

居宅介護支援重要事項説明書

【令和6年4月1日現在】

1. LIC居宅介護支援事業所の概要

(1)居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

- ・名称：LIC居宅介護支援事業所
- ・所在地：東京都府中市清水が丘3-29-5 トラットリアK&M101
- ・地域区分：3級地(単位数単価 11.05)
- ・連絡先：042-302-3457 (24時間常時連絡体制)
- ・指定番号：居宅介護支援 (東京都指定1373803681)
- ・提供地域：府中市・国立市・調布市・国分寺市・小平市・三鷹市・小金井市・稲城市

(2)事業所の職員体制

- ・管理者：末武 聖士 (主任介護支援専門員 介護福祉士)
- ・担当者名：末武 聖士 (主任介護支援専門員 介護福祉士)

	資格	常勤	非常勤	計	備考
管理者	上記参照	1名(1)		1名(1)	
介護支援専門員	介護福祉士	1名(1)		1名(1)	管理者と兼務

上記の資格別一覧表は、在籍する介護支援専門員数と一致するものではありません。()内は男性再掲

(3)通常営業時間

- ・受付時間 通常 8:30~17:30

2. LIC居宅介護支援事業所が提供するサービス(居宅介護支援)についての相談窓口

電話：042-302-3457(24時間常時連絡体制 転送電話にて対応)

FAX:042-302-3458

担当：末武 *ご不明な点は、何でもお尋ねください。

3. 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 サービスの申し込み

まずは、お電話等でお申し込み下さい。介護支援専門員が訪問いたします。

事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させ、居宅サービス計画の作成を支援します。

② 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。

③ 当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者及びその家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。

④ 提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

⑤ 居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族に説明し、利用者から文書による同意を受け、交付をします。

⑥ その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

⑦ その後も月に※1回は利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。

※テレビ電話設置等その他の情報通信機器を活用できる環境が整っており、利用者から同意、サービス担当者会議等で合意があった場合、2月に1回の訪問と

し、訪問しない月はテレビ電話等を活用し情報収集を行う。

4. 利用料金

(1) 居宅介護支援利用料金

居宅介護支援利用料は、要介護度別の基本料金と加算料金により決まります。

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。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、1ヶ月につき該当する利用料金を自己負担して頂き、当事業所よりサービス提供証明書を発行いたします。なお、サービス提供証明書を、府中市の介護保険の担当窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

要介護度別の料金

居宅介護支援費 (I i)

[取扱い件数が一人当たりの常勤換算45件未満]

要介護1・2 12,000円(1086単位/月×3級地11.05)

要介護3・4・5 15,591円(1411単位/月×3級地11.05)

居宅介護支援費 (I ii)

[取扱い件数が一人当たりの常勤換算45件以上の場合に
45件以上60件未満の部分について適用]

要介護1・2 6,011円(544単位/月×3級地11.05)

要介護3・4・5 7,779円(704単位/月×3級地11.05)

居宅介護支援費 (I iii)

[取扱い件数が一人当たりの常勤換算45件以上の場合に
60件以上の部分について適用]

要介護1・2 3,602円(326単位/月×3級地11.05)

要介護3・4・5 4,663円(422単位/月×3級地11.05)

※ケアプランデータ連携システムを活用及び事務職員の配置している場合に算定します

居宅介護支援費 (II i)

[取扱い件数が一人当たりの常勤換算50件未満]

要介護1・2 12,000円(1086単位/月×3級地11.05)

要介護3・4・5 15,591円(1411単位/月×3級地11.05)

居宅介護支援費 (II ii)

[取扱い件数が一人当たりの常勤換算50件以上の場合に
50件以上60件未満の部分について適用]

要介護1・2 5,823円(527単位/月×3級地11.05)

要介護3・4・5 7,547円(683単位/月×3級地11.05)

居宅介護支援費 (II iii)

[取扱い件数が一人当たりの常勤換算50件以上の場合に
60件以上の部分について適用]

要介護1・2 3,491円(316単位/月×3級地11.05)

要介護3・4・5 4,530円(410単位/月×3級地11.05)

加算料金等

初回(新規に居宅サービス計画を作成した場合、要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合および2ヶ月間利用実績がない方が利用再開された場合)の居宅介護支援費に加算します。

初回加算 [初回時] 3,315円(300単位/月×3級地11.05)

* 要介護度別料金と加算料金等が合算される場合、単位合算を基に11.05を乗じて計算いたします。

[算定要件]

- ① 新規に居宅サービス計画を作成した場合。
* 過去2ヶ月以上当該事業所で居宅サービス計画を作成していない場合も含まれます。
- ② 要介護状態区分が2段階以上変更となった場合。
- ③ 要支援者が要介護認定を受け、居宅サービス計画を作成する場合。

特定事業所加算(Ⅰ) 5,734円(519単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

- ① 主任介護支援専門員を2名以上配置している。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置している。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係わる伝達等を目的とした会議を定期的開催している。
- ④ 24時間常時連絡できる体制を整備している。
- ⑤ 利用者の総数のうち、要介護3～5である者の割合が4割以上である。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施している。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援困難事例が紹介された場合に、当該事例を受託する体制を整備している。
- ⑧ 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加している。
- ⑨ 特定事業所集中減算の適用が無い。
- ⑩ 介護支援専門員1人あたりの利用者数が45件以上(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は50件以上)ではない。
- ⑪ 法定研修等における実習受入事業所となる等、人材育成への協力体制を整備している。
- ⑫ 他法人が運営する居宅介護支援事業所と共同の事例検討会・研究会・研修会等を実施している。
- ⑬ 必要に応じて多様な主体等が提供する生活支援サービス(インフォーマルサービス含)が包括的に提供されるよう居宅サービス計画を作成している

特定事業所加算(Ⅱ) 4,652円(421単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

主任介護支援専門員を1名以上配置し、特定事業所加算(Ⅰ)の②③④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬を満たしている。

特定事業所加算(Ⅲ) 3,569円(323単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

主任介護支援専門員を1名以上配置し、特定事業所加算(Ⅰ)の③④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭を満たしており、常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置している。

特定事業所加算(A) 1,259円(114単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

主任介護支援専門員を1名以上配置し、特定事業所加算(Ⅰ)の③④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬を満たしており、常勤かつ専従の介護支援専門員を1名及び非常勤(常勤換算1)の介護支援専門員を1名配置している。

特定事業所医療介護連携加算1,381円(125単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

特定事業所加算(Ⅰ)から(Ⅲ)のいずれかを算定した上で、前々年度の3月から前年度の2月までの間において、退院・退所加算の算定に医療機関等と連携を年間35回以上行い、ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以

上算定した場合。

通院時情報連携加算 552円(50単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

必要時に利用者が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師または歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師または歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で居宅サービス計画等に記録した場合。

入院時情報連携加算(Ⅰ) 2,762円(250単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

入院当日に医療機関へ情報提供した場合。(提供方法は問わない)

* 入院時情報連携加算(Ⅱ)と同時算定不可です。

入院時情報連携加算(Ⅱ) 2,210円(200単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

入院後3日以内に医療機関へ情報提供した場合。(提供方法は問わない)

* 入院時情報連携加算(Ⅰ)と同時算定不可です。

退院・退所加算(Ⅰ)イ 4,972円(450単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

退院・退所時におけるケアプランの作成の手間を明確にするとともに、医療機関や施設等との連携に応じた場合。

(連携回数1回 退院・退所時カンファレンスに不参加)

* 初回加算との同時算定は不可です。

* 入院または入所期間中1回を限度に算定します。

退院・退所加算(Ⅰ)ロ 6,630円(600単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

退院・退所時におけるケアプランの作成の手間を明確にするとともに、医療

機関や施設等との連携に応じた場合。

(連携回数1回 退院・退所時カンファレンスに参加)

* 初回加算との同時算定は不可です。

* 入院または入所期間中1回を限度に算定します。

退院・退所加算(Ⅱ)イ 6,630円(600単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

退院・退所時におけるケアプランの作成の手間を明確にするとともに、医療機関や施設等との連携に応じた場合。

(連携回数2回 退院・退所時カンファレンスに不参加)

* 初回加算との同時算定は不可です。

* 入院または入所期間中1回を限度に算定します。

退院・退所加算(Ⅱ)ロ 8,287円(750単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

退院・退所時におけるケアプランの作成の手間を明確にするとともに医療機関や施設等との連携に応じた場合。

(連携回数2回 退院・退所時カンファレンスに参加)

* 初回加算との同時算定は不可です。

* 入院または入所期間中1回を限度に算定します。

退院・退所加算(Ⅲ) 9,945円(900単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

退院・退所時におけるケアプランの作成の手間を明確にするとともに、医療

機関や施設等との連携に応じた場合。

(連携回数3回 退院・退所時カンファレンスに参加)

* 初回加算との同時算定は不可です。

* 入院または入所期間中1回を限度に算定します。

緊急時等カンファレンス加算 2,210円(200単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

* 1ヶ月に2回を限度に算定することが可能。

ターミナルケアマネジメント加算

4,420円(400単位/回×3級地11.05)

[算定要件]

・終末期に在宅で死亡した場合(在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)。

・24時間連絡が取れる体制を確保し、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備している場合。

・利用者または家族の同意を得た上で、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治の医師等の助言医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービスの変更の必要性等の把握、利用者への支援実施した場合。

・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等およびケアプランに位置付けたサービス事業者へ提供した場合。

運営基準減算 所定単位数の50/100に相当する単位数

[算定要件]

指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合。

特定事業所集中減算 2,210円(200単位/月×3級地11.05)

[算定要件]

訪問介護、通所介護(地域密着型通所介護を含む)、福祉用具貸与を位置付けた計画数において、各法人の計画数の占める割合が80%を超える場合。

業務継続計画未策定減算 所定単位数の1/100に相当する単位数を減算

[算定要件]

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合。

高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の1/100に相当する単位数を減算

[算定要件]

虐待の発生又はその再発を防止するための措置(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、担当者を定めること)が講じられていない場合。

(2)交通費および解約料金

解約料金:徴収いたしません。

提供範囲内地域:徴収いたしません。

提供範囲外地域:1kmにつき30円徴収とします。

(3)利用料の支払い方法

自己負担の料金が発生する場合は、原則としてその都度、現金集金で行います。

5. サービスの利用方法

・ サービスの利用開始

① サービスの申し込み

まずは、お電話等でお申し込み下さい。介護支援専門員が訪問いたします。

② 介護支援専門員が、居宅介護支援事業の契約を締結していただきます。

・ サービスの利用終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

口頭もしくは文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、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、終了1ヶ月前までに口頭もしくは文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、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・特定施設等に入所した場合

・ 要介護状態区分が、要支援状態区分や非該当(自立)に認定された場合。

・ お亡くなりになった場合。

④ その他

利用者及びその家族が事業所及び介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、口頭もしく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ございます。

6. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

LIC居宅介護支援事業所は、「皆さんが長年積み重ねてきた人生を厳粛に受けとめ、これまでの生き方を踏まえて自らが未来をみつめていくための羅針盤となる」という理念のもと、居宅介護支援サービスの提供に努めます。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

居宅サービス計画書(ケアプラン)の作成に関しては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準において示されている手法に準じた課題分析標準項目に沿った個別の手法を用います。

(3) サービス利用のために

・ 介護支援専門員の変更 変更を希望される方はお申し出下さい。

・ 課題把握(アセスメント) 課題分析標準項目に沿った当事業所方式。

・ 介護支援専門員への研修 定期的に研修に参加しています。

7. サービス内容に関する苦情

LIC居宅介護支援事業所は、利用者からの相談・苦情等に対する窓口を設置し、自ら提供した居宅介護支援又は居宅サービス計画に位置づけた指定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。

LIC居宅介護支援事業所の苦情・要望等サービス相談窓口

電話:042-302-3457

担当:末武

[苦情相談手順]

① 苦情受付

② 担当者に連絡(受け付けが担当者の場合、次に進む)

③ 担当者より上長に報告(状況により社長に報告)

④ 担当者、上長で謝罪及び状況の確認(状況により社長同行)

⑤ 保険者に連絡

⑥ 担当者、上長で対応策の検討

⑦ 苦情相談シート作成

- ⑧ 社長に対応策の報告
- ⑨ 社長が対応策の承認
- ⑩ 担当者より先方に対応策の報告(状況により上長、社長同行)
- ⑪ 社内に周知
- ⑫ 対応策実施
- ⑬ 状況把握
- ⑭ 保険者に報告

* LIC居宅介護支援事業所以外にも、区市町村の相談・苦情窓口がございます。

区市町村名:府中市役所 福祉保健部介護保険課
担 当:介護保険制度担当
電 話: 042 — 335— 4030

国 保 連:東京都国民健康保険団体連合会
担 当:介護福祉部 介護相談指導課 介護相談窓口担当係
電 話:03—6238—0177

8. 事故発生時の対応

- ① LIC居宅介護支援事業所は、利用者に対する居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には速やかに区市町村・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 LIC居宅介護支援事業所は、利用者に対する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には損害に対し賠償をいたします。

9. 第三者による評価の実施状況等

当事業所の第三者による評価の実施状況等は次のとおりです。

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

10. 弊社の概要

法人種別・名称 株式会社 シンクハピネス
代表者役職・氏名 代表取締役 糟谷 明 範
本社所在地 東京都府中市清水が丘3-29-5
トラットリアK&M101
電話番号 042-302-2006

弊社における主たる事業

- ・居宅介護支援事業 LIC居宅介護支援事業所
(事業所番号 東京都1373803681)
- ・訪問看護事業 LIC訪問看護リハビリステーション
(事業所番号 東京都1363890144)
- ・地域創生事業 the town stand FLAT
(コミュニティカフェ)

- ◆ 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いたしました。

説明日：令和 年 月 日

事業者

事業者名：株式会社 シンクハピネス
事業所名：LIC居宅介護支援事業所
所在地：東京都府中市清水が丘3-29-5
トラットリアK&M101

指定番号：東京都 1373803681

代表者：糟谷明範 (印)

説明者：末武聖士 (印)

- ◆ 私は、契約書および本書面により、事業所から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

氏名：_____ (印)

住所：(〒183-)

利用者家族代表者

氏名：_____ (続柄) (印)

住所：(〒_____)

代理人(代理人を選定した場合)

氏名：_____ (続柄) (印)

住所：(〒_____)