

居宅介護支援 重要事項説明書

〈令和8年6月1日改正〉

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団誠馨会
代表者名	理事長 景山 雄介
所在地・連絡先	(所在地) 千葉県千葉市若葉区更科町2592 (電話) 043-237-5001 (FAX) 043-239-0161

2 事業所の概要

(1) 事業所名および事業所番号

事業所名	医療法人社団誠馨会 総泉病院
所在地・連絡先	(所在地) 千葉県千葉市若葉区更科町2592 (電話) 043-237-5001 (FAX) 043-239-0161
事業所番号	千葉県1210113654
管理者名	石本 史麗

(2) 事業所の職員体制

管理者（主任介護支援専門員）	1名（常勤職員兼任） 介護支援専門員及び業務の一元的な管理を行う
介護支援専門員	1名以上（常勤非常勤職員） 居宅サービス計画の作成に関する業務を行う
事務職員等	1名（常勤非専従職員）

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	千葉市・四街道市の一部・八街市の一部
------------	--------------------

※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・営業時間等

月曜から金曜日	午前8時30分～午後5時30分
---------	-----------------

※休業日：土曜日・日曜日及び祝祭日

ただし、国民の休日及び年末年始（12月30日から1月3日）は除く。また、病院の休業に関してはその限りではない。

《営業時間内のご連絡》

「事業所の概要」記載の総泉病院代表より、居宅介護支援事業所が対応します。

《営業時間外のご連絡》

時間外専用電話 090-7273-7612

当事業所の介護支援専門員が対応します。

3 サービスの主な内容

(1) 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成等

- ① 課題分析（アセスメント）の実施
- ② 希望するサービス内容の確認
- ③ サービス事業者の情報提供
- ④ サービス担当者会議の開催
- ⑤ ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施

(2) 要介護等認定の申請に係る援助

(3) 給付管理業務

4 費用

(1) 利用料金

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、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。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ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、利用者様は1ヶ月につき料金表の利用料金の全額をお支払い下さい。（居宅介護支援費は別紙料金表のとおり）

利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

(2) 交通費

前記3の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、交通費の実費が必要になります。

なお自動車を使用した場合は、次の交通費を頂きます。

通常の事業の実施地域を超えてから、片道	10 km未満	550	円
通常の事業の実施地域を超えてから、片道	10 km以上	1,100	円

(3) 解約料

利用者はいつでも解約することができます。また、解約料はかかりません。

(4) その他

要介護認定申請代行費、記録の複写費

※契約書第12条第2項の代行申請にかかる実費相当の費用、第13条3項の複写物にかか

る経費を求める場合があります。

第12条2項の要介護認定申請代行料金： <u>1回あたり</u> 円です
第13条3項の複写物の請求に関する料金： <u>1枚あたり</u> 10円です

(5) 利用料等の支払方法（自己負担金や交通費などの支払いが生じる場合に限る）

料金が発生する場合、月ごとの清算とし毎月15日までに前月分の請求をしますので、7日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払方法は窓口清算か銀行振り込み・引き落としかを契約の際にお選びいただけます。

5 事業所の特色

(1) 事業の目的

利用者等に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業所の介護支援専門員は、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、また利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。また実施に当たっては、関係市町村、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等、地域の福祉・保健・医療サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を公平中立に努めます。

(3) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

7日以内に文書でお申し出くだされば、いつでも解約できます。

②当院の都合でサービスを終了する場合

人員の不足等やむをえない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は1か月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③自動終了

以下の場合には双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護度区分が、非該当と判定された場合。
- ・利用者がお亡くなりになられた場合。

④その他

利用者や家族などが当院の介護支援専門員に対して本契約を維持しがたい程の背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

6 居宅介護支援に係る事業所の義務について

- ・利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
- ・利用中の事業所から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に把握した利用者の状態等について介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ・利用者や又はその家族に対し、利用者は計画に位置付ける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あることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。
- ・障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進する為、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にします。

7 サービス内容に関する苦情

(1) 当院の相談苦情窓口

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおりを設置します。

苦情相談窓口 窓口開設時間 連絡先	担当介護支援専門員 8：30～17：30 電話 043-237-5001 FAX 043-239-0161
-------------------------	---

その他 事業の休業日及び午後5時30分以降についても電話により対応する。

(2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

- ・「苦情・相談対応記録」を作成し、軽微な事案（相談・ご意見）であっても、サービスの質の向上のため拾い上げ、記録する。
- ・担当者が不在の場合でも誰もが対応可能な体制を作り、確実に担当者に引き継ぐ。
- ・苦情又は相談があった際には、状況を詳細かつ正確に把握するため、場合によっては訪問を実施するなど、慎重に聞き取りや事情確認を行う。
- ・特に当事業所に関する苦情である場合には、利用者側の立場に立って事実関係の特定を行う。
- ・相談担当者は速やかに、管理者やその他の従業員と共同して、利用者の意見・主張を最大限に尊重した上で適切な対応方法を検討する。
- ・関係者への連絡調整を迅速かつ確実に行うとともに、必ず、利用者へ対応内容等の結果報告を行う。（時間を要する場合は一旦その旨を利用者へ伝え、進捗状況を適宜報告するなど、きめ細やかな対応を行う。）
- ・苦情があったサービス事業者に対する対応方針

事実確認を迅速に行い、当該サービス事業者の管理者等と共同で対応する。なお、必要に応じて苦情内容についてサービス担当者会議等での報告を行い、全サービス事業者一丸となって再発防止・サービス向上に取り組む。

(3) その他、各市町村の相談・苦情窓口。

事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口など関係機関との協力により、常に利用者の利益を最優先に考えて対応します。

市町村等の相談・苦情窓口は以下のとおりです。

- ・ 千葉市保健福祉局高齢障害部介護保険事業課
電話 : 043-245-5062
- ・ 四街道市福祉サービス部高齢者支援課
電話 : 043-388-8300
- ・ 八街市高齢者福祉課
電話 : 043-443-1491
- ・ 千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係
電話 : 043-254-7428

8 緊急時における対応方法

介護支援専門員等は、居宅介護支援実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに利用者の緊急時連絡先（ご家族等）、主治医に連絡を行う等の必要な措置を講じます。

9 個人情報の保護及び秘密の保持について

利用者に関する個人情報について、業務上知り得たすべての情報に関しては、当院で定める下記の「個人情報保護方針」の利用目的によって利用され、業務上必要な場合以外には使用しません。

個人情報利用目的

- ①当院での医療・介護サービスの提供に関する利用
- ②診療費請求のための事務に関する利用
- ③当院の管理運営業務に関する利用（会計・経理、病棟管理等）
- ④外部監査機関（司法関係等）への情報提供
- ⑤その他、別途許可を得た上で使用することとする。

医療法人社団 誠馨会 総泉病院 指定居宅介護支援事業所運営規程

10 秘密保持

介護支援専門員等は、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を在職中のみならず、退職後も他に漏らさない。

1.1 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を提示していただきます。また、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）及び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所にお知らせください。
- (2) 居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

1.2 サービス割合同意書について

ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、以下について利用者に書面交付の上、説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを実施します。

- ・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。
- ・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

集計期間 令和 7 年 9 月～令和 8 年 2 月

介護サービス	割合	事業所名：割合	事業所名：割合	事業所名：割合
訪問介護	29%	コープみらい桜木 介護センター 20%	はるやケアステーション 13%	Hana ヘルパーステーション高品 11%
通所介護	33%	デイサービス センター清和園 11%	デイサービス元気庵 小倉台店 10%	ブルーミングケア 千葉中央 8%
地域密着型 通所介護	17%	オアシスウォーク 千葉御成台 15%	ポラリスデイサービス センター桜木 12%	デイサービス KAGAYAKI みつわ台 12%
福祉用具 貸与	56%	株式会社トーカイ 千葉支店 11%	千葉ムツミ福祉用具 高品 11%	株式会社シルバー とつぶ 6%

医療法人社団 誠馨会 総泉病院

指定居宅介護支援事業所 料金表

基本料金・加算料金

1 単位単価：11,050 円

サービス		自己負担なし(円)
居宅介護支援費 I i	要介護 1・2	12,000
	要介護 3・4・5	15,591
居宅介護支援費 I ii	要介護 1・2	6,011
	要介護 3・4・5	7,779
居宅介護支援費 I iii	要介護 1・2	3,602
	要介護 3・4・5	4,663
初回加算	1 月につき	3,315
特定事業所加算 (I)	1 月につき	5,734
特定事業所加算 (II)	1 月につき	4,652
特定事業所加算 (III)	1 月につき	3,569
特定事業所加算 (A)	1 月につき	1,259
特定事業所医療介護連携加算	1 月につき	1,381
入時情報連携加算 (I)	1 月につき	2,762
入時情報連携加算 (II)	1 月につき	2,210
退院・退所加算 (I) イ	入院または入所 期間中 1 回を限 度	4,972
退院・退所加算 (I) ロ		6,630
退院・退所加算 (II) イ		6,630
退院・退所加算 (II) ロ		8,287
退院・退所加算 (III)		9,945
通院時情報連携加算	1 月につき	552
緊急時等居宅カンファレンス加算	1 月に 2 回を限 度	2,210
ターミナルケアマネジメント加算	※	4,420
介護職員等処遇改善加算	所定の単位数(基本サービス費に加算減算を加えた総数)の2.1%を乗じた単位数/月	

※死亡日および死亡日前14日以内に2日以上在宅の訪問等を行った場合

令和8年6月1日

当事業所はサービスの利用にあたり、利用者に対して契約書・重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日 : 令和 年 月 日

事業者 <所在地> 千葉県千葉市若葉区更科町2592番地
<名称> 医療法人社団誠馨会 総泉病院
(事業所番号: 千葉県1210113654)
<代表者> 医療法人社団誠馨会 理事長 景山 雄介
<管理者> 石本 吏麗

<説明者> 所属 医療法人社団誠馨会 総泉病院
居宅介護支援事業所

介護支援専門員 _____ 印

私は、契約書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容及び以下の項目について同意の上、本書面を受領いたしました。

同意年月日 : 令和 年 月 日

利用者本人 <住所> _____

<氏名> _____ 印

代筆者: 氏名 _____ 続柄 _____

連帯保証人 <住所> _____

<氏名> _____ 印