

居宅介護支援重要事項説明書

【令和 7 年 4 月 1 日現在】

1. 居宅支援 オークスの概要

名称	居宅支援オークス
所在地	東京都福生市福生 2 3 4 8 - 6
地域区分	5 級地（単位数単価 1 0 . 7 0）
連絡先	0 4 2 - 5 5 3 - 6 6 0 6 0 4 2 - 5 1 1 - 6 3 0 9
指定番号	居宅介護支援（東京都指定 1 3 7 4 4 0 0 5 9 4）
提供地域	福生市・羽村市

2. 弊社の概要

法人種別・名称	有限会社 オークスプランニング
代表者役職・氏名	代表取締役 橋爪 賢治
本社所在地	東京都福生市福生 2 3 4 8 - 6
電話番号	0 4 2 - 5 5 3 - 6 6 0 6
弊社における主たる事業	
居宅介護支援事業等	居宅支援オークス 事業所番号 東京都 1 3 7 4 4 0 0 5 9 4
訪問介護事業および 第一号訪問型サービス	オークスヘルパーステーション 事業所番号 東京都 1 3 7 4 4 0 0 4 3 8
通所介護事業	デイサービス おーくす 事業所番号 東京都 1 3 9 4 4 0 0 0 6 1
障害者総合支援法による 障害者福祉サービス （身体、知的、精神障害者、障害児、 重度障害者、重度障害児）	相談支援センターオークス 事業所番号 障害者 東京都 1 3 4 4 1 0 0 3 8 3 障害児 東京都 1 3 7 4 4 0 0 1 3 1
介護タクシーサービス	介護タクシーオークス 運輸局認可 関自旅二第 2 2 7 号

3. 事業所の職員体制

管理者	常勤	1 名
介護支援専門員	常勤	2 名
	常勤兼務	1 名

4. 通常営業時間

受付時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
休業日	土・日・国民の祝日・年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）

5. 居宅支援 オークスが提供するサービス（居宅介護支援）についての相談窓口

TEL：042-553-6606 （状況に応じて 24 時間連絡可能）

FAX：042-539-4106

* ご不明な点は、何でもお尋ねください。

6. 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ます。

⑥ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、各サービス（訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与）の利用割合及び前 6 ヶ月間に作成したケアプランにおける同一事業所によって提供されたものの割合について、口頭での説明を懇切丁寧に行い利用者から同意、署名を受けます。各サービスの利用状況は別紙の通りです。

⑦ 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. 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ので後日各役所の介護保険の介護保険窓口にご相談してください。

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 11,620 円 (1086 単位×5 級地 10.70)

要介護 3・4・5 15,097 円 (1411 単位×5 級地 10.70)

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 60 件未満]

※40 件以上 60 件未満の部分のみ適用]

要介護 1・2 5,280 円 (544 単位×5 級地 10.70)

要介護 3・4・5 7,532 円 (704 単位×5 級地 10.70)

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 60 件以上]

※40 件以上の部分のみ適用

要介護 1・2 3,488 円 (326 単位×5 級地 10.70)

要介護 3・4・5 4,515 円 (422 単位×5 級地 10.70)

(2) 加算料金

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] 3,210 円 (300 単位/月×5 級地 10.70)

* 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 10.70 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策定した場合

* 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

② 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。

入院時情報連携加算 (I) 2,675 円 (250 単位/月×5 級地 10.70)

[算定要件]

入院後当日中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) 2,140 円 (200 単位/月×5 級地 10.70)

[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。また、3 日目が営業日でない場合にはその翌日の情報提供可)

* 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 4,815円（450単位/回×5級地10.70）

〔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 6,420円（600単位/回×5級地10.70）

〔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 6,420円（600単位/回×5級地10.70）

〔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 8,025円（750単位/回×5級地10.70）

〔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） 9,630円（900単位/回×5級地10.70）

〔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。

通院時情報連携加算 535円（50単位/月×5級地10.70）

〔算定要件〕

利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の必要な情
報提供を行い、医師または歯科医師等から必要な情報提供を受け居宅サ
ービス計画に記録した場合。

* 1月に1回の算定を限度にします。

通院時情報連携加算 535円（50単位/月×5級地10.70）

〔算定要件〕

利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の必要な情報提供を行い、医師または歯科医師等から必要な情報提供を受け居宅サービス計画に記録した場合。

* 1月に1回の算定を限度にします。

緊急時等カンファレンス加算

2,140円（200単位/回×5級地10.70）

〔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

4,280円（400単位/回×5級地10.70）

〔算定要件〕

・終末期の医師やケアの方針に該当し、在宅において死亡した場合（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。

（3）居宅介護支援費の減算

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〕

利用者や家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について下記の説明を行わなかった場合を追加する。

・複数の事業所の紹介を求めることが可能であること。

・当該事業所を位置付けた理由を求めることが可能であること。

特定事業所集中減算 2,140円（200単位/月×5級地10.70）

〔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。

業務継続計画未実施減算 所定単位数の1/100に相当する単位数

〔算定要件〕

以下の基準に適合していない場合

・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提

- 供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定する
- ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる

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

〔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

身体拘束廃止未実施減算 所定単位数の1／100に相当する単位数

〔算定要件〕 以下の基準に適合していない場合

- ・身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、入所者の心身の状況並びに緊急でやむを得ない理由を記録
- ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、介護職員その他従業員に周知徹底
- ・身体拘束等の適正化のための指針を整備
- ・介護職員その他の従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施

（４）交通費および解約料金

徴収いたしません。

（５）利用料の支払い方法

法定代理受領により当事業所の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合は自己負担はございません。

8. 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させていただきます。

・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

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所をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、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（含：サービス付き高齢者向け住宅）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、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。

9. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

お客様の意思や人格を最大限に尊重し「利用者本位」を運営の基本とし中立公正な支援をいたします。運営に際しては福祉・医療・保健等との連携を密にとり自立支援を基本にお客様へ質の高い支援を図ってまいります。

(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。

10. 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し年1回以上研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

11. ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します。
- (2) 利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

12. 質の高いマネジメントの提供

ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から、以下について利用者に説明を行います。

- ① 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割合
- ② 前6か月間に作成したケアプランに位置付けた訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護福祉用具貸与の各サービスごとの提供回数のうち、同一事業所によって提供されたものの割合

13. 事故発生時対応

- ① 居宅支援 オークスは、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 居宅支援 オークスは、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。

1 4. 第三者評価の実施無し

1 5. 個人情報の取扱いについて

利用者及び家族の情報については次の記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することとし、同意を得ない限り用いません。

(1) 使用目的

介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に使用します。

(2) 使用にあたっての条件

① 個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で最小限とどめ、情報提供の際には関係者以外に漏れる事のないよう細心の注意を払うこととします。

② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておきます。

(3) 個人情報の内容

① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、サービス等を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

② 認定調査票(各調査項目及び特記事項)、主治医意見書、介護認定審査会おける判定結果の意見

③ その他の情報

(4) 使用する期間

契約締結日から契約終了日までとします。

1 6. 秘密保持

(1) 事業所、介護支援専門員及び事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密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も同様です。

(2) 事業所は、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために個人情報をサービス担当者会議等で用います。

17. サービス内容に関する苦情

居宅支援 オークスは、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。

(1) 居宅支援 オークスの苦情・要望等サービス相談窓口

事業所相談窓口	責任者：橋爪 賢治
連絡先	042-511-6309
受付時間	月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

(2) 居宅支援オークス以外にも区市町村の相談・窓口がございます

苦 情 受 付 機 関	福生市役所 介護福祉課 担当：介護保険 苦情相談窓口	042-551-1764
	羽村市役所 高齢福祉介護課 担当：介護保険 苦情相談	042-555-1111 内線 142
	青梅市役所 介護保険課 担当：介護保険 苦情相談	0428-22-1111 内線 2124・2125
	昭島市役所 介護福祉課 担当：介護保険 苦情相談	042-544-5111 内線 2146・2147
	東京都国民健康保険団体連合会 担当：介護保険部 相談指導課	03-6238-0177 (苦情相談窓口専用)

- ◆ 居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

事業 者

事業者名： 有 限 会 社 オークスプランニング
事業所名： 居宅支援 オークス
所 在 地： 東京都福生市福生2348-6
指定番号： 東京都 1374400594

代 表 者： 橋爪 賢治 ⑩

説 明 者・担当介護支援専門員：

- ◆ 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て同意します。

利 用 者

氏 名： _____ ⑩

住 所：(〒 _____) _____

利用者家族代表者

氏 名： _____ (続柄 _____) ⑩

住 所：(〒 _____) _____

代 理 人（代理人を選定した場合）

氏 名： _____ (続柄 _____) ⑩

住 所：(〒 _____) _____

