

居宅介護支援重要事項説明書

<令和7年4月1日 現在 >

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 048-580-5365 (9時00分～17時00分)

担当 介護支援専門員

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 深緑苑居宅介護支援センターの概要

(1) 居宅介護支援事業者の事業所番号及び通常の事業の実施地域

事業所名	深緑苑居宅介護支援センター
所在地	埼玉県深谷市江原570番地
介護保険事業所番号	居宅介護支援 埼玉県1174600138号
通常の事業の実施地域	熊谷市、深谷市
管理者氏名	神岡 史明

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常勤	非常勤	兼務の別	合計	
管理者	1		兼務	1	サービス計画の立案・管理等・総合相談・継続的支援等
介護支援専門員	2			2	
事務職員	1			1	

(3) 営業日

月曜日から土曜日まで(但し、12月29日～1月3日を除く) ※

(4) 営業時間

8:30～17:30 ※

* 営業日および営業時間外の緊急連絡先048-575-0611
(24時間対応致します。)

3 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

居宅サービス計画作成依頼届書を提出していただいた後、当居宅介護支援センターと契約を結んでいただき、利用者本人の介護度に応じてどのくらいサービスが供給できるかを利用者本人もしくは、代理人と協議してからケアプランを作成し、利用者本人若しくは代理人の承認を得てから介護サービスを始めさせていただきます。

4 利用料金

(1) 居宅介護支援利用料

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給付されるので自己負担はありません。

- ・ 居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたり下記の表により決められています。

居宅介護支援費（1月当たり）

区分		該当 ○	費用	備考
居宅介護支援費 (Ⅰ)	要介護1又は要介護2		11,088円	(担当件数) 45件未満
	要介護3,要介護4 又は要介護5		14,406円	
居宅介護支援費 (Ⅱ)	要介護1又は要介護2		5,380円	(担当件数) 45件以上60 件未満
	要介護3,要介護4 又は要介護5		6,973円	
居宅介護支援費 (Ⅲ)	要介護1又は要介護2		3,226円	(担当件数) 60件以上
	要介護3,要介護4 又は要介護5		4,186円	

初回加算 3,063円

入院時情報連携加算(Ⅰ) 2,552円

入院時情報連携加算(Ⅱ) 2,042円

退院・退所加算(カンファレンス参加有) (カンファレンス参加無)

連携1回 6,126円 連携1回 4,594円

連携2回 7,657円 連携2回 6,126円

連携3回 9,189円

特定事業所加算Ⅲ 3,297円

緊急時等居宅カンファレンス加算 2,042円

ターミナルケアマネジメント加算 4,084円

介護職員等処遇改善加算 2.1%

(1月の総単位数(基本サービス費+各種加算・減算(処遇改善加算を除く))
×2.1%)

※地域区分1単位あたりの単価10,21円(7級地)

*法定代理受理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、利用者の自己負担はございません。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができ

なくなる場合があります。

その場合は一旦サービスの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、保険給付金相当分の支払いを受けることができます。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

(3) 解約料

利用者のご都合により解約した場合、下記の料金をいただきます。

契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で解約した場合	要介護1・2	11,088円
	要介護3～5	14,406円
保険者(区市町村)への居宅サービス計画の届出が終了後に解約した場合	料金は一切かかりません	

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お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。契約を締結した後、サービスの提供を開始致します。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くだされば、いつでも解約できます。

②当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により、サービスの提供を終了させていただいた場合がございます。

その場合は、終了30日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者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に入所した場合・・・入所した日の翌日

*介護保険サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）

又は要支援と認定された場合・・・非該当又は要支援となった日

*利用者がお亡くなりになった場合・・・死亡日の翌日

④その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して 本契約を継続しがた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。

6 当事業の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

1. 利用者本人、利用者家族の希望を第一に優先されるよう援助を行う。
2. 事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、その能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るよう援助を行う。
3. 事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、利用者及びその家族の希望を踏まえつつ公平中立に行い、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) サービス利用の為に

事 項	有 無	備 考
介護支援専門員の変更	○	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	○	包括的自立支援プログラム （3団体ケアプラン策定研究会方式）
介護支援専門員への研修の実施	○	年1回以上随時実施
契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で利用者・ご家族のご都合により解約した場合の解約料	○	前期4の（3）参照
その他		

7 サービス内容に関する苦情

①当事業所の利用者相談・苦情担当

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情およ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のご相談・苦情は、下記窓口で承ります。

担当者 神岡 史明

電話番号 048-580-5365

(受付時間 8:30~17:30)

②その他当該事業所以外に以下の窓口にご相談・苦情等を伝える事が出来ます。

深谷市長寿福祉課

電話番号 048-574-8544

熊谷市長寿いきがい課

電話番号 048-524-1402

大里広域市町村圏組合介護保険課

電話番号 048-501-1330

埼玉県国民健康保険団体連合会

電話番号 048-824-2568

第三者委員 茂木 登

電話番号 事業所にお問い合わせ下さい

8 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、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には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録いたします。
- (3) 事業者は、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には、賠償損害を速やかに行います。

9 秘密保持

- (1) 事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する個人情報等を正当な理由なく第三者に漏らしません。その守秘義務は、契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者の家族から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

10 利用者の意思に基づく契約

- (1) 利用者又は家族は、当事業所に対して、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。
- (2) また当事業所に対して、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。

(虐待防止に関する事項)

第20条 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業員に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

2 事業者は、サービス提供中に、該当事業所又は養護者（利用者の家族・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する。

11 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 北明会
事業者	深緑苑居宅介護支援センター
代表者役職・氏名	管理者 神岡 史明
所在地	埼玉県深谷市江原570番地
電話番号	048-580-5365

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し同意を得ました。

事業者

所在地 埼玉県深谷市江原570番地
名称 社会福祉法人 北明会
代表者 理事長 飯塚 弘一 印

説明者 社会福祉法人 北明会
深緑苑居宅介護支援センター
氏名 印

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印

続柄 1. 家族 ()
2. その他 ()
3. 成年後見人 ()