

居宅介護支援 重要事項説明書

令和8年3月1日現在

1 事業者（法人）の概要

事業所（法人）名	社会福祉法人 福寿会
所在地	奈良市秋篠町1567番地
連絡先	0742-45-9588
代表者名	理事長 秋吉 美由紀

2 居宅介護支援事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名	平城園在宅介護支援センター
所在地	奈良市秋篠町1567番地
連絡先	0742-45-9588
事業所番号	2970100430
管理者名	金子 昌弘

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	9:00-17:45

※日曜・祝日・年末年始（12/29～1/3）は休み

※上記営業時間の外、電話等により常時連絡が可能な体制をとっています

(3) 職員体制

従業者の職種	人数	常勤・非常勤	備考
主任介護支援専門員	3	常勤	うち1名管理者
介護支援専門員	1	常勤	

(4) サービスを提供する実施地域

サービスを提供する実施地域	奈良県：奈良市（東部地域を除く） 京都府：木津川市、相楽郡（笠置町、精華町）
---------------	---

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

3 事業の目的及び運営の方針

事業目的 運営方針	要介護状態にある方に対し、適正な居宅介護支援を提供することにより、要介護状態の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。 また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
--------------	--

4 居宅介護支援の内容

居宅介護支援では、自宅で生活する利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を考慮し、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行います。また、必要に応じて介護施設等の紹介も行います。

ケアマネジャーが行う、居宅介護支援の具体的な内容等は、以下のとおりです。

(1) 居宅介護支援の内容

アセスメント	利用者宅を訪問し、利用者の心身の状況や生活環境などを把握し、課題を分析します。
サービス調整	アセスメントの結果を踏まえ、利用する介護サービス事業者等へ連絡調整を行います。
ケアプラン作成	介護サービス等を利用するためのケアプランを作成します。
サービス担当者会議	介護サービス事業者等が集まり、ケアプランの内容等について話し合います。
モニタリング	少なくとも1月に1回は利用者と面接を行い、利用者の心身の状態やケアプランの利用状況等について確認します。
給付管理	ケアプラン作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。
要介護認定の申請に係る援助	利用者の要介護認定の更新申請や状態変化に伴う区分変更申請を円滑に行えるよう援助します。利用者が希望する場合、要介護認定の申請を代行します。
介護保険施設等の紹介	利用者が自宅での生活が困難になった場合や利用者が介護保険施設等の入所を希望した場合、利用者に介護保険施設等に関する情報を提供します。

(2) テレビ電話装置等を活用したモニタリングの実施

テレビ電話装置等を活用したモニタリングの実施方法及びメリット、デメリットは以下のとおりです。

同意欄	説明
<input type="checkbox"/>	以下①～⑦について理解したうえで同意します。
①	利用者の状態が安定していることを前提として実施します。
②	実施にあたっては、主治医及びサービス事業者等の合意を得ます。
③	2月に1回は利用者の居宅を訪問して面接を行います。
④	移動が不要であるため、ケアマネジャーとの日程調整が容易になります。
⑤	訪問者を自宅に迎え入れないため、利用者の心理的負担が軽減されます。
⑥	感染症が流行している状況でも、非接触での面接が可能になります。
⑦	利用者の健康状態や住環境等については、画面越しでは確認が難しいことから、サービス事業所の担当者から情報提供を受けます。

(3) 居宅介護支援の業務範囲外の内容

ケアマネジャーは、ケアプランの作成やサービスの調整等を行いますが、下記に示すような内容は業務範囲外となります。これらのご要望に対しては、必要に応じて他の専門職等を紹介いたします。

居宅介護支援の業務範囲外の内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車への同乗 ● 入退院時の手続きや生活用品調達等の支援 ● 家事の代行業務 ● 直接の身体介護 ● 金銭管理
-----------------	--

5 利用料金

要介護または要支援の認定を受けた方は、介護保険からの全額給付により自己負担は発生しません。ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができない場合、1ヶ月につき要介護度に応じた下記の金額をいただき、事業所からサービス提供証明書を発行します。後日、サービス提供証明書を保険者の窓口へ提出すると、全額が払い戻されます。

(1) 居宅介護支援費 (I) (地域区分 1単位 : 10.42円)

取扱い件数区分	料金(単位数)	
	要介護1・2	要介護3～5
居宅介護支援(i)	11,316円/月 (1,086単位)	14,702円/月 (1,411単位)

(2) その他

交 通 費	サービスを提供する実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、ケアマネジャーがお訪ねするための交通費として、1kmあたり100円が必要です。
駐 車 料 金	ご訪問時に駐車場に止める必要がある場合、駐車場代金の実費が必要です。
解 約 料	解約料は一切かかりません。

6 相談・苦情の窓口

居宅介護支援に関する相談、苦情等は担当介護支援専門員（ケアマネジャー）又は下記窓口までご連絡ください。

(1) 事業所の相談窓口

相談・苦情の担当者	管理者 金子 昌弘
連絡先	0742-45-9588

(2) その他の相談窓口

奈良市介護福祉課	0742-34-5422
奈良県国民健康保険団体連合会	フリーダイヤル0120-21-6899 又は(0744)29-8319

7 秘密保持

事業者が得た利用者やその家族の個人情報は、介護サービスの提供以外の目的では原則として使用しません。サービス担当者会議などで利用者やその家族の個人情報を使用する場合は、利用者およびその家族の同意を事前に文書で得ることとします。

8 事故発生時の対応

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定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は、損害賠償を速やかに行います。

9 医療との連携

居宅介護支援事業所と入院先医療機関との連携がスムーズに図れるよう、利用者が入院した場合には、担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先を入院先の医療機関にお伝えください(お渡しした名刺等をご提示ください)。

訪問介護事業所等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ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャー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。

10 公正中立なケアマネジメントの確保

複数事業所の説明等	利用者は、ケアプランに位置付ける介護サービス事業所等について、複数の事業所の紹介や、その選定理由について事業者に求めることができます。
前6カ月間のケアプランにおける訪問介護等の利用割合	事業所が前6ヶ月に間に作成したケアプランにおける「訪問介護」「通所介護」「地域密着通所介護」「福祉用具貸与」の利用割合等を別途資料にて説明しました。

1 1 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施
- (4) 専任担当者の配置

虐待防止に関する担当者	管理者	金子 昌弘
-------------	-----	-------

1 2 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

1 3 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修及び訓練の実施
- (4) 専任担当者の配置

感染症防止に関する担当者	管理者	金子 昌弘
--------------	-----	-------

1 4 身体的拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

1 5 緊急時の対応

利用者の体調急変等の緊急の場合に連絡を受けた時は、家族・かかりつけ医・病院等への連絡等の対応を行います。

1 6 重要事項説明書の説明日

重要事項説明書の説明日	
-------------	--

利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス利用及び重要事項の説明を行いました。

事業所名	
説明者氏名	

私は、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、その内容を同意しました。

利用者

氏名

(署名代行者)

私は利用者の意思を確認したうえ、署名を代行しました。

(利用者との続柄)

氏名

利用者代理人 (選任した場合)

氏名

(別途資料) 前 6 カ月間のケアプランにおける訪問介護等の利用割合等

事業所が前 6 ヶ月に間に作成したケアプランにおける「訪問介護」「通所介護」「地域密着通所介護」「福祉用具貸与」の利用割合等は下記のとおりです。

(1) 集計期間

集計期間	令和7年9月1日	から	令和8年2月28日	まで
------	----------	----	-----------	----

(2) 前 6 ヶ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

サービス種別	利用割合 (%)
訪問介護	50%
通所介護 (含む地域密着通所介護)	55%
福祉用具貸与	62%

(3) 前 6 ヶ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ごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

サービス利用	提供事業所名、割合 (%)					
訪問介護	社会福祉法人 福寿会	53%	ケアテラス 株式会社	18%	株式会社 ナカムラ	6%
通所介護 (含む地域密着型)	社会福祉法人 福寿会	39%	ポシブル医科学 株式会社	15%	パナソニックエイジフリー 株式会社	5%
福祉用具貸与	有限会社 エイジング	32%	株式会社 ヤマシタ	19%	株式会社 ケンモク	9%