

居宅介護支援重要事項説明書

(2025年4月1日現在)

1、居宅介護支援事業所の概要

(1) 指定事業者番号 及び サービス提供地域

事業所名	医療法人社団青光会 まちかど相談室
所在地	〒260-0841 千葉市中央区白旗2-14-5
電話・ファックス	電話 043-261-4523 FAX 043-265-4511
介護保険指定事業所番号	居宅介護支援（千葉県1270102732号）
サービスを提供する地域	千葉市中央区白旗 宮崎 宮崎町 今井町 大巖寺町 大森町

(2) 営業時間 及び 緊急連絡先

営業日・時間	平日（月～金） 午前9時00分～午後5時00分 土曜日 午前9時00分～午後1時00分 ※ 日祝日、メーデー5/1、年末年始12/29～1/3はお休みです。
緊急連絡先	電話 080-5461-3535（携帯） ※24時間365日連絡可能です。

(3) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	歯科衛生士	1人		管理業務及び居宅介護支援	1人
介護支援専門員	介護福祉士 保健師	2人	1人	居宅介護支援	3人
事務職員			1人	介護事務	1人
合計		3人	2人		5人

2、居宅介護支援の申込からサービス提供までの流れと主な内容

本人又は家族から依頼を受けた場合、事業者は担当する介護支援専門員を任命します。

介護支援専門員は、介護保険法令の趣旨に従って利用者の居宅を訪問します。利用者及び家族と面接し、情報の収集や解決すべき課題の把握・整理を行い、ケアプランの原案を作成します。

原案の種類・内容・保険の適否等を説明し、利用者から文書で同意を得られた場合、サービスの提供を実施します。ケアプランに位置づけるサービス事業所は、公正中立に選定します。公正中立なケアマネジメントのための取り組みとして、当該事業所のケアプラン総数に位置づけた訪問介護 通所介護 地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用割合と前6か月間に作成したケアプラン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、福祉用具の提供回数によって提供された者の割合を説明します。

利用者・家族は、居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、選定した事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることもできます。

介護支援専門員は法の定めにより月1回はご自宅を訪問し、心身の状態やサービス利用状況の把握を行います。利用者がケアプランの変更を希望した場合や、事業者がサービス変更の必要性を認めた場合は、利用者と事業者双方の合意をもってケアプランを変更します。

3、利用料金

(1) 種類

① 居宅介護支援利用料

契約書別紙を参照

② 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの場合、負担はありません。それ以外の地域にお住まいの場合には、原則、介護支援専門員が居宅を訪問する交通費の実費を頂きます。

③ その他

要介護認定の申請代行にかかる費用、及び第10条第3項の複写物にかかる経費については、当事業所が負担し、費用の請求をおこないません。

(2) 支払方法

上記に掲げる料金については月毎の清算とし、毎月10日までに前月分の請求をいたします。請求後10日以内に窓口までお支払いください。

4、居宅介護支援の利用方法（開始と終了）

(1) 利用の開始

居宅介護支援のご依頼を受けた後、担当する居宅介護支援専門員が居宅をお伺いし、契約の締結後にサービスの提供を開始致します。

(2) 利用の終了

① ご利用者の都合でサービスを終了する場合は、文書等でお申し出頂き、いつでも解約できます。

② 当事業所の都合（人員不足等のやむを得ない事情）により、サービス提供を終了させて頂く場合があります。その際は原則1ヶ月前にはご通知し、地域の他の居宅介護支援事業者（所）をご紹介いたします。

③ 以下のような場合には、双方の通知がなくともサービスは自動終了となります。

◇ ご利用者が介護保険施設に入所した場合。

◇ 介護保険給付によるサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、要支援1・2
または、非該当（自立）と認定された場合。

◇ ご利用者がお亡くなりになった場合。

④ ご利用者或いはご家族等が、当事業所や担当する介護支援専門員に対し、本契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、文書で通知することによりサービスを終了させて頂く場合があります。その際は基本、ご要望により十分な話し合いを行ないます。

5、虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止のために対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。

(2) 虐待防止のための指針を整備しています。

(3) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(4) 上記措置を適切に実施するために虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者 管理者 坂井はるみ

(5) サービス提供中に当該事業所従業員又は、養護者（高齢者の家族を現に養護している者）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、速やかこれを市町村に通報します。

6、当事業者（所）の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営方針

① 事業所の介護支援専門員は要介護者等の心身の特性をふまえて、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、要介護者、また家族等との綿密な連携を図り、生活全般にわたる総合的な相談、援助活動を行います。

② 事業の実施にあたっては、各種の保健、医療、福祉サービスを総合的に受けられるように市町村等関係機関及びサービス実施機関との綿密な連絡調整等を行い、適正な居宅サービス計画の作成を提供いたします。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

介護支援専門員は、介護サービス計画（ケアプラン）作成の依頼があった場合、利用者に関する基本情報、身体・医療状況、心理・社会的状況、経済、制度的状況など、ご利用者の生活全体を捉えながら、支援する上で解決しなければならない課題の分析を行います。課題分析票については全国社会福祉協議会方式等を用いるものとします。

(3) 医療機関との連携等

医療と介護の連携を促進する観点から、入院時には利用者・家族より、担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関へ提供されるようお願いいたします。

(4) その他

事 項	有	無	備 考
介護支援専門員の変更	○		変更を希望される場合はお申し出下さい。
介護支援専門員の研修	○		新人研修 採用後3ヶ月 継続研修 年2回以上
実務者研修等、実習生の受入れ	○		個人情報保護の誓約を得て受け入れています。同行訪問は事前の了承を前提とします。

7、当事業所の概要

- ◇ 名称・法人種別 医療法人社団青光会
- ◇ 代表者役職・氏名 理事長 松隈 英樹
- ◇ 本部所在地 千葉県千葉市中央区白旗2丁目4番10号
- ◇ 電話番号等 043-261-4537

◇定款の目的に定めた事業

第3条 本社は、診療所を経営し、科学的で、かつ適正な医療及び疾病・負傷等により寝たきりの状態等にある老人に対し、看護、医学的管理下の介護及び必要な医療等を普及することを目的とする。

第4条 本社の開設する診療所の名称及び開設場所は、次のとおりとする。

- (1) 今井町診療所 千葉県千葉市中央区白旗2丁目4番10号

第4条の2 本社は、前条に掲げる診療所を経営するほか、次の業務を行う。

- (1) 介護保険法に基づく介護予防サービス及び居宅サービス事業の経営

名 称 今井町診療所訪問看護室
所在地 千葉市中央区白旗2丁目4番10号

- (2) 介護保険法に基づく居宅介護支援事業の経営

名 称 医療法人社団青光会 まちかど相談室
所在地 千葉市中央区白旗2丁目14番5号

個人情報の取扱い及び使用の同意

医療法人社団青光会 理事長 松隈 英樹様

私および家族は、介護保険サービスの適切な利用をはかるため、介護支援専門員に対し以下の内容について同意いたします。

1. 心身の状態や介護上の留意点について、必要に応じて主治医より助言を得ること。また、医師へケアプランを交付し、状態について必要な情報を伝達すること。
2. 介護サービスの提供に必要な情報を、居宅サービス事業所や関係機関へ提供すること。また、サービス事業所等から計画書や状態について、情報提供を受けること。
3. 介護保険法に位置付けられている主治医意見書及び認定調査結果の開示を得ること。
4. 緊急時・重要時において、把握している親族等へ連絡を行なうこと。
5. 事前に了承した場合、実習生を同行させ、守秘義務を遵守し研修させること。
6. 法令上定められた事由に関して、関係者間で情報を共有すること。

なお、私および家族は、入院・退院に関する情報を、介護支援専門員に対しできるだけ事前に提供します。また、入院時に介護支援専門員の氏名や連絡先を、入院先医療機関に提供するように配慮します。

前述の「居宅介護支援契約」「契約書別紙」「居宅介護支援重要事項説明」及び、「個人情報の取扱い及び使用の同意」を証するため、利用者・事業者が署名捺印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 20 年 月 日

事業者名称 医療法人社団青光会
住 所 千葉市中央区白旗2丁目4番10号
代 表 者 理 事 長 松隈 英樹 印
説 明 者 _____ 印

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

代理人住所 _____

代理人氏名 (続柄: _____) _____ 印

家族住所 _____

家族氏名 (続柄: _____) _____ 印