

居宅介護支援重要事項説明書

＜令和 年 月 日 現在＞

1 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	桜楓苑居宅介護支援センター
所在地	埼玉県幸手市平須賀2丁目225番地
TEL	0480-47-1200
介護保険指定番号	1176100020
サービスを提供する地域	幸手市

*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
管理者兼主任介護支援専門員	1名	
介護支援専門員	2名	
事務職員	1名	

(3) 営業時間

月曜日 ~ 日曜日	9時00分 ~ 18時00分
-----------	----------------

※ 12/29~1/3日を除く。

2 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

別添資料をご覧ください。

3 利用料金

(1) 居宅介護支援利用料

要介護認定等を受けられた方は、介護保険制度から利用料金の全額を給付されるので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別紙1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いたします。

この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、全額払戻を受けられます。

(2) 解約料

利用者のご都合により解約したい場合、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	居宅介護支援費（I）
保険者（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

(3) その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月、5日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

4 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。当社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

口答等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く場合がございます。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、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
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当になった場合……非該当となった日
- ・要支援と認定された場合……要支援となった日。

ただし、地域包括から委託にて継続することができます。

- ・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。

5 当事業所の居宅介護支援の特徴等

当事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように配慮して行われるものでなければならない。

当事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われるものでなければならない。

当事業所は、指定居宅介護支援の提供に当っては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行われなければならない。

当事業所は、事業の運営に当っては、市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

6 特定事業所加算について

当事業所は、特定事業所加算取得事業所であり、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施し、地域全体のケアマネジメントの質の向上を目指します。

当事業所は、公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であり、常勤の主任介護支援専門員及び介護支援専門員を配置し、どのような支援困難ケースでも適切に対応いたします。

7 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡を取らせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ① 利用者の不測の入院に備え、担当の居宅介護支援事業所が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ② また、入院時には、ご本人または家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただけるようお願いいたします。

8 利用者自身によるサービスの選択と同意

- ① 利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料などの情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。

・指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事

業所等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービスに位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。

- ・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
- ・居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、下記利用者様に対して契約書及び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	埼玉県幸手市平須賀2丁目225番地
所在地	社会福祉法人 幸 和 会
名 称	桜楓苑居宅介護支援センター
説明者	介護支援専門員

私は、契約書及び本書面により、上記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
(代理人)	住所 氏名