

居宅介護支援重要事項説明書

<令和6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 048-920-0022

担当 介護支援専門員（ケアマネージャー）

2 居宅介護支援センターてしろの概要

(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	居宅介護支援センターてしろ
所在地	埼玉県草加市手代2丁目12-11
介護保険指定番号	1171802489
通常の事業実施地域	草加市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容
管 理 者	1 名 (兼務)	0 名	事業所の職員・業務の管理
介護支援専門員	1 名以上	1 名以上	居宅介護支援業務

(3) 営業時間

平日	9:00～17:30
日・祝	休業日

年末年始 12月31日～1月3日 はお休みさせていただきます。

※緊急連絡電話対応あり

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

(1) 居宅介護支援事業者と契約

居宅介護支援事業者とは？

居宅サービス計画の作成を行う介護支援専門員（ケアマネージャー）を配置し、居宅サービス事業者との連絡調整やサービスの確保などを行う事業者です。

↓

(2) 保険者へ届け出

利用者・家族は保険者へ「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を被保険者証とともに提出します。
※居宅介護支援事業者へ届け出の代行を依頼できます。

↓

(3) 状況の把握と計画原案の作成

介護支援専門員は、医療機関・障害福祉関係者と連携を図り、利用者・家族の状態を把握し、居宅サービス事業者などに関する情報を提供します。利用者・家族は利用したいサービス事業者を複数の中から選んで頂き、選択後にご説明を致します。

↓

(4) サービス担当者で話し合い

介護支援専門員、サービス担当者、利用者・家族により計画原案の検討をします。

↓

(5) 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成 サービスの種類、内容など、利用者の希望に応じて作られます。
↓
(6) 居宅サービス事業者と契約 居宅サービス事業者とは？ 訪問介護、通所介護などの居宅サービスを提供する事業者です。
↓
(7) 介護サービスの実施 居宅サービス計画に沿って、サービスが提供されます。

4 利用料金

(1) サービス利用料

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き、当事業所からサービス提供証明書を交付いたします。このサービス提供証明書を後日草加市の窓口に出しますと、全額払戻を受けられます。

地域区分別1単位の単価（6級地）＝10,42円

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費（I） （取扱件数40件未満）	11,212円	14,567円

上記金額には地域区分割合が含まれています。

(2) 加算料金

初回加算：3126円	新規に居宅サービス計画を策定した場合、及び要介護状態区分が2段階以上変更となった時
入院時情報連携加算Ⅰ：2084円 入院時情報連携加算Ⅱ：1042円	病院等に入院するにあたり病院職員に対して必要な情報を提供した場合
退院・退所加算Ⅰイ：4689円 退院・退所加算Ⅰロ：6252円 退院・退所加算Ⅱイ：6252円 退院・退所加算Ⅱロ：7815円 退院・退所加算Ⅲ：9378円	病院施設等より退院退所するにあたって必要な情報提供を受け、居宅介護支援を行った場合
緊急時等居宅カンファレンス加算 2084円	在宅患者緊急時カンファレンスに介護支援専門員が参加した場合

(3) 交通費

前記2の(1)の通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費の実費（下記参照）が必要です。

交通費／片道につき（通常の事業実施地域以外の場合、通常の事業実施地域を越えた所からの直線距離）

1キロ以上2キロ未満	2キロ以上5キロ未満	5キロ以上10キロ未満	10キロ以上
100円	200円	400円	800円

(4) その他

居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にアセスメント業務を行ったものの、利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、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ための準備がおこなわれ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて居宅介護支援の基本報酬の算定を行う。

新型コロナウイルス感染症に対するための特例的な評価として2021年9月末までの間、基本報酬に1%上乗せする。

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。当センター職員がお伺いいたします。

(2) サービス終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申出下されば、いつでも解約できます。

②当センター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、約1ヶ月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。

- ・お客様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状態区分が、自立（非該当）、要支援と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④その他

お客様やご家族などが当センターや当センター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 当センターの居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

介護でお悩みの方、常時ケアマネージャーが待機しておりますので、いつでも対応可能です。新しい情報を取り揃えて利用者様により良いサービスの提供ができるように努めていきます。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

居宅介護支援事業所には2名以上のケアマネージャーがおります。利用者様に充分満足のいくケアプラン作りを目指しています。また、近隣に色々な介護保険サービス事業所があり、良質なサービスを複合的に提供致します。

(3) サービス利用のために

事項	有無	備考
介護支援専門員の変更	有り	
調査（課題把握）の方法		包括的プログラムによる
介護支援専門員への研修の実施	有り	年4回以上研修会への参加を予定
解約料	なし	
その他		

7 サービス内容に関する事

●当センターお客様相談・苦情

当センター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・苦情を承ります。

担当：居宅介護支援センターてしろ 管理者

電話：048-920-0022

- 当センター以外に下記にても相談・苦情を受け付けております。
 - ・ 草加市役所介護保険課／TEL 048-922-0151
 - ・ 埼玉県国民健康保険団体連合会／TEL 048-824-2568（苦情相談専用）
- サービス割合の説明
 - ・ 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は別紙の通りである
- オンラインツール等を活用した会議の開催
 - ・ 利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ、電話装置（オンラインツール）を活用して行うことができるものとする。その際、個人情報の適切な取り扱いに留意する。
- 感染症の予防及びまん延防止のための措置
 - ・ 感染症の発生及び、まん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に取り組む（令和6年4月1日まで経過措置期間とする）

8 秘密保持

利用者及びその家族の個人情報は、あらかじめ文書にて同意を得ない限りサービス担当者会議等において用いません。

9 事故発生時の対応

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ともに、必要な措置を講じ、管理者に報告し、事故の状況及び事故に際してとった処置の記録をします。また、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10 当センターの概要

名称・法人種別	医療法人 眞幸会	
代表者役職・氏名	理事長 松本 眞彦	
本部所在地・電話番号	〒340-0013 埼玉県草加市松江2-3-26 048-935-4838	
施設・拠点等	介護老人保健施設	1カ所
	短期入所療養介護	1カ所
	通所リハビリテーション	1カ所
	通所介護	2カ所
	訪問リハビリテーション	1カ所
	居宅介護支援センター	2カ所
	地域包括支援センター	1カ所
	介護予防短期入所療養介護	1カ所
	介護予防通所リハビリテーション	1カ所
	介護予防通所介護	1カ所
	介護予防訪問リハビリテーション	1カ所
	認知症対応型共同生活介護	1カ所
	認知症対応型通所介護	1カ所

11 その他

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、

利用者に対して契約及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業所】

所在地：〒340-0021 埼玉県草加市手代2丁目12-11

名称：医療法人 眞幸会 居宅介護支援センターてしろ

説明者：所属 介護支援専門員

氏名

印

私は、契約書及び本書面により、

事業者から居宅介護支援センターてしろ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：)