

# 居宅介護支援重要事項説明書

(令和6年 9月1日現在)

## 1 提供するサービスについての相談窓口

電話：0279 - 25 - 7507 0279 - 53 - 2506 (24時間・365日)

平日：午前9時～午後5時

## 2 居宅介護支援事業所春日園の概要

### (1) 居宅介護支援事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名 居宅介護支援事業所春日園

所在地 群馬県渋川市中郷2399番地7

介護保険指定番号 居宅介護支援 1070801723

(群馬県指令第99-34号)

サービスを提供する地域 渋川市全域

### (2) 同事業所の職員体制

名称	常勤	非常勤	業務内容	合計
管理者	1名(兼務)	-	管理・ケアプラン作成	1名
介護支援専門員	4名(専従)	-	ケアプラン作成	4名

### (3) 営業日及び営業時間

定休日を土曜日・日曜日とし、それ以外を営業日とする。

営業時間午前9時から午後5時までとする。

(但し緊急時対応は致します)

緊急連絡電話 0279 - 53 - 2506

## 3 居宅介護支援の申込みからサービス提供までの流れと主な内容

### (1) サービスの利用開始

お電話等でご連絡下さい。当事業所職員がお伺い致します。

契約を締結した後でサービスの提供を開始致します。

### (2) 要介護認定・要支援認定

要介護認定(要支援認定)を受ける為の市町村への申請代行も致しま

す。

- ( 3 ) 要介護認定等を受けたら、介護保険法令の趣旨に従ってどのようなサービスを受けるかについて、当事業所の担当職員と利用者及びご家族とで協議し、ご本人にとって、より良い居宅介護サービスを受けられるように、その計画の作成を支援致します。
- ( 4 ) 立案された計画が具現化されるようにサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ります。

#### 4 利用料金

##### ( 1 ) 利用料

要介護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基本的には自己負担は発生しません。

ただし、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き、当事業所からサービス提供証明書を発行致します。

このサービス提供証明書を後日保険者である当該市町村の窓口へ提出しますと、全額払戻を受けられます。

##### 基本料金

要介護度区分 取扱い件数区分	要介護 1・2	要介護 3～5
介護支援専門員 1 人に当りの 利用者の数が 45 人未満の場合 ( 居宅介護支援費 )	1,086 単位	1,411 単位

##### その他加算料金

初回加算	300 単位 新規又は要支援者が要介護認定を受けた又は要介護状態が 2 区分以上変更となり居宅サービス計画を作成する場合。
特定事業所 加算	421 単位 主任介護支援専門員を 1 名以上配置ならびに専従介護支援専門員を 3 名以上配置につき。

地域区分	1 単位あたり 10.2 1 円 ( 7 級地 )
入院時情報 連携加算	250 単位 ( 入院当日中 ) 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で利用者の情報を提供
入院時情報 連携加算	200 単位 ( 入院後 3 日以内 ) 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で利用者の情報を提供
退院・退所加算	カンファレンス参加 無 連携 1 回 450 単位・連携 2 回 600 単位 カンファレンス参加 有 連携 1 回 600 単位・連携 2 回 750 単位 連携 3 回 900 単位 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。
緊急時等居宅 カンファレンス加算	200 単位 病院の求めにより、当該病院の医師又は看護師等と共に利用者様宅を訪問し、話し合いのもと、サービス利用調整を行った場合 ( 利用者様お 1 人につき、月 2 回を限度 )
通院時情報連携 加算	50 単位/月 利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等利用者に係る必要な情報の提供及び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。(利用者様お 1 人につき、月 1 回を限度)
同一建物に居住 する利用者への ケアマネジメン ト	所定単位数の 95% を算定 指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者。1 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に居住する利用者)
ターミナルケ アマネジメン ト加算	400 単位 在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、当該利用者の居宅を訪問し、心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合

## ( 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。ただし、通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、サービスを提供する場所までの間の距離に応じて、自動車を使用した場合に次の額の実費が、ご契約者の負担となります。

- 1 片道概ね 20 キロメートル未満 500 円
- 2 片道概ね 20 キロメートル以上 30 キロメートル未満 650 円
- 3 片道概ね 30 キロメートル以上 1000 円

## ( 3 ) 解約料

- ・作成された居宅サービス計画に同意後、利用者は申し出によりいつでも契約を解除することができ、解約料は発生しません。

## ( 4 ) 支払い方法

- ・支払い料金が発生した場合、月ごとに精算し毎月 10 日までに前月分の料金を請求します。その請求後 1 カ月以内にお支払いただきます。支払い方法はご相談によります。

## 5 サービスの利用開始

### ( 1 ) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申込み下さい。当事業所職員がお伺い致します。契約を締結した後に、サービスの提供を開始します。

### ( 2 ) サービスの終了

お客様のご都合でサービスを終了する場合  
口頭で通知下さればいつでも解約できます。

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く場合がございます。その場合は、終了 1 カ月前までに文章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致します。

自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

契約を継続し難い背信行為があった場合

利用者やその家族などが、当事業所の介護支援専門員または当事業所に対して、契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文章で通知することにより、即座に契約を終了する場合があります。

### （３）秘密保持

事業者及び事業者の従事者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、第三者には漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者及びその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

事業者は、利用者から予め文書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。

事業者は、利用者の家族から予め文書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。

## 6 サービス利用に関する留意事項

### （１）サービス提供を行う介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

### （２）介護支援専門員の交替

事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。介護支援専門員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利

用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

ご契約者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の介護支援専門員の指定はできません。

### ( 3 ) 公正中立なケアマネジメントの確保

利用者やその家族は、公正中立なケアマネジメントを確保するため、居宅サービス計画に位置づける居宅サービス事業所については、

利用者は複数の指定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ること。

利用者は居宅サービス計画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ること。

### ( 4 ) 医療と介護の連携の強化

事業者は、居宅介護支援の提供にあたり、利用者又はその家族に対し、入院時に担当介護支援専門員の氏名・連絡先を入院医療機関にお伝えください。

サービス利用時に必要な場合は、利用者の同意を得たうえで、関連する関係機関や利用者の主治医との連携を図ります。

### ( 5 ) 身体拘束・虐待の防止について

利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

サービス事業者又は養護者による虐待を受けたと思われる事項を発見した場合は、速やかにこのことを保険者に通報します。

### ( 6 ) 事故発生時の対応等

当事業所が利用者様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、速やかに利用者の家族、市町村に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に提供しました居宅介護支援により、損

害賠償を生ず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。

## 7 苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は下記の専門窓口で受付けます。

苦情受付窓口 (担当者) 千明 久美子  
(職名) 介護支援専門員

受付時間

平日 午前9時～午後5時

土・日は原則として休日としますが緊急時の対応は致します。

・連絡先電話 0279-53-2506

・FAX 0279-53-3877

### (2) 行政機関その他苦情受付

	所在地	電話	FAX
渋川市役所 介護保険課	渋川市石原80	0279- 22-2116	0279- 24-5541
群馬県国民健康 保険団体連合会 介護保険課	前橋市元総社町 335-8	027- 290-1323	027- 255-5077

年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い同意を受け、当該文書を交付しました。

居宅介護支援事業所春日園

説明者 職種 介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私(利用者)は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、

指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意し、当該文書の交付を受けました。なお、介護計画作成に必要な利用者及び家族に関する情報等について、別紙の通り関係事業所へ提供すること、および関係事業所から提供されること〔個人情報提供〕に同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

利用者家族代表 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

続柄 ( )

代筆者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

続柄 ( )

代筆理由： \_\_\_\_\_