

居宅介護支援重要事項説明書

<令和6年4月1日>

1. 支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	あいケアステーション株式会社
代表者名	中川 博登
所在地・連絡先	〒328-0074 栃木県栃木市菌部町二丁目5番9号 (電話) 0282-23-6221 (FAX) 0282-24-9850

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	あいケアステーション
所在地・連絡先	〒328-0074 栃木県栃木市菌部町二丁目5番9号 (電話) 0282-23-6606 090-7847-2400 (24時間対応) (FAX) 0282-24-9850
事業所番号	0970300679
管理者の氏名	伊藤 則子

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後の人数 (人)
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		1
介護支援専門員	1以上	1以上		1以上
事務職員等				

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	栃木市、小山市、下野市、壬生町
---------	-----------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	営業時間
平日	8:30～17:30
営業しない日	土曜・日曜・祝日 12月30日～1月3日

3. 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法

(1) 居宅訪問

介護サービス計画作成にあたり、利用者のおかれている環境の評価や現に抱えている問題を把握するため、居宅訪問による面接調査を行うとともに、当該計画作成後においても、介護サービス計画の実施状況等を把握し、サービス計画の変更など利用者等が求めるサービスが適切に提供されるように居宅訪問等の方法による支援を行います。

(2) 介護サービス計画の作成

自宅において日常生活を営むために必要なサービスを利用出来るよう、心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成します。

(3) 事業所間の連絡調整

当該計画に基づいてサービス提供が確保されるように事業者等との連絡調整を行います。

(4) 相談業務

電話、訪問、来所等をとおして利用者からの相談に適切に対応します。

(5) 申請代行

介護認定の申請やその他介護保険サービスを利用するにあたり必要な申請手続きの代行をおこないます。

(6) 給付事務

国保連に提出する介護保険の給付管理を行います。

4. 費用

(1) 利用料

要介護（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。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

要介護 1・2	要介護 3～5
10,860 円	14,110 円

※介護支援専門員1名あたりの担当件数が45件以上を超えた場合には、減算されます。

加算	単位数	備考
初回加算（2段階以上の変更認定も同様）	300	1月につき
入院時情報連携加算Ⅰ	250	1月につき
入院時情報連携加算Ⅱ	200	1月につき
退院・退所加算 カンファレンス無	450	1回につき
カンファレンス無	600	2回につき
カンファレンス有	600	1回につき
カンファレンス有	750	2回につき
カンファレンス有	900	3回につき
通院時情報連携加算	50	1月につき
緊急時等居宅カンファレンス加算	200	1月につき
特定事業所加算Ⅰ	519	1月につき
特定事業所加算Ⅱ	421	1月につき
特定事業所加算Ⅲ	323	1月につき
特定事業所加算A	114	1月につき
ターミナルマネジメント加算	400	1月につき

※地域区分 7級地 1単位/10.21円

(2) その他費用

通常の事業の実施区域を越えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収します。

※ 片道8km以上 1kmあたり50円

(3) 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族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（記名押印）を受けます。

5. 事業所の特色等

(1) 事業の目的

利用者が、要介護状態等となった場合においても可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るように、利用者の選択に基づき居宅サービスが総合的かつ効果的に提供できるよう援助を行います。

6. 運営方針

- (1) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場になって公正中立にサービスを行います。
- (2) 市町村、他の居宅介護支援業者、介護保険施設、居宅サービス事業者等との連携に努めます。
- (3) 利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用するサービスの選択にあたっては、当該地域における複数の事業者の紹介を求めることが可能であることを説明します。

(4) その他

事 項	内 容
アセスメント（評価）の方法及び事後評価	お客様の直面している課題等を評価し、お客様に説明のうえケアプランを作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載します。 評価の結果によっては、再度アセスメントを行います。
従業員研修	県、市町村、包括支援センターが実施する研修会に参加しています。又、週1回の社内事例検討会を開催しています。

7. 事業所の運営について

- (1) ハラスメント対策の強化
事業所は、介護支援の提供を確保する観点から、ハラスメント防止の対策を行います。
- (2) 事業継続に向けた取組の強化
事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に対する介護支援が継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等を行います。
- (3) 感染症対策の強化
事業所は、感染症の発生及びまん延等を防止するため、委員会の開催、指針7の整備、研修の実施、訓練等を実施するよう努めます。
- (4) 運営規定の掲示について
事業所は、運営規定等の重要事項について閲覧可能な形で備え置くことで、啓示に代えることができるものとします。
- (5) 高齢者虐待防止の推進

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止等の観点から、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、担当者の配置を行います。

- (6) 会議や多職種連携における ICT（情報通信技術）の活用
運営基準において実施が求められる各種会議（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、テレビ電話等の活用について同意を得ます。
- (7) 電磁的記録について
介護支援の提供に関して、書面で行うことが規定又は想定されるものについては、作成・保存については書面に代えて、電磁的記録により行うことができるものとします。
また、交付、説明、同意、承諾のうち書面で行うことが規定又は想定されるものについては、利用者及び家族の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法で行うことができるものとします。
- (8) データベースの活用
介護保険等関連情報に関するデータベース等を活用し、介護サービスの質の向上を図る取り組みを推進します。

8. 医療と介護の連携の強化について

- (1) 入院時における医療と介護の連携促進
介護・介護予防支援の開始にあたり、利用者等に対して、入院時に事業所担当者名を入院先医療機関に伝えていただくよう依頼します。
- (2) 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
退院・退所後の在宅生活へ速やかに移行するために、事業所担当者は医療機関や介護保険施設等との話し合いに参加し十分な連携を図ります。
- (3) 平時からの医療機関との連携促進
利用者が医療系サービス（訪問看護、通所リハビリテーション等）の利用を希望する場合には、利用者の同意を得た上で主治医等の意見を求めます。また、この意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付します。訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、事業所担当者が訪問等の際に把握した利用者の状態等について、主治医等に必要な情報伝達を行います。

9. 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、市区町村、ご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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しております。

保険会社 保険名 保障の概要	日新火災海上保険株式会社 統合賠償責任保険 事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として
----------------------	---

10. 苦情等の受付について

(1) サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 伊藤 則子 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話 (0282-23-6606) 面接 (当事業所相談室)
-------------	--

(2) 第三者委員

第三者委員	藤沼 和美
電話	0282-22-1914

(3) 第三者評価の実施状況

状況	なし
----	----

(4) 行政の苦情対応窓口

介護相談窓口	電話
栃木市本庁高齢介護課	0282-21-2251
小山市役所地域包括ケア推進課	0285-22-9625
下野市役所 高齢福祉課	0285-33-8904
壬生町役場 健康福祉課	0282-81-1830
栃木県国民健康保険団体連合会	028-643-5400

11. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、事業所内で検討後に報告いたします。報告後にやむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

12. 居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について

- (1) 利用者は、居宅介護支援員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求める事や、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について説明を求める事が出来ます。

- (2) 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (3) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (4) 利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等と情報共有や連携を図ることで退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院等へ伝えてください。
- (5) 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

指定居宅介護支援の利用にあたり、本書面に基づいて重要事項説明書の説明を行いました。

事業者 あいケアステーション株式会社
事業所名 あいケアステーション
代表者 代表取締役 中川 博登
説明者

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援の提供開始に同意しました。

上記の同意を証するため、重要事項説明書に署名の上、2通作成し1通受領いたしました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (本人署名)

代理人 住所 _____

氏名 _____

※代理人署名の場合、利用者の住所氏名もご記入ください。

あいケアステーションの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、福祉用具貸与の利用状況について

(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 (R5. 9～R6. 2) 後期

訪問介護	30.5%
通所介護	48.3%
地域密着型通所介護	5.9%
福祉用具貸与	67.6%

(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ごとの、同一事業所によって提供されたものの割合

訪問介護	あいケアステーション 60.2%	ピジョン真中 (株) 栃木事業所 18.8%	栃木ケアサポートひまわり 9.4%
通所介護	あいの杜とちぎ 46.8%	リハビリデイあいの風 20.9%	デイサービスきらら 6.9%
地域密着型通所介護	みつみねの郷 56.0%	リハビリ特化型ハー フィット 20.0%	デイサービスかなで 12.0%
福祉用具貸与	あいケアステーション 64.8%	廣田商事株式会社 8.6%	ダスキンヘルスレント栃木 ステーション 4.7%

上記内容について、説明受けました。

令和 年 月 日

氏名
