

株式会社ハートウィル 居宅介護支援事業所 重要事項説明書

〈2025 年 3 月現在〉

1 事業所の概要

法人名 事業所名	株式会社ハートウィル おあしす総合相談センター
所在地 連絡先	平塚市平塚 2-1-3 0463-37-1685
事業者指定番号	1472001963号
管理者	中丸 一郎
併設サービス	通所介護 デイサービスおあしす (1472002664)

2 サービス提供地域 平塚市、大磯町、二宮町

3 営業日及び営業時間

区 分	平 日	休日（土・日曜日）
提供時間	08：30 ～17：30	： ～ ：

（注）年末年始（12/29～1/3）は「休日」の扱いとなります。

電話連絡については留守番電話対応で 24 時間可能です。

4 居宅介護支援の内容

- 初回面接： 初回の相談依頼を受けて、利用者、家族と面談します。
- アセスメント： 利用者の居宅を訪問して利用者、家族と面談し課題の分析をします。
- 居宅サービス計画原案の作成： アセスメント後、居宅サービス計画原案の作成をします。
- サービス担当者会議の開催： 居宅サービス計画原案を基に利用者、家族、専門職等とサービス担当者会議を開催します。
- 文書による同意： サービス担当者会議にて居宅サービス計画書を検討し利用者又は家族より文書による同意を受け交付します。
- モニタリングの実施： 少なくとも月 1 回、利用者宅を訪問し面談、モニタリングを実施。結果を記録します。
- 居宅サービス計画の変更： 利用者の状態が変化した場合等は速やかに居宅サービス計画の変更のための、上記(2) から(5)の実施をします。
- 居宅介護支援に係る事業所の義務について
 - ① 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際して、あらかじめ居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものです。また利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができ、かつ居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。
 - ② 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。
 - ③ 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治医、歯科

医師又は薬剤師に提供します。

- ④ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医又は歯科医師（以下「主治医等」という。）の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治医等に交付します。
- ⑤ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、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を説明します。

集計対象期間：令和6年9月～令和7年2月

- I. 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利用割合

訪問介護	50%
通所介護	52%
地域密着型通所介護	13%
福祉用具貸与	82%

- II. 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、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	イザカマクラ平塚ケアステーション	47%
	ひまわり福祉サービス	15%
	絆	10%
	サン・ライフ福祉サービスセンター 湘南事業所	10%
通所介護	デイサービスおあしす	100%
地域密着型通所介護	アクアケアサービスキラッと	60%
	Fリハビリテーション平塚	20%
	フィジオルーム見附町	20%
福祉用具貸与	株式会社ニッショウ平塚営業所	22%
	メディケアセンター平塚	22%
	わかばホームケア	17%

5 利用料

- (1) 居宅介護支援については、利用者の負担はありません。

※介護保険適用となる場合には、利用料は全額介護保険により負担されます。

※5 級地 10.70 円

- ・ 11,620 円(1,086 単位×10.70 円) 要介護 1.2
- ・ 15,097 円(1,411 単位×10.70 円) 要介護 3.4.5

※加算費用

- ・ 初回加算 3,210 円(300 単位×10.70 円) 対象月のみ
- ・ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 2,675 円(250 単位×10.70 円) 対象月のみ
- ・ 入院時情報連携加算(Ⅱ) 2,140 円(200 単位×10.70 円) 対象月のみ
- ・ 退院・退所加算 4,815 円～9,630 円(450～900 単位×10.70 円) 対象月のみ
- ・ 通院時情報連携加算 535円(50 単位×10.70 円) 対象月のみ
- ・ 緊急時等居宅カンファレンス加算 2,140 円(200 単位×10.70 円) 対象月のみ
- ・ ターミナルケアマネジメント加算 4,280 円(400 単位×10.70 円) 対象月のみ

- (2) 介護支援専門員が通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

6 従業員の勤務体制、研修、秘密保持

職 種	勤務形態	員 数
管理者	常勤(兼務)	1 名
介護支援専門員	常勤(管理者兼務)	1 名
介護支援専門員	常勤(同一敷地内他事業所 職員兼務)	1 名
事務員	常勤(同一法人内兼務)	1 名
	非常勤(同一法人内兼務)	1 名

- (1) 事業所は、介護支援専門員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおりに設けるものとし、業務態勢を整備します。
- ① 採用時研修 採用後 1 ヶ月以内
 - ② 継続研修 年 4 回
- (2) 従業員は、正当な理由がなく、その業務上知りえた利用者又はその家族の情報を漏らすことはありません。従業員でなくなった後においても、これらの情報を保持します。
- (3) サービス担当者会議等において、居宅サービス事業者、介護保険施設等に対して利用者に関する情報を提供する場合は、あらかじめ利用者又はその家族に説明を行い、文書により同意をいただいてから行います。

7 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族居宅介護サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (3) 前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。

8 虐待の防止及び身体的拘束等

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる措置を講じます。
- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について介護支援専門員に周知徹底を図ります。
 - ② 虐待の防止のための指針を整備します。
 - ③ 虐待防止に関する責任者を選定します。
虐待防止に関する責任者：コンプライアンス室長 大川内由香
連絡先（電話）：0463-37-1685
 - ④ 成年後見制度の利用を支援します。
 - ⑤ 苦情解決体制を整備します。
 - ⑥ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報するものとします。
- (3) 事業所は、サービス提供にあたっては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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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するものとします。

9 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

当社お客様相談コーナー (担当：コンプライアンス室)	電話番号	0463-37-1685
	FAX 番号	0463-37-5633
	管理者	中丸一郎 / コンプライアンス室長 大川内由香
	対応時間	08:30～17:30

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

平塚市 介護保険課	ご利用時間	平日 08:30～17:00
	電話番号	0463-21-8790
	FAX	0463-21-9616
大磯町 福祉課	ご利用時間	平日 08:30～17:15
	電話番号	0463-61-4100
	FAX	0463-61-1991
二宮町 高齢介護課	ご利用時間	平日 08:30～17:15
	電話番号	0463-71-5348
	FAX	0463-73-0134
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係	ご利用時間	平日 08:30～17:00
	電話番号	045-329-3447
	電話番号	0570-022110 〈苦情専用〉

【 説明確認欄 】

年 月 日

居宅介護支援契約の締結にあたり、左記により重要事項を説明しました。

事業者 法人名 株式会社ハートウィル

事業所名 おあしす総合相談センター

説明者 印

居宅介護支援契約の締結にあたり、左記のとおり重要事項の説明を受け、その内容に同意し、
交付を受けました。

利用者 住所

氏名 印

代理人又は立会人

住所

氏名 印