

指定居宅介護支援重要事項説明書

(令和7年7月1日現在)

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 03-5978-9795 (月～金曜日 9:00～17:00)

担当 介護支援専門員 _____ 管理責任者 関根 千寿子 _____

*ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 小石川医師会居宅介護支援事業所の概要

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	一般社団法人 小石川医師会 居宅介護支援事業所
所在地	文京区小石川5-6-9
介護保険指定番号	1370500322
サービス提供地域	文京区

3. 職員体制と営業時間

小石川医師会居宅介護支援事業所には、管理者（介護支援専門員）1名の外、介護支援専門員2名以上がサービスを提供します。

営業時間は平日の午前9時から午後5時までです。(土・日・祝日・年末年始は休業)

営業時間外及び休業日は24時間の電話応対を行います。(080-7099-4259)

4. 契約の開始と終了

- (1) 当事業所の介護支援専門員と面談の上、サービス計画作成を開始いたします。また、ご利用者は、文書にて、契約を解約することができます。
- (2) 当事業所のやむを得ない事情による事業の変更、人員の減少等により契約を続けることができなくなった場合、終了1ヶ月前までに文書でご連絡の上、他の事業所をご紹介させていただき、解約させていただくことがあります。
- (3) ご利用者のケアプランの終了をもって自動終了とさせていただきます。
(ただし、入院、入所、非該当、自立等の方の場合は必要に応じ、ご相談等は承ります。)

5. 守秘義務

- (1) 当事業所の介護支援専門員はご利用者及びご家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- (2) 居宅支援にかかわるサービス担当者との会議他事業所等との調整においてのご利用者に関する情報提供の際には同意を得て行うこととします。

6. 事故発生対応

居宅介護支援提供の際、当方の過失によりご利用者に損害を及ぼした場合にはすみやかにご家族、区市町村等に連絡、対処し、その損害を賠償します。

7. サービス内容に関する苦情・相談

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情およ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ご相談・苦情を承ります。担当介護支援専門員または管理者までお申し出ください。また、担当介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。

- (1) 当事業所の相談・苦情窓口
電 話 03-5978-9795
- (2) 文京区役所介護保険課 介護保険相談係
電 話 03-5803-1383
- (3) 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

8. 利用料金

要介護または要支援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ありません。但し、介護保険料の滞納によりご利用者の被保険者証に「給付制限」の記載がある場合、下記居宅介護支援及び加算料の全額をいったんお支払いいただき、申請によりあとから保険給付分が支払われる償還払いとなる等、介護保険法に定められた対応となります。

(1) 利用料金及び居宅介護支援費(Ⅰ)

居宅介護支援費(i)	介護支援専門員1人あたりの	要介護1・2	1086 単位
	担当件数が1～44件	要介護3・4・5	1411 単位

(2) 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単位減算
-----------	--	--------------

(3) 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	専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること（兼務が可能な場合がある）	2 名以上	1 名以上	1 名以上	1 名以上
②	専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること（兼務が可能な場合がある）	3 名以上	3 名以上	2 名以上	常勤 1 名以上 非常勤 1 名以上 （非常勤は他 事業所との 連携可）
③	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等を目的とした会議を定期的を開催すること	○	○	○	○
④	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
⑤	算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者の占める割合が 100 分の 40 以上であること	○	×	×	×
⑥	当該指定居宅介護支援事業所における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
⑦	地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
⑧	家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修会に参加していること	○	○	○	○
⑨	居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
⑩	指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員 1 人当たり 45 名未満（居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は 50 名未満）であること	○	○	○	○
⑪	介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること （平成 28 年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用）	○	○	○	○ 連携でも可
⑫	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、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
⑬	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	○	○	○	○

(4) 特定事業所医療介護連携加算

算定要件	125 単位
(1) 前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が 35 回以上	
(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 15 回以上算定	
(3) 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定していること	

(5) 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
入院情報連携加算(Ⅰ)	病院又は診療所に入院してから当日に、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	250 単位
入院情報連携加算(Ⅱ)	病院又は診療所に入院してから 3 日以内に、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以上受けていること	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または家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、利用者又は家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び居宅ケアプランに位置付けた居宅サービス事業者を提供	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	利用者が病院・診療所において医師又は歯科医師の診察をうけるとときにケアマネジャーが同席し、医師又は歯科医師等へ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うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランに記録	50 単位

9. 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に連絡を行い指示に従います。

10. 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、ご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。そのことをご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。
- (3) 退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化します。

11. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- (1) ご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ご利用者またはご家族に対して提供するものとします。
 - ・ 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予めご利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、ご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所等の選定理由の説明を求めることができます。
 - ・ 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、ご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。
 - ・ 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、やむを得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、ご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、ご利用者又はそのご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。

12. 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等の評価

居宅サービス等の利用に向けて、介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメントや業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等、必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められる場合、居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

13. ケアマネジメントの公正中立性の確保

ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表する。

14. オンラインツール等を活用した会議の開催

利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等(オンラインツール)を活用して行います。
その際、個人情報の適切な取り扱いに留意します。

15. 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保

男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

16. 業務継続計画(BCP)策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し必要な研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じます。

17. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シュミレーション)の実施等に取り組みます。

18. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めます。

19. 他のサービス事業所との連携によるモニタリング

人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しを行います。

- (1) 利用者の同意を得ること
- (2) サービス担当者会議において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること
 - 1) 利用者の状態が安定していること
 - 2) 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)
 - 3) テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること
- (3) 少なくとも2月に1回(介護予防支援の場合は6月に1回)は利用者の居宅を訪問すること

20. 第三者評価の実施状況

なし

この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名の上、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ました。

事業者名 一般社団法人小石川医師会 居宅介護支援事業所

所 在 地 東京都文京区小石川5丁目6番9号

管 理 者 関根 千寿子

説 明 者

令和 年 月 日

私は本書面に基づいて事業者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ました。

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)