

社会福祉法人 恵比寿会
フェローホームズ羽衣相談センター
居宅介護支援重要事項説明書
(令和6年7月1日現在)

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 042-523-5612 (午前9時00分から午後5時30分まで)

担当 介護支援専門員 氏名 ()

※ご不明な点は、どのようなことでもおたずねください。

2. フェローホームズ羽衣相談センターの概要

名 称	フェローホームズ羽衣相談センター
所在地	〒190-0021 東京都立川市羽衣町1丁目12番18号
介護保険指定番号	東京都指定 1373000072
サービス提供対象地域	立川市、国立市、国分寺市、昭島市

職員の体制

管理者	常勤1名(介護支援専門員兼務)
介護支援専門員	常勤3名以上(内1名管理者兼務)

3. 営業時間

午前9時00分～午後5時30分

※日曜と年末年始(12月は30日から1月3日)は休日とさせていただきます。

※緊急時等については、転送による24時間連絡対応をおこなっています。

4. 居宅介護支援利用料金

要介護認定を受けられた方は、事業者が提供するサービスについて、全額保険から支払われますので、利用者の自己負担はありません。

※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、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただくことがあります。

(1) 基本利用料金

①居宅介護支援費(I)

○居宅介護支援費(i) <1人当たり取り扱い件数の内45件未満の部分>

要介護1・2 11,772円/月

要介護3・4・5 15,295円/月

○居宅介護支援費(ii) <1人当たり取り扱い件数が45件以上において>

要介護1・2 5,896円/月

要介護3・4・5 7,631円/月

※45件以上60件未満の部分に適用

○居宅介護支援費(iii) <1人当たり取り扱い件数が40件以上において>

要介護1・2 3,533円/月

要介護3・4・5 4,574円/月

※60件以上の部分に適用

②居宅介護支援費(Ⅱ)

一定の情報通信機器(人工知能関連技術を活用したものを含む)の活用
又は事務職員の配置を行っている事業所

○居宅介護支援費(i) <1人当たり取り扱い件数が50件未満の部分>

要介護1・2 11,772円/月

要介護3・4・5 15,295円/月

○居宅介護支援費(ii) <1人当たり取り扱い件数が50件以上において>

要介護1・2 5,712円/月

要介護3・4・5 7,403円/月

※50件以上60件未満の部分に適用

○居宅介護支援費(iii) <一人当たり取り扱い件数が45件以上において>

要介護1・2 3,425円/月

要介護3・4・5 4,444円/月

※60件以上の部分に適用

(2) 加算・減算料金

①特定事業所加算(Ⅰ) 5,625円/月

以下の要件を満たした場合

ア. 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を2名以上配置した場合

イ. 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置した場合

ウ. 利用者情報やサービス提供に当たっての伝達等を目的とした定期的な会議を開催した場合

エ. 24時間連絡体制を確保し、かつ必要に応じた相談体制を確保した場合

オ. 算定日が属する月の総利用者数のうち、要介護3・4・5の利用者の割合が4割以上の場合

カ. 介護支援専門員に対する計画的な研修を実施した場合

キ. 地域包括支援センターからの支援困難事例に対して居宅介護支援を提供した場合

ク. 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、難病患

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、研修に参加している場合

ケ. 居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用がない場合

コ. 介護支援専門員一人当たり利用者数が45件未満又は、居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は50件未満

サ. 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力、又は、協力体制を確保している場合

シ. 他法人が運営する居宅支援事業者と共同の事例検討会・研究会等を実施した場合

ス. 必要に応じ、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を含む）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場合

②特定事業所加算（Ⅱ） 4, 563円／月

前記イ・ウ・エ・カ・キ・ク・ケ・コ・サ・シおよびスの基準を満たすとともに、常勤かつ専従の主任介護支援専門員を1名以上配置した場合。

③特定事業所加算（Ⅲ） 3, 501円／月

前記ウ・エ・カ・キ・ク・ケ・コ・サ・シおよびスの基準を満たすとともに、常勤かつ専従の主任介護支援専門員を1名以上配置し、常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置した場合。

④特定事業所加算（A） 1, 235円／月

前記ウ・エ・カ・キ・ク・ケ・コ・サ・シおよびスの基準を満たし、エ・カ・サ・シについては連携でも可能であり、常勤かつ専従の主任介護支援専門員1名以上配置し、常勤1名以上と非常勤（他事業所との兼務可）1名以上の介護支援専門員を配置した場合。

⑤特定事業所医療介護連携加算 1, 355円／月

特定事業所加算（Ⅰ）から（Ⅲ）を算定していることに加え、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・退所加算の算定に係る病院等との連携回数の合計が35回以上であり、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場合。

⑥初回加算 3, 252円／月

- ・ 新規に居宅サービス計画を策定した場合。
- ・ 要介護状態区分の2段階以上の変更認定での居宅サービス計画策定した場合。

⑦入院時情報連携加算（Ⅰ） 2, 710円／月

入院する利用者に関する情報を入院した日のうちに関係者に情報提供した場合。

※入院日以前の情報提供を含む。

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日も含む。

⑧入院時情報連携加算(Ⅱ) 2,168円/月

入院する利用者に関する情報を入院した日の翌日又は翌々日に関係者に情報提供した場合。

※営業時間終了後に入院した場合、入院日から起算して3日目に営業日でない場合はその翌日も含む。

⑨退院・退所加算

	カンファレンス参加 なし	カンファレンス参加 あり
連携1回	4,878円	6,504円
連携2回	6,504円	8,130円
連携3回		9,756円

退院・退所にあたって、当該病院・施設関係者と面談を行い、必要な情報提供を受けた上でサービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合。福祉用具貸与が見込まれる場合は、必要に応じ福祉用具専門員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

「連携3回」は、1回以上退院時カンファレンスに参加して、在宅での療養上必要な説明を行った上でサービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合。

⑩通院時情報連携加算 542円/月

通院時に同席し、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、医師等からも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。

⑪ターミナルケアマネジメント加算 4,336円/月

死亡日および死亡日前14日以内に2日以上在宅の訪問を行った場合。

⑫緊急時等居宅カンファレンス加算 2,168円/月

医師等の求めにより、医師等と一緒に居宅訪問してカンファレンスを行い必要な居宅サービス等の調整等を行いそれを記録している場合。月2回を限度とします。

⑬看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等についての居宅介護支援費算定

退院にむけて、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理の為に準備を行ったものの、サービス利用実績に繋がらなかった場合も基本報酬の算定を可能とします。

⑭同一建物減算

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについて、以下の場合所定単位数の95%を算定する。

- ・指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物または指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者

- ・指定居宅介護支援事業所における 1 か月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物（上記を除く。）に居住する利用者

⑤運営基準減算

- ＜減算要件に該当＞ 基本単位数の50%を算定
- ＜前記減算が2ヶ月以上継続した場合＞ 単位数は算定しない
 - ・サービス担当者会議の開催または、担当者への照会をしていない場合
 - ・居宅サービス計画を利用者または家族に説明し、文書により同意を得た上で、計画を利用者及び担当者に交付していない場合
 - ・特段の事情なく、1ヶ月に一度利用者宅を訪問し利用者に面接しない場合
 - ・モニタリング結果を記録していない状況が1ヶ月以上継続している場合
 - ・利用者が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ことが可能であること、またケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることの説明を行わない等、公正中立なケアマネジメントの確保がされなかった場合

⑥特定事業所集中減算 ▲2,168円/月

正当な理由なく、前6ヶ月間に作成された居宅サービス計画に位置づけられた訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与につき、同一の事業所の割合が80%を超えている場合。

(3) その他の費用

- ①通常のサービス提供地域を超えて行う指定居宅介護支援等に要した交通費は実費を徴収させていただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とします。

- ・実施地域を超え、片道5キロメートル未満 1往復につき 500円
- ・実施地域を超え、片道5キロメートル以上10キロメートル未満 1往復につき 1,000円

- ②前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に説明を行い、支払いに同意する旨の文書に署名押印を得た上で行います。

5. サービスの利用方法

- (1)まずは、電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

(2)サービスの終了

- ①利用者は、事業者に対して、文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。
- ②事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。この場合は、事業者は当該地域の他の介護支援専門員に関する情報を利用者に提供します。
- ③事業者は、利用者または代理人が事業者や介護支援専門員に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行なった場合および暴言・暴力・ハラスメント等著しい迷

惑行為があった場合には、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

④次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ・利用者が介護保険施設などに入所された場合
- ・利用者の要介護認定区分が、要支援および非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

6. サービス利用開始及び利用者状況の説明

サービス開始に当たっては、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するように求めること、居宅サービス計画原案に位置付けた事業者等の選定理由の説明を求めることができます。また、当事業所の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状況は別紙のとおりであることを説明させていただきます。

7. 当事業所の特徴等

(1) ガイドライン

<ケアマネジメント>

① 面接の場面では、利用者の生き方や思い、これからの希望に答えます。

- ・利用者に暖かい言葉で対応し、希望を把握する為にしっかりと耳を傾け、訴えを傾聴します。
- ・訴えることが難しい方へは、内に秘めた思いを引き出せるように関わります。
- ・利用者の希望をしっかりと把握する為に、話す機会を多く持ちます。
- ・利用者、家族の悩みを受け止め、専門的な視点で協力します。

② 計画作成の場面では、いつまでも住み慣れた地域で生活できるよう、利用者の自立を考えます。

- ・自立の観点のもと、利用者、家族の思いと専門的視点から最良のサービスを計画に反映します。
- ・計画に位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所紹介の求めに対応するとともに、計画に位置付けた理由の求めにも対応します。
- ・サービス担当者会議では、利用者や家族が発言しやすい雰囲気を作ると共に、参加者の思いが一つになるようにします。
- ・日々の振り返りを行い、その時その時にあった計画を作成します。
- ・日常を継続的に楽しむために、インフォーマルサービス等多種多彩なサービスも組み入れて考えます。

③ 連携の場面では、それぞれが利用者の為にサービスできるよう調整します。

- ・利用者の自立支援の観点でサービスの調整をします。
- ・個人情報には十分注意し、様々な情報を共有し、ケアに活かします。
- ・医療機関との連携促進のため、主治医等に対してケアプランを交付します。
また、モニタリング等の際にケアマネージャーが把握した利用者の口腔や服薬状況等の状態について、主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ・入院時における医療機関との連携を促進するため、担当ケアマネージャーの氏名及び連絡先等を入院先医療機関に提供していただくようお願いします。

＜地域活動＞

① 地域支援の場面では、地域が抱える様々な課題に対し、情報の収集検討を重ね、できる限り対応します。

- ・地域について知り、地域の課題を発見、共有し、地域の皆様とともに、社会福祉法人の特性を生かした社会活動を展開します。

(2) サービス利用のために

介護支援専門員の変更 ⇒ 変更を希望される場合はお申し出ください。

調査の方法 ⇒ 課題分析標準項目

8. 第三者による評価の実施状況

第三者評価の実施状況	①. あり	実施日	2023年12月21日
		評価機関名称	株式会社 クリップ
		評価結果の開示	①. あり（ホームページ） 2. なし
	2. なし		

9. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合には、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等は必要な措置を講じます。また、ご家族等への連絡も速やかに行います。

10. 事故発生時も対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族、保険者、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった措置について記録し、賠償すべき自己の場合には損害賠償を速やかに行います。

11. 個人情報の保護、秘密保持等

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持することを厳守します。

- 2 事業者は、従業者が退職した後も、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことの内容、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、関係機関、医療機関等に対して、利用者に関する情報を提供する場合にはあらかじめ文書により利用者及びその家族の同意を得ることとします。
- 4 事業者は、個人情報保護法に則し、個人情報を使用する場合、利用者及びその家族の個人情報の利用目的を公表します。
- 5 事業者は、個人情報の保護に係る規定を公表します。

12. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するために次の措置を講ずるものとします。

(1) 虐待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）を定期的に開催し、その結果について従業員の周知徹底を図ります。

(2) 虐待防止のための指針を整備します。

(3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

2 サービス提供中に、職員や養護者（ご家族等高齢者を現に用語する物）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市に通報します。

1 3. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時に、利用者にサービスの提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、業務策定計画に従い必要な措置を講じます。

2 事業所は職員に対し、業務継続計画の周知をするとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4. 衛生管理等

事業所内で感染症が発生した場合にまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 事業所内での感染症の予防及びまん延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）を概ね 6 か月に 1 回以上開催し、その結果を職員で周知徹底を図ります。

(2) 事業所での感染症予防及びまん延防止のための指針を整備します。

(3) 職員に対し、感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1 5. その他運営についての留意事項

職場内における性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等によるハラスメントの発生防止や発生時に必要な措置を講ずるとともに、利用者やその家族による職員に対する身体的暴力や精神的暴力、セクシャルハラスメントなど著しい迷惑行為が発生した場合には、速やかに必要な措置を講ずるものとします。

2 この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人恵比寿会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

1 6. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情受付担当

フェローホームズ羽衣相談センター

鈴木 明美

電話 042-523-5612

利用者や家族の皆様とともに、よりよいサービスを作っていきたいと考えておりますので、お気づきの点がありましたらご連絡ください。

【受付時間（土日祝祭日を除く）午前9時～午後5時】

（2）第三者委員（オンブズマン）

職員に言いにくい相談、職員の説明に納得できない場合「第三者委員」がお受けします。

中村 喜美子 委員 電話 042-525-0668

桑田 佐喜美 委員 電話 042-525-2814

（3）公的な苦情相談窓口

立川市介護保険課介護給付係 電話042-523-2111

【受付時間（土日祝祭日を除く）午前8時半～午後5時15分】

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話03-6238-0177

【受付時間（土日祝祭日を除く）午前9時～午後5時】

介護支援専門員によるサービス提供開始にあたり、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しました。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者 東京都指定 介護保険事業者番号
 1373000072

<住 所> 東京都立川市羽衣町 1 丁目 12 番 18 号

<事業者名> 社会福祉法人 恵比寿会
 フェローホームズ羽衣相談センター

<説 明 者>

氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援事業所についての重要事項の
説明を受けました。

利用者

<住 所>

<氏 名> _____ 印

家族

<住 所>

<氏 名> _____ (続柄) 印

代理人

<住 所>

<氏 名> _____ (続柄) 印

※ 本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始としま
す。