

# 居宅介護支援サービス重要事項説明書

( 令和8年 4月 1日現在 )

## 1 居宅介護支援サービスの目的

要介護状態にあるご利用者様の委託により、ご利用者様の心身の状況等に応じた適切な居宅サービス支援計画書（ケアプラン）の作成を支援し、作成された居宅サービス計画に沿って指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、サービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ります。

## 2 居宅介護支援サービスを提供する事業所

### (1) サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	指定居宅介護支援事業所 きらら介護サービス亀有
所在地	東京都葛飾区青戸 8-9-16
電話番号	03-5650-2735
指定事業所番号	1372205102
実施サービス	居宅介護支援サービス
サービス提供地域	葛飾区 足立区

### (2) 職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1人	0人	1人	介護福祉士 主任介護支援専門員
介護支援専門員	4人	1人	5人	介護福祉士
介護支援専門員(兼任)	1人	0人	1人	管理者と兼務

### (3) 業務日及び業務時間

		営業時間
業務日	月曜日～土曜日・祝日	午前 8:45～午後 5:45
休業日	12月31日～1月3日 日曜日	
緊急連絡先	電話 03-5650-2735	

\*緊急時の24時間電話対応を行っています。緊急時以外の連絡はご遠慮ください

## 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

①	契約書及び重要事項説明書の締結、ご利用者様の意向・状態の聞き取り
②	担当介護支援専門員による居宅サービス計画の作成
③	居宅サービス計画に基づくサービス事業者の選定
④	居宅サービス計画に対するご利用者様の同意
⑤	サービスの提供開始

## 4 利用料金

介護保険制度が適用の場合、介護保険制度から全額給付されますのでご利用者の自己負担金はありません。ただし保険料の滞納等により、保険給付が直接事業所に支払われない場合は、1ヶ月あたりの上記の料金を一旦お支払いいただく場合があります。その際にはサービス提供証明書を発行いたしますが、後日このサービス提供証明書をお住いの市区町村（保険者）の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

### ①基本料金

#### 居宅介護支援費（Ⅰ）

取扱件数 45 件未満

要介護 1・2	1086 単位	12,380 円
要介護 3・4・5	1411 単位	16,085 円

取扱件数 45 件以上 60 未満

要介護 1・2	544 単位	6,201 円
要介護 3・4・5	704 単位	8,025 円

取扱件数 60 件以上

要介護 1・2	326 単位	3,716 円
要介護 3・4・5	422 単位	4,810 円

### ②加算料金

特定事業所加算（Ⅰ） 519 単位	事業所が特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件を満たし届け出を行った場合の利用料。
特定事業所加算（Ⅱ） 421 単位	事業所が特定事業所加算（Ⅱ）の算定要件を満たし届け出を行った場合の利用料。
特定事業所加算（Ⅲ） 323 単位	事業所が特定事業所加算（Ⅲ）の算定要件を満たし届け出を行った場合の利用料。
特定事業所医療介護連携加算（Ⅳ） 125 単位	事業所が特定事業所加算（Ⅳ）の算定要件を満たし届け出を行った場合の利用料。
特定事業所加算（A） 114 単位／月	事業所が特定事業所加算（A）の算定要件を満たし届け出を行った場合の利用料。

初回加算	300 単位
------	--------

[初回加算] 適切かつ質の高いケアマネジメントを実施するため、新規に居宅介護支援ならびに要介護状態区分が2段階以上変更になったご利用者様に対し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
入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 単位

[入院時情報連携加算]（Ⅰ）介護支援専門員が当該病院又は診療所の職員に対して、入院した日のうちに必要な情報提供を行った場合。（提供方法は問わない）

[入院時情報連携加算]（Ⅱ）介護支援専門員が当該病院又は診療所の職員に対して、入院した日の翌日又は翌々日に必要な情報提供を行った場合。（提供方法は問わない）

退院・退所加算（Ⅰイ） 450 単位	退所・退所加算（Ⅰロ） 600 単位
退院・退所加算（Ⅱイ） 600 単位	退院・退所加算（Ⅱロ） 750 単位
	退院・退所加算（Ⅲ） 900
カンファレンス なし	カンファレンス あり

[退院・退所加算] 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において医療機関等の職員と面談を行い、ご利用者様に必要な情報を得た上でケアプランを作成し居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定。

\*当該加算（Ⅲ）は、医療機関や介護保険施設等から利用者の情報提供を3回以上受けており、そのうち1回以上はカンファレンスに参加した場合に算定。

\*入院又は入所期間中につき1回を限度。初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

通院時情報連携加算	50 単位
-----------	-------

居宅介護支援を受けているご利用者様が通院の際に、介護支援専門員がご利用者様の診察に同席し、医師に情報提供を行いケアプランに記録した場合にひと月に1回を限度として算定。

緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位
-----------------	--------

病院又は診療所の求めにより当該病院又は診療所の医師又は看護師等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当該ご利用者様に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合にご利用者様1人につき1月に2回を限度として算定。

ターミナルケアマネジメント加算	400 単位
-----------------	--------

末期の悪性腫瘍であって在宅で死亡したご利用者様が対象。利用者や家族の同意をいただき、事業所が算定要件を満たし届け出を行った場合に算定。

特定事業所集中減算	-200 単位 /月
-----------	------------

正当な理由なく、事業所において前6カ月間に作成した居宅サービス計画書に位置づけられた訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与の提供総数のうち、同一事業者によって提供されたものの割合が80%を越えている場合200単位が減算されます。

### ③交 通 費

サービスを提供する地域にお住まいのご利用者様は無料です。それ以外の地域のご利用者様は、介護支援専門員がお訪ねする為の交通費を負担していただく場合があります。

\* サービス提供地域を越えて行う指定居宅介護支援等に要した交通費はその実費を負担していただきます。また、自転車を使用した場合の交通費は、事業所から通常の事業の実施地域を越え1km毎に100円いただきます。

\* 前項の費用の支払いを受ける場合には、ご利用者様又はそのご家族様に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとします。

### ④解 約 料

ご利用者様のご意向によりいつでも解約対応いたします。解約料金はかかりません。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

お電話、又は来所にてお申し込みください。介護支援専門員がご自宅へお伺いいたします。なお契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

### (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

7日前までに文書でお申し出下されればいつでも解約できます。

#### ②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あります。その場合、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又は他の居宅介護支援事業者の情報を提供いたします。

#### ③自動終了する場合

以下の場合に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。

ア) ご利用者様が介護保険施設等に入所された場合

イ) 介護保険給付でサービスを受けられていたご利用者様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  
ウ) ご利用者様がお亡くなりになられた場合

#### ④その他

ご利用者様やご家族様などが、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。

#### \*背信行為の具体例

[ 暴力又は乱暴な言動 ]

- ・物を投げつける 叩く
- ・怒鳴る、奇声、大声を発する など

[ セクシュアルハラスメント ]

- ・訪問介護従事者の体を触る、手を握る
- ・腕を引っ張り抱きしめる
- ・動画・画像を見せる
- ・訪問介護従事者の自宅や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為 など

[ 業務に差し障る行為 ]

- ・長時間の拘束 など

## 6 当事業所の居宅介護支援の特徴等

### ①運営の方針

- ・要介護状態等にあるご利用者様に対しては、可能な限りその居宅において、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支援いたします。
- ・ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境に応じて、ご利用者様及びそのご家族様の希望を勘案し、適切なサービス及び保健医療サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう支援いたします。
- ・居宅介護支援事業の遂行に当たっては、ご利用者様等の意思及び人格を尊重し、特定の居宅サービスの種類又は特定の居宅サービス事業者に偏ることのないよう、公正中立に実施いたします。
- ・関係区市町村や他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域包括支援センター等の連携に努めます。
- ・居宅介護支援の質の向上を図るため従業員の教育研修に努めます。
- ・要介護認定を受けているご利用者様が要支援認定を受けた場合には、地域包括支援センターに必要な情報を提供する等の連携を図ります。

## ②居宅介護支援の実施概要等

### 【居宅介護支援サービス計画の作成方法】

高齢者（ご利用者様）一人ひとりの介護の目標を明確にし、居宅介護支援サービス計画を作成する上で介護の判断基準や根拠を明らかにし、在宅介護を行う上で医療や福祉等多種多様なスタッフと連携・協力が推進されるよう居宅介護支援サービス計画を作成し適切なサービスの提供を行います。

## ③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	
調査（課題把握）の方法	有	
介護支援専門員の研修の実施	有	年2回以上
介護支援専門員によるご利用者様の状況把握		1ヶ月に1回はご自宅に訪問させていただきますが、その他必要に応じて随時実施いたします。

## 7 緊急時の対応

事業者は、現に居宅支援の提供を行っている時にご利用者様の病状に急変が生じた場合やその他必要な場合には、速やかに主治医等に連絡をとる等必要な措置を講じます。

## 8 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、ご利用者様に対し、応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じるとともに、速やかにご家族様等及び関係諸機関に事故発生状況及び今後の対応について報告いたします。また、事故等により要介護認定に影響する可能性のある場合には市区町村（保険者）に事故の概要を報告いたします。事業所は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者様に対してその損害を賠償します。

## 9 個人情報の保護について

事業所は、ご利用者様及びご家族様の個人情報の管理について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を守って適切な取り扱いを行います。また、事

業者が知り得たご利用者様及びご家族様の個人情報については、原則的にサービス調整等の目的以外には利用しません。外部への情報提供については、必要に応じてご利用者様及びご家族様又はその代理人の了承を得ます。

## 10 秘密保持について

事業者の介護支援専門員および事業者の使用するのは、サービス提供する上で知り得たご利用者様及びご家族様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。事業者はご利用者様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もご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様のご家族様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様の個人情報を用いません。

## 11 サービス内容に関する苦情

### ①当事業所ご利用者様相談・苦情担当窓口

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・苦情を承ります。

担当	きらら介護サービス亀有 居宅介護支援事業所管理責任者	大久保幹子
電話番号	03-5650-2735	受付時間 月曜日～土曜日 午前8:45～午後5:45
*祝日も受け付けております。		

### ②その他

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

\*葛飾区介護保険課 電話 03-3695-1111 FAX 03-5698-1504

\*足立区介護保険課 電話 03-3880-5256 FAX 03-3880-5621

\*東京都国民健康保健団体連合会 苦情相談窓口 電話 03-6238-0177

## 12 会社概要

法人名称	株式会社 グッドスタッフ
法人所在地	東京都渋谷区代々木 1-58-3 田辺ビル 4階
代表電話番号	T E L 03-5365-2342 (代表)
代表者氏名	木野本 茂

本契約を証するため、本書を2通作成し、当事業所のご利用者様は記名捺印の上1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

**【 事業者 】**

居宅介護支援の提供開始にあたり、ご利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業所名	指定居宅介護支援事業所きらら介護サービス亀有
指定事業所番号	東京都 1372205102
住 所	東京都葛飾区青戸 8-9-16
代 表 者	木野本 茂 印
管理責任者	大久保 幹子
説 明 者	氏名 _____

**【ご利用者様】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

**【ご家族様】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

**【 署名代筆者 】**

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認した上、私が利用者に代わり、その署名を代筆しました。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_