居宅介護支援サービス重要事項説明書

（令和７年５月１日現在）

共創みらいケアステーション上落合における、居宅介護支援サービスに係る基本的事項について、ご説明します。
居宅サービス計画のご依頼に際し、以下の事項にご了承いただきますようお願い致します。

１．事業者の概要

事業者名称	株式会社 ファーマみらい
代表者氏名	岡山　善郎
本社所在地	東京都中央区八重洲二丁目２番１号 東京ミッドタウン八重洲 八重洲セントラルタワー ８階
法人設立年月日	平成５年７月

２．事業所の概要

（１）　所在地等

事業所名称	共創みらいケアステーション上落合
事業所所在地 （連絡先）	東京都新宿区上落合２-２６-３ B1F TEL：０３-６２７９-１５５５　　FAX：０３-６２７９-１５５６
緊急連絡先	同上
事業所番号	１３７０４０６０２５
営業日、営業時間	月曜日 ～ 金曜日、午前９：００～午後６：００ （ただし、祝日および１２月３０日～１月３日までを除く）
サービス提供地域	新宿区内

（２）　職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護支援専門員	１名	０名	１名
介護支援専門員	介護支援専門員	２名	０名	２名

３．事業目的と運営方針

（１）　事業目的

居宅介護支援事業の適切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、要介護状態にある利用者に対し、適切な指定居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。

（２）　運営方針

① 利用者が日常生活を営むために必要な、保険医療サービス又は指定居宅サービスを適切に利用できるよう、その心身状況や置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成します。

② 居宅支援サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図ることによって、総合的なサービスの提供に努めます。

③ 居宅介護支援サービスの提供にあたり、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、公正中立に行います。

④ 事業の運営にあたり、自らその提供する居宅介護支援サービスの質の評価を行い、常に改善を図ることとします。

４．サービス提供方法

（１）　介護認定申請の代行

介護認定を希望される方の申請手続きを代行します。

（２）　申し込み受付および訪問によるアセスメント（利用者の状況把握）

① 居宅介護支援の申し込み受付時に、初回訪問の日時を打ち合わせます。

② 利用者の自宅を訪問し、聞き取りによりアセスメントを行います。また、利用者の同意を得て、調査員が実地した調査内容を居宅サービス計画作成の参考とします。

※利用者の課題分析手法として『ケアマネット新宿区版アセスメントシート』等を用います。

（３）　居宅サービス計画の作成

① アセスメントに基づき居宅サービス計画の原案を作成します。

② サービスの提供に当たっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、介護サービス等が特定の種類または特定のサービス事業者に偏ることのないよう、公平中立(※)に行います。

※別紙にて内容を説明

③ 事業所の選定については、利用者は複数の事業所の紹介を求めることおよび当該居宅サービス計画に位置付けた理由の説明を求めることが出来ます。

④ サービス担当者会議を開催し、利用者・家族・サービス事業者により居宅サービス計画原案を検討します。必要に応じて原案を修正し、全員で居宅サービス計画の内容を確認します。その後、利用者または家族への原案の説明・交付を行います。

（４）　介護サービスの提供

居宅サービス計画に基づきサービス事業者から介護サービスが提供されます。

（５）　再アセスメント（再評価）

① 利用者の状況の変化に合わせて、居宅サービス計画の修正を行います。

② 再度、サービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画の見直しを行い、新たに居宅サービス計画を作成し、利用者の同意を得ます。

③ 新たな居宅サービス計画に基づきサービス事業者から介護サービスが提供されます。

（６）　居宅サービスのモニタリング

居宅サービス計画通りに介護サービスが実施されているかの確認および評価を毎月ご自宅に訪問し行います。

５．居宅介護支援の留意点

① 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している場合その他必要な場合には、主治医等に意見を求めるとともに居宅サービス計画を交付いたします。

② 担当の介護支援専門員は、少なくとも１ヶ月に１度利用者の居宅を訪問し、直接利用者と面接させていただきます。面接結果は、記録に残し利用者の状態の経過を把握いたします。

③ 担当の介護支援専門員は、居宅サービス事業者等から利用者に関する情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能等について必要と認めるものを主治医等に情報提供いたします。

④ 担当の介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合、その利用の妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市区町村に届け出いたします。

⑤ 利用者が病院又は診療所に入院することとなった場合は、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先の病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はご家族に求めます。

⑥ 利用者が介護支援専門員の交代を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情、その他交代を希望する理由を明らかにして、交代を申し出ることができます。また、事業者の都合により介護支援専門員を交代することがあります。その場合、利用者に対してサービスご利用上の不利益が生じないよう十分に配慮いたします。

⑦ 本契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他事業者の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施が出来なくなった場合、利用者に対するサービス提供義務を負いかねる場合はあります。

６．料金

（１）利用料金

事業者が提供する居宅介護支援サービスに対する料金は、別紙【居宅介護支援サービス 料金表】に定める料金規程の通りです。

（２）交通費

前記２で示したサービス実施地域にお住いの方は、無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するために公共の交通機関を利用した際には、その交通費の実費が必要となります。

なお、自動車にて訪問する場合は、以下の交通費を負担していただきます。

当事業所の通常のサービス実地地域を越えた地点から１ｋｍごとに片道：６０円

（３）解約料

契約の解約をお申し出いただいた場合、一切の解約料金はいただきません。

７．秘密保持

① 事業者及び介護支援専門員は、居宅介護支援サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後および従業員の退職後も継続します。

② あらかじめ文章により利用者の同意を得た場合は利用者の個人情報を、利用者の家族の同意を得た場合は利用者の家族の個人情報を、前項の規定に関わらず、同意書の内容に基づいて利用できるものとします。

８．事故発生時の対応

① 利用者に対する居宅介護支援サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市区町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

② 当該事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行います。

③ 利用者に対する居宅介護支援サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、協議の上、損害賠償を速やかに行います。

④ 事故が発生した場合は、状況を確認し、原因分析を行い、再発防止策を検討し、すべての従業員に周知し、再発防止に努めます。

９．緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

１０．　虐待の防止について

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 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者　　鈴木　隆

② 成年後見制度等の利用を支援します。

③ 虐待防止の為の指針を整備し、対策を検討する委員会を定期的に開催します。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修（年１回以上）を実施しています。

⑤ サービス提供中に当該事業所従業員または養護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には、速やかにこれを市区町村に通報します。

１１．　サービス内容に関する相談・苦情窓口

（１）当社窓口

【事業所の窓口】	土日祭日・年末年始を除く　９:００～１８:００ ０３-６２７９-１５５５
【本社窓口】 個人情報、苦情受付担当	土日祭日・年末年始を除く　９:００～１８:００ ０３-６８３８-２８５４

（２）公的機関の窓口

【国保連の窓口】 東京都国民健康保険団体連合会	土日祭日・年末年始除く　９:００～１７:００ ０３－６２３８－０１７７
【市区町村の窓口】 新宿区役所　介護保険課　給付係	土日祭日・年末年始除く　８:３０～１７:００ ０３－５２７３－３４９７

事業者は、居宅介護支援サービス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事項（重要事項説明書別紙・料金表含）を説明し、交付を行いました。

令和　　年　　月　　日

事業者

事業者所在地　東京都新宿区上落合２-２６-３ B1F

事 業 所 名　共創みらいケアステーション上落合

説明者　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、事業者から居宅介護支援の重要事項（重要事項説明書別紙・料金表含）の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄：　　）

代筆者　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄：　　）

※利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって代筆しました。