

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	浅間台地域ケアプラザ
所在地	横浜市西区浅間台6番地
事業者指定番号	神奈川県 1470300052 号
管理者・連絡先	高田 美佐子 TEL 045-311-7200
サービス提供地域	横浜市西区 全 域 保土ヶ谷区 鎌谷町・宮田町・岡沢町・峰岡町・天王町・西久保町 神奈川区 三ツ沢西町・三ツ沢南町・三ツ沢東町・沢渡・松ヶ丘 高島台・台町・鶴屋町
併設サービス	地域密着型通所介護、横浜市通所介護相当サービス 介護予防支援（地域包括支援センター）

2 事業所の職員体制

職 種	従事するサービス内容等	人 員
管 理 者	管理者は、業務の管理を一元的に行います。	1 名（常勤専従）
介護支援専門員	介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応ずるとともに、居宅サービス計画の作成を行います。 また課題の分析を行い、必要に応じて利用者への説明を行います。	3 名（常勤専従）

3 業務日及び業務時間

業 務 日	業 務 時 間
月曜日から日曜日までの毎日（ローテーション勤務による） ただし、12月29日から1月3日までを除く（休館日の為）	午前9時から午後5時まで

4 サービス内容

- (1) 居宅サービス計画の作成
- (2) サービス事業者との連絡調整
- (3) 居宅介護サービス計画の実施状況の把握
- (4) 市町村への連絡・調整等
- (5) 介護保険施設の紹介その他便宜の供与

5 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 要介護認定を受けられた方は、法廷代理受領サービスから全額給付されるため、ご利用者 負担はありません。

【居宅介護支援費】

●居宅介護支援費（Ⅰ） 取扱件数45件未満

要介護1又は要介護2	12,076円/月
要介護3、要介護4又は要介護5	15,690円/月

●居宅介護支援費（Ⅱ） 取扱件数50未満
（ケアプランデータ連携システム＋事務職員）

要介護1又は要介護2	12,076円/月
要介護3、要介護4又は要介護5	15,690円/月

*当事業所では居宅介護支援費（Ⅰ）での利用となります。

【加算】

初回加算	3,336円/月
------	----------

初回加算：適切かつ質の高いケアマネジメントを実施するため、新規に居宅介護支援ならびに要介護状態区分が2段階以上変更になった利用者に対し居宅介護支援を行なった場合。

特定事業所加算（Ⅰ）	5,771円/月	常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置 算定要件①から⑩を満たしている
特定事業所加算（Ⅱ）	4,681円/月	常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置 算定要件①から⑩を満たしている
特定事業所加算（Ⅲ）	3,591円/月	常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置 常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置 算定要件①から⑩を満たしている
特定事業所加算（A）	1,267円/月	常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置 常勤専従の介護支援専門員を1名以上配置 非常勤の介護支援専門員を1名以上配置 算定要件①から⑩を満たしている

※算定要件

- ①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る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。（概ね週1回以上）
- ②24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ③計画的な研修の実施と記録5年保存。
- ④特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑤介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が44件未満であること。
- ⑥法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の確保。
- ⑦高齢者以外の支援に関する知識（ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病疾患等）の事例検討会、研修会等に参加
- ⑧地域包括支援センターから支援困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供。
- ⑨他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等を実施すること。
- ⑩必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。
- ⑪算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3から要介護5である者の割合が40%以上。

特定事業所医療介護連携加算	1,390円/月
---------------	----------

※算定要件

- ・特定事業所加算（Ⅰ）から（Ⅲ）を算定していること。
- ・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・退所加算の算定にかかる病院等との連携の回数（情報提供を受けた回数）の合計が35回以上。
- ・前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること。

入院時情報連携加算（Ⅰ）	2, 7 8 0 円／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	2, 2 2 4 円／月

※算定要件

【入院時情報連携加算（Ⅰ）】

利用者が入院後 3 日以内に介護支援専門員が病院に情報提供を行った場合。

【入院時情報連携加算（Ⅱ）】

利用者が入院後 4 日以上 7 日以内に介護支援専門員が病院に情報提供を行った場合。

※ご入院された際は、病院へ事業所とケアマネジャーの名前をお伝え下さい。

通院時情報連携加算	5 5 6 円／月
-----------	-----------

※算定要件

- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師から必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合。

退院・退所加算（Ⅰ）連携 1 回	（イ）カンファレンスなし	5, 0 0 4 円／月
	（ロ）カンファレンスあり	6, 6 7 2 円／月
退院・退所加算（Ⅱ）連携 2 回	（イ）カンファレンスなし	6, 6 7 2 円／月
	（ロ）カンファレンスあり	8, 3 4 0 円／月
退院・退所加算（Ⅲ）連携 1 回	カンファレンスあり	1 0, 0 0 8 円／月

※算定要件

- ・退院又は退所の際に、病院等の職員とカンファレンスや面談を行い、利用者に関する必要な情報を得て退院調整や居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合。医療機関との連携回数に応じて算定する。

緊急時等居宅カンファレンス加算	2, 2 2 4 円／回
-----------------	--------------

※算定要件（月 2 回まで）

- ・病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行う。

ターミナルケアマネジメント加算	4, 4 4 8 円／回
-----------------	--------------

※算定要件（末期の悪性腫瘍に限定せず、医師が回復の見込みがないと判断した場合であって、在宅で死亡した利用者）

- ① 24 時間連絡がとれる体制を確保し、かつ必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備。
- ② 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上在宅を訪問し、主治医等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施。
- ③ 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、主治医等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者への提供など。

介護職員等処遇改善加算	2. 1 % / 月
-------------	------------

※算定要件

以下の①または②に掲げる要件のいずれかを満たすこと

- ① ケアプランデータ連携システムを利用していること（申請時点で令和 9 年 3 月末までにシステムを利用することを誓約した場合も含む）
 - ② 処遇改善加算Ⅳの取得に準ずる要件
- (2) 介護支援専門員が、通常のサービス実施地域を越える地域に訪問・出張する必要がある場合は、通常の事業の実施地域を超えた所から公共交通機関を利用した実費を徴収致します。
なお、自動車を利用した場合の交通費は、通常の実施地域を超えた所から、片道 1 キロメートル 20 円と致します。
- (3) 利用者は、この居宅介護支援にかかる訪問調査、居宅サービス計画の作成等のサービス提供を、1 週間以上の予告期間をもって解約できます。その際のキャンセル料等については必要ありません。

6 当事業所における運営方針

当事業所におけるサービス提供方針は次のとおりです。

- (1) 居宅サービス計画の作成にあたっては、利用者の意思を尊重し、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標とします。
また、計画の作成にあたっては、原則として、相談を受け付けてから7日以内に利用者宅を訪問の上、状況調査を行います。
- (2) 適正な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように、常に利用者の立場に立ち、提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないように、公正中立に居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者との連絡調整を行います。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービス、ボランティア団体等との緊密な連携を図り、総合的なサービス提供の調整に努め、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、又は要介護状態になることの予防に資するように十分配慮いたします。
- (4) 事業所は、介護支援専門員等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務態勢を整備します。

ア 採用時研修	採用後6か月以内
イ 定期研修	年3回
- (5) 介護支援専門員一人当たりの標準担当件数は要介護換算にて4.4件までとし、より質の高いケアマネジメント業務ができるよう努めていきます。
- (6) 介護支援専門員に対し、利用者は複数の居宅サービス事業所の紹介を求めることができます。
また、介護支援専門員に当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。

7 秘密保持

事業所及び介護支援専門員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また当該事業所の職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持していきます。ただし、居宅サービス計画を作成するにあたり、サービス事業者に開示しなければならない情報については、事前に利用者又はその家族から、文書で同意を得るものとします。

8 事故発生時の対応

利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。又、状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。

9 損害賠償

事業者は、居宅介護支援の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。但し、事業者の責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。事業者は、利用者の故意又は重大な過失により損害を受けた場合は、その損害賠償を請求することができます。

10 虐待防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じる。

- 一 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。
- 二 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 三 事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
- 四 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

11 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

12 相談窓口、苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

窓 口	浅間台地域ケアプラザ
所 在 地	横浜市西区浅間台 6
電 話 番 号	0 4 5 - 3 1 1 - 7 2 0 0
F A X 番 号	0 4 5 - 3 1 1 - 8 3 5 7
担 当 者	高田 美佐子・山中 未来・鈴木 正美・加地 和子
そ の 他	相談・苦情については、担当者・管理者及び介護支援専門員が対応します。不在の場合でも、応対した者が必ず『苦情相談記録表』を作成し、担当者・管理者及び介護支援専門員に引き継ぎます。

窓 口	横浜市 はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター）
所 在 地	横浜市中区本町 6 丁目 50 番の 1 0
電 話 番 号	0 4 5 - 2 6 3 - 8 0 8 4
F A X	0 4 5 - 5 5 0 - 3 6 1 5

窓 口	西区（高齢・障害支援課）
所 在 地	横浜市西区中央 1 - 5 - 1 0
電 話 番 号	0 4 5 - 3 2 0 - 8 4 9 1

窓 口	保土ヶ谷区（高齢・障害支援課）
所 在 地	保土ヶ谷区川辺町 2 - 9
電 話 番 号	0 4 5 - 3 3 4 - 6 3 9 4

窓 口	神奈川区（高齢・障害支援課）
所 在 地	横浜市神奈川区広台太田町 3 - 8
電 話 番 号	0 4 5 - 4 1 1 - 7 0 1 9

窓 口	国民健康保険団体連合会
所 在 地	横浜市西区楠町 2 7 - 1
電 話 番 号	0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7

13 運営法人の概要

名 称	社会福祉法人 ハマノ愛生会
代 表 者 名	理事長 濱野 聡
法人本部所在地・連絡先	横浜市西区浅間台 6 番地 0 4 5 - 3 1 1 - 3 7 2 0
実施事業の概要	ハマノ愛生園（養護老人ホーム） ハマノ愛生園（特別養護老人ホーム） 戸部ハマノ愛生園（特別養護老人ホーム） 浅間台地域ケアプラザ 横浜市宮崎地域ケアプラザ
事 業 所 数	5 か所

【説明確認欄】

サービス契約の締結にあたり、重要事項について文書を交付し、説明しました。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 横浜市西区浅間台6番地
名 称 浅間台地域ケアプラザ
説明者 印

私は重要事項について説明を受け、同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

(利用者) 住所
名前 印
電話

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所
名前 印 続柄()
電話

立会人 住所
名前 印
電話

(注) 「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は契約上の法的な義務等を負うものではありません。