

株式会社シダー

居宅介護支援重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、自宅において日常生活を営むために必要な居宅サービスを適切に利用できるように、目標を設定して「居宅サービス計画書（ケアプラン）」を作成し、計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	あおぞらの里 舞松原ケアプランセンター
指定番号	4070804986
所在地	福岡市東区若宮二丁目2番35号
管理者の氏名	相川 明美
電話番号	092-663-5733
FAX番号	092-663-8089
サービス提供地域	福岡市東区 糟屋郡新宮町 糟屋郡久山町 糟屋郡粕屋町

(2) 事業所の職員体制

従業員の職種	業務内容	人数
管理者	事業所の運営及び業務全般の管理	1人以上
主任介護支援専門員	居宅介護支援専門員サービス等に係る業務	1人以上
介護支援専門員	居宅介護支援専門員サービス等に係る業務	1人以上

(3) 営業日及び営業時間帯

営業日 月曜日から金曜日までとします。ただし、祝日、及び年末年始（12月30日から1月3日まで）は休日とします。

営業時間 午前8時30分から午後5時までとします。
個々の相談業務は、24時間連絡体制で対応します。

3. サービスの内容

- ① 利用者の相談は、事業所内の相談室または利用者宅で行います。
- ② 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して、支援する上で解決しなければならない課題の把握及び分析を行い、その課題に基づき居宅サービス計画を作成します。
使用する課題分析票は、当社で準備する独自方式の課題分析票を使用して行います。
- ③ 居宅サービス計画に位置づける指定居宅サービス事業所について、利用者及び家族の求めに応じ、複数の事業所を紹介するとともに、位置づけた理由を説明します。
- ④ サービス提供にあたっては、公正中立に行わなければならないことを踏まえ、前6月間に当該指定居宅介護支援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。）がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合と、訪問介護等ごとの回数のうちに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（上位3位まで）等につき、利用者又はその家族に説明し交付します。
- ⑤ 作成した居宅サービス計画の内容については、利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得るとともに、利用者及びサービス担当者に対して居宅サービス計画を交付します。
- ⑥ 利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、作成した居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。
- ⑦ 利用者及びその家族、指定居宅サービス事業所等との連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握（以下「モニタリング」という。）するとともに、少なくとも1月に1回訪問（サービス担当者会議等において、利用者、主治の医師、サービス事業者との同意を得ている場合など、一定の要件を満たした場合は、1月に1回はテレビ電話等での面談とし、利用者の居宅訪問は2月に1回とする）することにより利用者の課題把握を行い、その結果を記録します。
- ⑧ 指定居宅サービス事業者から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを利用者の同意を得て主治の医師等に提供します。
- ⑨ 必要に応じてサービス担当者会議を当該事業所等で開催し、担当者からの意見を求めます。
- ⑩ サービス担当者に居宅サービス計画を交付したとき、又は、必要に応じて個別サービス計画の提出を求め、居宅サービスと個別サービス計画の連動性や整合性について確認して、継続的に連携し意識の共有を図ります。
- ⑪ 利用者またはその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいよう説明を行うとともに、相談に応じることとします。
- ⑫ 介護保険制度上で位置づけられた地域ケア会議において、高齢者の自立支援や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び地域課題の把握を行うため、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めます。

- ⑬ 特定事業所加算を算定し専門性の高い主任介護支援専門員を配置し定期的な会議を開催するとともに質の高いケアマネジメントを実施します。

また、公正中立性を確保し支援困難ケースへの積極的な対応や地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を行い、地域包括支援センター等と連携し地域全体のケアマネジメントの質の向上を目指します。

常時担当者と連絡を取れるように24時間連絡体制で対応します。

法定研修等における実習の受け入れ、他法人が運営する居宅介護支援事業所と共同の事例検討会・研修会等の実施を行い、地域における人材育成への体制の整備を行います。

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(介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう)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ます。

- ⑭ 保険者(市町村)の委託を受け、要介護認定に係る訪問調査を行います。

4. 利用者負担金

介護認定を受け、支援事業者の居宅介護支援のサービスを受ける旨をあらかじめ市町村窓口に出した利用者については、介護保険制度から支援事業者に直接給付が行われるので、利用者は自己負担する必要はありません。ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1か月につき要介護状態に応じて別紙1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、保険者の窓口に出しますと、全額払い戻しを受けられます。

指定居宅介護支援に要する交通費は、徴収しません。

5. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 利用者又はご家族は、体調の変化があった際には担当者にご一報ください。
- ② 病院又は診療所に入院する必要がある場合には、居宅介護支援事業所名、担当介護支援専門員の氏名、連絡先を病院又は診療所にお伝えください。
- ③ 担当者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、お受けできません。
- ④ 利用者が担当者の変更を希望される場合にはご相談ください。その場合、事業所は正当な理由がある場合に限り、担当者を変更することがあります。
- ⑤ 「居宅サービス計画書(ケアプラン)」の変更や、利用者が行った依頼を取り消す場合には、担当者までご連絡ください。
- ⑥ 居宅介護支援の提供に関する記録は、居宅介護支援サービスの完結の日から5年間保管します。また、利用者の求めに応じて閲覧していただくことができます。複写物を希望される

場合は、費用（1 ページ 20 円）を請求します。

6. 事故発生時の対応

- ① 事故が発生した場合は、市町村・利用者の家族等に連絡し、必要な措置を採ります。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その報告書は市町村に提出します。
- ③ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- ④ 事故が発生した際は、その原因を解明し、事故防止に向けた対応策等について社員全員へ周知徹底し、再発生を防ぐための対策を行います。

7. 個人情報保護・守秘義務に関する対策

当事業所は、利用者の個人情報を用いる場合（別紙 2 参照）は、利用者及びご家族の同意をあらかじめ文書で得ます。

当事業所及び職員は、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

8. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

9. 虐待の防止について

事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重・虐待の未然防止・早期発見のため、次の措置を講じます。

- ① 虐待の防止に係る責任者を選定し、虐待の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）を設置する。

＜虐待防止に係る責任者＞

役職：管理者

氏名：相川 明美

- ② 虐待の防止のための指針の整備
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年 1 回以上実施する。
- ④ 従業者は、虐待が疑われる、もしくは、虐待を発見した場合は、地域包括支援センター又は市町村（虐待通報窓口）に通報します。

10. ハラスメントについて

- ① 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指す。

します。

- ② 利用者が事業者の職員に対して行う、暴言、暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

11. 身体拘束の廃止

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、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

12. 相談窓口・苦情対応等

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制と手順は以下の通りです。

- ① 利用者からの苦情があった場合は、直ちに担当者へ報告します。
- ② 担当者は速やかに利用者に事実確認し、謝罪及び説明を行います。
- ③ 2日以内に改善策、今後の対策を説明し、必要であれば掲示周知します。
- ④ 苦情相談受付記録へ顛末及び解決策を記載し、スタッフへ回覧します。
- ⑤ 本社へ報告書を提出します。再発防止のため、社内で情報を共有します。

サービスに関する相談や苦情等については、次の窓口で対応いたします。

当 事 業 所 ご 利 用 相 談 室	窓口担当者：相川 明美（管理者） ご利用時間：月～金曜日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法：電話 092-663-5733
㈱ シ ダ ー 本 社 総 務 部	住所：福岡県北九州市小倉北区足立二丁目1-1 ご利用時間：月～土曜日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法：電話 093-932-7005

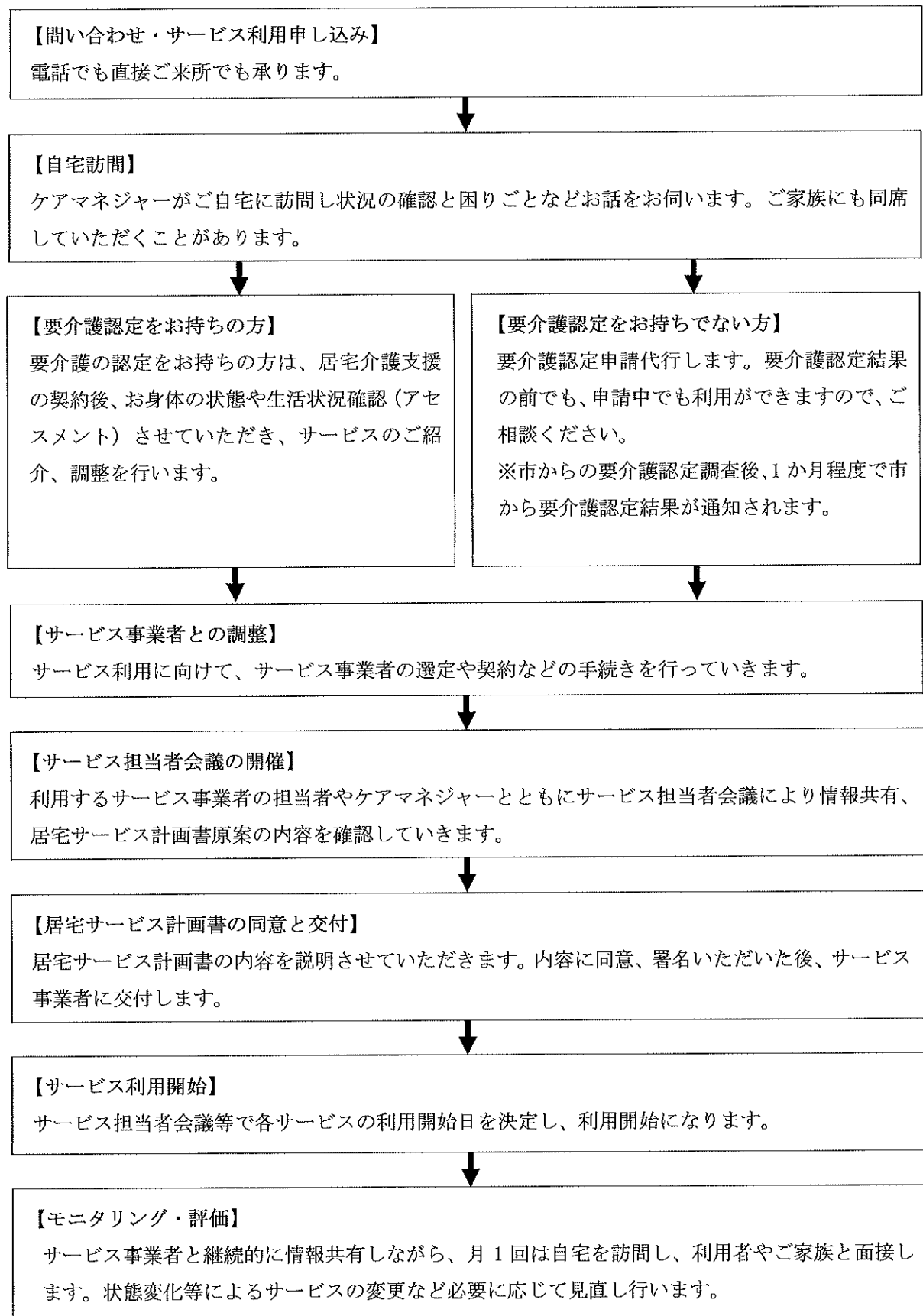
※公的機関においても、苦情申し出ができます。（別紙1をご参照ください。）

13. 損害賠償責任保険

保 険 会 社	損害保険ジャパン株式会社
保 険 内 容	損害賠償保険

※但し、損害賠償保険の支払いは、事業者に故意又は過失が存在する場合に限られます。また、損害賠償保険金が支払われる場合であっても、利用者に過失が認められる場合には、賠償金額が減額されることになります。

14. 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



別紙 1

○居宅介護支援利用料について基本利用料

要介護 1・2	1086 単位	11,620 円
要介護 3・4・5	1411 単位	15,097 円

※居宅介護支援費は単位数に地域区分別単価（10.7）を乗じた額となります。

○加算

加算名称			単位数	金額	算定回数・要件等
初回加算			300 単位	3,210 円	新規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 区分変更された場合
入院時情報連携加算（Ⅰ）			250 単位	2,675 円	利用者が病院又は診療所に <u>入院した日</u> <u>のうちに</u> 、当該病院又は診療所の職員に 対して利用者に係る必要な情報を提供 した場合
入院時情報連携加算（Ⅱ）			200 単位	2,140 円	利用者が病院又は診療所に <u>入院した日</u> <u>の翌日又は翌々日</u> に、当該病院又は診療 所の職員に対して利用者に係る必要な 情報を提供した場合
退 院 ・ 退 所 加 算	カンファレ ンス参加な し	連携 1 回	450 単位	4,815 円	医療機関や介護保険施設等を退院・退所 し、居宅サービスを利用する場合におい て、退院・退所にあたって医療機関等の 職員と面談を行い、利用者に関する必要 な情報を得たうえ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
		連携 2 回	600 単位	6,420 円	
	カンファレ ンス参加あ り	連携 1 回	600 単位	6,420 円	
		連携 2 回	750 単位	8,025 円	
		連携 3 回	900 単位	9,630 円	
緊急時等居宅カンファレンス加 算			200 単位	2,140 円	病院又は診療所の求めにより、職員とと もに利用者宅を訪問し、カンファレンス を行い居宅サービスの調整を行った場 合
通院時情報連携加算			50 単位	535 円	利用者が医療機関で診察を受ける際に 同席し、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

ターミナルケアマネジメント加算	400 単位	4,280 円	終末期の医療やケアの方針に関する利用者の意向を把握したうえで、死亡日及び死亡前 14 日以内に 2 日以上、利用者宅を訪問し、心身の状況を記録し、主治医及びサービス事業者に情報を提供した場合
○ 特定事業所加算 (Ⅰ)	519 単位	5,553 円	質の高いケアマネジメントを実施している事業所を積極的に評価する観点から、人材の確保やサービス提供に関する定期的な会議を実施しているなど、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合する場合 (1 か月につき)
○ 特定事業所加算 (Ⅱ)	421 単位	4,504 円	
特定事業所加算 (Ⅲ)	323 単位	3,456 円	
特定事業所加算 (A)	114 単位	1,219 円	

○相談・苦情窓口について

福岡市東区保健福祉センター福祉・介護保険課 (サービス係り)	所在地 福岡市東区箱崎2丁目54-1 電話番号 092-645-1069 FAX番号 092-631-2191 対応時間: 平日8時45分～17時15分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
新宮町福祉センター健康福祉課	所在地 糟屋郡新宮町緑ヶ浜4丁目3-1 電話番号 092-710-8286 FAX番号 092-710-8287 対応時間: 平日8時30分～17時 (土、日、祝日、年末年始を除く)
粕屋町役場・住民福祉部・介護福祉課 介護保険係	所在地 糟屋郡粕屋町駕与丁1丁目1-1 電話番号 092-938-0229 FAX番号 092-938-9522 対応時間: 平日8時30分～17時 (土、日、祝日、年末年始を除く)
久山町役場・福祉課	所在地 糟屋郡久山町大字久原3632 電話番号 役場・福祉課 092-976-1111 FAX番号 092-976-2463 福祉課 FAX 番号 092-652-3525 対応時間: 平日8時30分～17時 (土、日、祝日、年末年始を除く)
福岡県介護保険広域連合粕屋支部	所在地 糟屋郡久山町大字久原3168-1 電話番号 092-652-3111 FAX番号 092-652-3106 対応時間: 平日8時30分～17時 (土、日、祝日、年末年始を除く)
福岡県国民健康保険団体連合会事業部 介護保険課 苦情相談窓口	所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47 電話番号 092-642-7859 FAX番号 092-642-7856 対応時間: 平日9時～17時

別紙 2

居宅介護支援における個人情報利用目的

----- 記 -----

1. 使用する目的

- ① 事業所が、介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき、居宅サービス事業者等との連携を図り居宅介護支援サービス等を円滑に実施するために行う情報の提供やサービス担当者会議等において必要な場合、また、家族などへ心身の状況の説明を行う場合
- ② 医療と介護の連携を図る目的で、医師の意見・助言を求めまた入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有を行う場合
- ③ 利用者の介護保険事務（審査支払機関へのレセプト提供・審査支払機関又は保険者からの照会への回答・会計・経理）に関する場合
- ④ 事故等の報告及び損害賠償等に係る保険会社などへの相談・届け出の場合
- ⑤ 事業者の管理運営業務に係る介護サービス改善・向上のための基礎資料や事例研究・事業所などで行われる学生等の実習への協力・内部及び外部監査機関への情報提供の場合

2. 使用にあたっての条件

- ① 情報の提供は、1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他の一切の利用者や家族個人に関する情報。
- ② 認定調査票（74 項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ③ 介護保険被保険者証の情報
- ④ その他の情報

4. 使用する期間

契約締結日から契約終了日までの間。

5. お問い合わせ窓口

株式会社シダー 本社（総務部）

電話：093-932-7005

FAX：093-932-7015

以上

別紙 3

判定期間：令和6年9月1日～令和7年2月28日

訪問介護を位置づけたケアプラン数/事業所ケアプラン総数			33.3%
訪問 介護	事業者名（紹介率順）		紹介割合
	①	あおぞらの里和白 ヘルパーステーション	11.0%
	②	介護ステーションコスモス	10.0%
	③	ケアステーションまごころ	8.2%
通所介護を位置づけたケアプラン数/事業所ケアプラン総数			53.1%
通所 介護	事業者名（紹介率順）		紹介割合
	①	あおぞらの里 舞松原デイサービスセンター	34.2%
	②	あおぞらの里 和白デイサービスセンター	12.9%
	③	あおぞらの里 香住ヶ丘デイサービスセンター	8.3%
地域密着型通所介護を位置づけたケアプラン数/事業所ケアプラン総数			7.0%
地域 密着 型 通所 介護	事業者名（紹介率順）		紹介割合
	①	デイサービス東	39.1%
	②	デイサービスさんぽ道	13.0%
	③	デイサービスひまり	13.0%
福祉用具貸与を位置づけたケアプラン数/事業所ケアプラン総数			67.9%
福祉 用具 貸与	事業者名（紹介率順）		紹介割合
	①	(株)パイン	42.3%
	②	(株)エヴァ	5.8%
	③	(株) 太陽シルバーサービス	6.7%

令和 年 月 日

居宅介護支援の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し
交付しました。

<事業者>

所 在 地 福岡市東区若宮二丁目2番35号

事業所名 あおぞらの里 舞松原ケアプランセンター
(指定番号 4070804986)

管理者名 相川 明美

説 明 者

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援について重要事項及び別紙1から3
の説明を受け同意し、受領しました。

<利用者>

住 所

氏 名

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所

氏 名 (続柄)