

居宅介護支援 重要事項説明書

わだつみケアサービス

居宅介護支援重要事項説明書

1. 当社の概要

社名 株式会社スクーデリア
代表者 代表取締役 北村 真治
所在地 東京都江戸川区瑞江 2-22-5 グリーンハウス下鎌田 1F-D 室
連絡先 電話 03-5243-9202 FAX 03-5243-9203
設立年月日 2010年1月1日
事業内容 居宅介護支援／訪問介護／福祉用具貸与・販売／住宅改修/児童発達支援
基本理念 「ALL HAPPY ～関わる全て、みんな幸せ～」
方針 誠実な想いと親切な行動、そして謙虚な姿勢で居宅介護支援を提供いたします。

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援の指定事業者番号及びサービス提供地域

事業所名	わだつみケアサービス
所在地	東京都江戸川区瑞江 2-22-5 グリーンハウス下鎌田 1F-D 室
電話	03-5243-9202
指定事業者番号	居宅介護支援(江戸川区 第 1372305381 号)
サービス提供地域	江戸川区

(2) 職員体制

	人数	勤務形態	業務内容	計
管理者 兼主任介護支援専門員	1名	常勤・兼務	事業管理 ケアマネジメント	4名
介護支援専門員	3名	常勤・専従	ケアマネジメント	
うち主任介護支援専門員	1名			
介護支援専門員	0名	非常勤・専従		
事務職員(*)	1名	常勤・兼務	間接的ケアマネジメント	1名

(3) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分
休業日	土曜・日曜・祝日 12 月 29 日～1 月 3 日

緊急連絡電話 03-5243-9202(土曜・日曜・祝日・早朝・夜間)

※当社は 24 時間連絡出来る体制を確保しており、かつ必要に応じて相談に対応できる体制を整備しています。

※緊急連絡電話はすぐに繋がらない場合もございますが折り返しご連絡いたしますので留守番電話に「お名前・電話番号・ご用件」伝言を残してください。

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう支援することを目的とする
運営の方針	①事業所の介護支援専門員は、要介護者などの心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ日常生活を営む事ができるよう、生活全般にわたる支援を行う。 ②事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 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 介護保険サービス利用申し込み
- ② 介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」といいます)がご自宅を訪問し利用者と面談。
※利用者家族もしくは代理人に同席していただくこともあります。
- ③ 重要事項及び契約書について説明し同意を得られれば契約締結します。
当事業所における各サービスの利用割合と同一事業所等の割合については別紙1のとおりです
- ④ アセスメント(課題分析)実施
必要な介護保険サービスについて利用者のご意向を伺いながら提案します。
※介護保険を利用できる支援サービスと出来ない支援サービスがありますのでご説明します。
※介護度により限度額上限が決まっており、限度額を超えた点数は10割自己負担となります。
※介護保険外のインフォーマル(非公的)サービス等の情報提供を行います。
- ⑤ 利用者は区役所へ「居宅サービス計画作成依頼届出書」の提出を行なっていただきます。
(提出代行も可能です)
- ⑥ サービス事業者の調整開始
ご利用者様は、ケアマネジャーに対し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ことができます
- ⑦ 居宅サービス計画決定
・ご本人様の居住場所にてサービス内容等の打ち合わせ(サービス担当者会議)を行います。
・サービス利用料金の概算提示
・利用者に居宅サービス計画を説明のうえ1部交付します。
・決定した居宅サービス計画を関係事業所に交付します。
- ⑧ 介護保険サービス利用を開始

5. 介護保険サービス提供後の流れ

- ① モニタリングの実施
特段の事情がない限り少なくとも1月に1回は利用者の居宅を訪問し本人の心身の状態やケアプランの利用状況について確認し、その結果を記録します。
オンラインモニタリングの要件を満たしている場合には少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問します。要件は別紙3の通りです
- ② 介護保険サービス利用の変更が必要な場合には前項4の④～⑧の流れを行います。

6. 要介護認定等の協力について

- ① 利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力をします。
- ② 利用者が希望する場合は、要介護または要支援認定の申請を利用者に代わって行います。

③ 障害福祉サービスを利用してきた利用者が、介護保険サービスを利用する場合等には、障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携に努めます。

7. 実習受入先事業所

介護支援専門員養成研修等の受入先事業所として協力体制を確保しています。

8. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 介護保険被保険者証に記載された被保険者の住所等に変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。
- ② ご入院、ご退院に際しては早めに事業所へご連絡ください。
- ③ 病院等にご入院される場合には在宅介護・医療連携を図るため病院等には担当するケアマネジャーの氏名や連絡先を伝えてください。
- ④ 医療系の介護保険サービス利用を希望される場合は主治の意見等を求める
この主治医に対しては居宅サービス計画を交付します。
- ⑤ 訪問介護や通所介護等の関係事業所からの報告内容(口腔に関係する問題や服薬状況等)や、モニタリングの際に把握した状態等について、主治の医師に必要な情報伝達を行います。
- ⑥ ⑤について包括支援センター、保険者、関係事業所と情報を共有する場合もあります。

9. 相談・苦情対応

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自ら提供した居宅介護支援または居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し迅速に対応します。

当社が提供するサービスについての相談・苦情窓口

電話 03-5243-9202(平日 午前9時～午後6時) FAX 03-5243-9203

担当者 池田 奈緒子

介護保険サービスに関する相談・要望・居宅サービス計画上で組み込まれたサービスに関する苦情等がございましたら、担当者までご連絡ください。

相談苦情窓口

都・区の窓口	(江戸川区) 江戸川区福祉部介護保険課事業者調整係 TEL:03-5662-0032 (東京都) 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課 TEL:03-5320-4597
公的団体の窓口	東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情 TEL:03-6238-0177

10. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

(1) 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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的に実施しています。

11. 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・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 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ② 虐待の防止のための指針を整備しています。

- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施しています。
- ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

(2) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを区市町村に通報します。

12. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、区市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、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が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【緊急連絡先】

第一連絡先	氏名: _____ () 住所: _____ 連絡先(自宅): _____ (携帯)
第二連絡先	氏名: _____ () 住所: _____ 連絡先(自宅): _____ (携帯):
第三連絡先	氏名: _____ () 住所: _____ 連絡先(自宅): _____ (携帯):

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業者 東京都江戸川区瑞江 2-22-5 1F-D 室
株式会社 スクーデリア

説明者 _____

私は、居宅介護支援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の重要な事項の説明をうけました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人(代理人を選任した場合) 又は 署名代行者

住所 _____

氏名 _____ 関係()

[2025年4月1日現在]

(別紙1)

① 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合。

訪問介護	44%
通所介護	50%
地域密着型通所介護	14%
福祉用具貸与	75%

(小数点以下切り捨て)

② 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合。

(令和6年9月～令和7年2月)

サービス種別	事業所名	割合	事業所名	割合	事業所名	割合
訪問介護	スタートケアサービス(株) [ケアステーションから瑞江]	31%	(株)ケアリツツ&パートナーズ [ケアリツツ瑞江・ケアリツツ之江]	31%	スクーデリア [わだつみヘルパーステーション]	21%
通所介護	(株)ケアレジデンス [コミュニティーガーデン東京アネックス及び別館]	22%	株)ケアサービス [デイサービスセンター大杉] (10%	(株)陽明 [デイサービスほっとホームえがお]	9%
地域密着型通所介護	合同会社テンセグリティ [リハビリデイサービスSORA]	15%	(株)あしすと [あしすとデイサービス]	14%	日本総合福祉会株式会社 [絆ひだまりの会東瑞江の家]	14%
福祉用具貸与	(株)スクーデリア [わだつみ福祉用具サービス]	63%	株式会社 トーカイ	4%	(株)ヤマシタ [ヤマシタ江戸川営業所]	4%

(小数点以下切り捨て)

西暦 年 月 日

説明者 わだつみケアサービス

説明者 _____

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明をうけました。

利 用 者 氏 名 _____

代 理 人(代理人を選任した場合) 又は 署名代行者

氏 名 _____ 関係()

居宅介護支援に対する利用料金はサービス提供開始以降、1ヶ月あたり下記の料金となります。ただし、法定代理受領により当事業者の居宅介護支援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ございません。

【居宅介護支援費】

(2024年4月現在)

		単位数	利用料(円)
居宅介護支援費(Ⅰ i)	要介護 1・2	1086	12,380
(取扱件数 45 件未満)	要介護 3・4・5	1411	16,085
居宅支援費(Ⅰ ii)	要介護 1・2	544	6,201
(取扱件数 45 件以上～60 件未満)	要介護 3・4・5	704	8,025
居宅介護支援費(Ⅰ iii)	要介護 1・2	326	3,716
(60 件以上)	要介護 3・4・5	422	4,810
居宅介護支援費(Ⅱ i)	要介護 1・2	1086	12,380
(取扱件数 50 件未満)	要介護 3・4・5	1411	16,085
居宅支援費(Ⅱ ii)	要介護 1・2	527	6,007
(取扱件数 50 件以上～60 件未満)	要介護 3・4・5	683	7,786
居宅介護支援費(Ⅱ iii)	要介護 1・2	316	3,602
(60 件以上)	要介護 3・4・5	410	4,674

【その他の加算】

		単位数	利用料(円)
初回加算	1 月につき	300	3,420
特定事業所加算(Ⅰ)	1 月につき	519	5,916
特定事業所加算(Ⅱ)		421	4,799
特定事業所加算(Ⅲ)		323	3,682
特定事業所加算(A)		114	1,299
特定事業所医療介護連携加算		125	1,425
入院時情報連携加算(Ⅰ)	1 回につき	250	2,850
入院時情報提供加算(Ⅱ)	1 回につき	200	2,280
退院・退所加算 カンファレンス参加・無 連携 2 回		600	6,840
退院・退所加算 カンファレンス参加・有 連携 1 回		600	6,840
退院・退所加算 カンファレンス参加・有 連携 2 回		750	8,550
退院・退所加算 カンファレンス参加・有 連携 3 回		900	10,260
ターミナルケアマネジメント加算		400	4,560
緊急時等居宅カンファレンス加算	1 月 2 回まで	200	2,280
通院時情報連携加算	1 月 1 回まで	50	570

(1単位 11.40 円 小数点以下切り捨て)

*要介護認定を受けられた方は介護保険から上記報酬は全額給付されますので利用者様の自己負担は御座いません。ただし保険料の滞納により法定代理受領が出来なくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じて上記の金額を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行致します。

このサービス提供証明書を後日保険者の窓口に提出しますと全額払戻しを受けられます。

*厚生労働大臣が定める支援料金は法改正により変更される場合があります。

オンラインモニタリング実施同意書

指定居宅介護支援の事業の人員及び運営に関する基準の示すモニタリングを行うに際し、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行うことについて同意をお願いいたします。

<実施要件>

- 利用者の同意を得ること
- サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医及び関係サービス事業所の同意を得ていること
 - i 利用者の状態が安定していること。
 - ii 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）。
 - iii 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。
- 少なくとも 2 月に 1 回はご利用者の居宅を訪問すること

<実施環境>

オンラインモニタリングに使用するサービス・接続先情報等は別途担当介護支援専門員よりご案内します。

実施にあたっては以下のガイドラインを遵守し、個人情報の適切な保護に努めます。

- 個人情報保護委員会・厚生労働省「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」
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」

オンラインモニタリング実施要件を満たした場合、少なくとも 2 月に 1 回利用者居宅に訪問することについて

同意します

同意しません

西暦_____年_____月_____日

利 用 者 氏 名_____

代 理 人(代理人を選任した場合) 又は 署名代行者

氏 名_____ 関係()

署名代行理由:

[2025年4月1日現在]