

居宅介護支援重要事項説明書

（ 令和 7 年 4 月 1 日現在）

1. 当事業所の内容

① 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	福西会ケアプランセンター
所在地	〒814-0171 福岡市早良区野芥 1-2-36
連絡先	Tel 092-865-2441 Fax 092-865-2444
介護保険指定番号	4071400115
サービスを提供する地域	主に早良区、城南区、西区、その他相談に応じます ただし早良区旧脇山村（脇山 1・2 丁目、大字脇山、大字小笠木、大字椎原、及び大字板屋）西区離島を除く

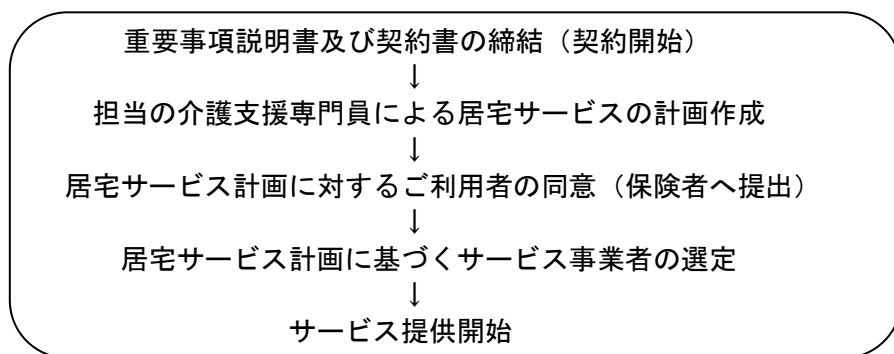
② 同事業所の職員体制

	資 格	勤務体制	計
管理者	看護師 主任介護支援専門員	常勤兼務	1 名
	主任介護支援専門員	常勤	1 名
	介護支援専門員	常勤	6 名

③ 営業日および営業時間

営業日	月曜～金曜 土曜日	8 時 30 分～17 時 8 時 30 分～12 時 30 分
1 休業日	日曜日、国民の祝日 12 月 30 日～1 月 3 日の間	
緊急連絡先	転送電話により、24 時間常時電話対応しております。 TEL 092-865-2441	

2. 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



3. 利用料金

① 利用料

要介護又は要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されますので自己負担はありません。

※保険料の滞納等により、法令代理受領ができない場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

このサービス証明書をお住まいの市町村窓口（福岡市では各区役所）に提出されますと、全額払い戻しを受けられます。

* 居宅介護支援費

要介護 1, 2	¥11,620 円/月
要介護 3, 4, 5	¥15,097 円/月

* 初回加算 300 単位/月

新規に居宅サービス計画を作成した場合、若しくは要介護度認定区分の2段階以上の変更認定を受けた場合に加算されます。

* 特定事業所加算（Ⅱ） 421 単位/月

厚生労働大臣が定めるそれぞれの基準の内容を満たしている場合に算定されます。

* 入院時情報連携加算（Ⅰ） 250 単位/月

介護支援専門員が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合に加算されます。

* 入院時情報連携加算（Ⅱ） 200 単位/月

介護支援専門員が病院又は診療所に入院した日の翌日または翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合に加算されます。

* 通院時情報連携加算 50 単位/月

介護支援専門員が医師の診察に同席し、医師等と情報交換を行い、居宅サービス計画に記録した場合に加算されます。

* 退院・退所加算（Ⅰ） 450 単位（1回目） 600 単位（2回目）

退院又は退所に当たって、病院または施設の職員と面談を行い、ご利用者様に関する必要な情報の提供を頂いたりその他の連携を行った場合に加算されます。入院入所期間中に話し合いがない場合、2回まで算定することを可能とします。

* 退院・退所加算（Ⅱ） 600 単位（1回目） 750 単位（2回目） 900 単位（3回目）

退院又は退所に当たって、病院または施設の職員と面談を行い、ご利用者様に関する必要な情報の提供を頂いたりその他の連携を行った場合に加算されます。入院入所期間中に主治医が参加して話し合いを行う事で、3回まで算定することを可能とします。

* ターミナルケアマネジメント加算 400 単位/月

末期の悪性腫瘍であって在宅で亡くなられた利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で亡くなられた場合を含む）に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治医の助言を得つつ利用者の支援を実施し、主治医や各事業者へ情報提供等を行った場合に算定できます。

* 緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位/回

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、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合、1月に2回を限度として算定できます。

* 中山間地域等加算 5%加算/月

旧脇山村（早良区脇山1・2丁目、大字脇山、大字小笠木、大字椎原及び大字板屋）に居住する方は、福岡県が定める加算該当地域となります。

② 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は、**無料**です。

4. 当事業所の居宅介護支援の特徴とサービス内容

① 運営方針

- ① 要介護者等の方が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むよう支援いたします。
- ② 要介護者等の方の心身の状況、その置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう努めるものとします。
- ③ 居宅サービス計画の作成にあたっては、提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業所に偏する事がないよう、居宅サービス計画書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事が可能です。また併せてその当該事業所を居宅サービス計画書に位置付けた理由を求める事も可能です。

② サービス内容

- ① 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- ② 要介護認定の申請代行
- ③ 保険者からの委託による要介護認定調査
- ④ 給付管理票の作成
- ⑤ 介護保険施設の紹介と便宜

③ サービス利用のために

事 項	備 考
介護支援専門員	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題把握）の方法	全国社会福祉協議会 在宅版
相談受付場所	ご利用者の居宅又はご利用者の指定される場所 （お電話等でご相談に応じます）
サービス担当 調整会議の開催	ご利用者の方に提供する居宅サービス事業者の担当者と会議を行います。 可能な限りご利用者の参加をお願いいたします
入院をする必要が生じた場合	ご利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院・診療所に伝えます

- ④ 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

5. サービス内容に関する苦情

① ご利用者の相談・苦情担当

当居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについて承ります。

事業所名	福西会ケアプランセンター
住所	福岡市早良区野芥 1-2-36
電話番号	092-865-2441
管理者	原田 裕美

② その他

当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

（城南区）福祉介護保険課 092-833-4105

（早良区）福祉介護保険課 092-833-4355

（西区）福祉介護保険課 092-895-7066

福岡県国民健康保険団体連合会（国保連） 092-642-7859

* 市外：各市町村窓口

6. 秘密保持

- ① 当事業所は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族さまの秘密を厳守いたします。また、その秘密が漏れることのないよう、管理を徹底いたします。
- ② 当事業所はサービス担当調整会議等において、ご利用者の方の個人情報を用いてサービス計画の作成を行います。このため、ご利用者またはご家族の方からのご同意をお願いいたします。

7. 事故発生時の対応

当事業所がご利用者に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合は速やかにご利用者またはご家族の方、市町村へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8. 經過觀察

サービス利用状況の経過、及びご本人様・ご家族様からのご相談や問題点などの相談対応できるように1回／月の自宅訪問を実施させて頂いております。訪問を行うことで、目標に合ったサービスが提供できることを目的としております。（訪問時には事前にご連絡いたしますのでご協力をお願いいたします。）

9. サービス利用に関する留意事項

利用者及び利用者の家族等の禁止行為

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く
- ② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を、言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
例：必要もなく手や腕を触る/抱きしめる/あからさまに性的な話をする

10. サービス契約の終了

事業所は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができます。

- ① 上記 9-①参照
- ② 上記 9-②参照
- ③ 利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力、又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ。又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生、又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

契約締結日 令和 年 月 日

居宅介護サービス計画作成担当者

が担当させていただきます。

居宅介護支援の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

〔事業者〕 所在地：福岡市早良区野芥1-2-36

事業者名：福西会ケアプランセンター

代表者： 理事長 山下 裕一

印

指定居宅番号：4071400115

説明者： _____ 印

私は本書面より事業者から居宅介護支援について重要事項説明を受け、了承いたしました。

[利用者]

住 所

氏 名 _____ 印 _____

[家 族]

住 所

氏 名 続柄 印

代理人(選任した場合)

住 所

氏 名 続柄 印