者とご利用者の双方は、本書面2部に署名捺印の上、各1部を保管するものとします。

居宅介護支援の契約締結にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて説明を致しました。

年 月 日

**【事業者】**

法人名・・・・・・・・医療法人社団 芙蓉会  
事業所所在地・・・・・・・・町田市南町田2-5-10-101  
名称・・・・・・・・芙蓉ケアプラン

説明担当者 ㊟

私は、居宅介護支援の契約にあたり、事業者から契約書及び本書面により、ケアプラン作成支援について説明を受け、内容に同意します。

年 月 日

**【ご利用者】**

住 所  
氏 名 ㊟

**【ご家族および代理人】**

住 所  
氏 名 ㊟

(ご利用者との関係： )