

居宅介護支援及び介護予防支援 重要事項説明書

＜令和 8 年 6 月 1 日現在＞

1 当法人が提供するサービスについての相談窓口

電話 048-930-5200（24時間対応）

担当 介護支援専門員

＊ ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 やしお寿苑指定居宅介護支援事業所の概要

（1）居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	指定居宅介護支援事業所やしお寿苑
所在地	八潮市大字八條字入谷294番4
介護保険指定番号	埼玉県 1171000159
サービスを提供する地域	八潮市

＊ 上記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（管理者は主任介護支援専門員であるものとする）

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	(1)名兼務		(1)名兼務
主任介護支援専門員	介護福祉士	(1)名兼務		(1)名兼務
介護支援専門員	介護福祉士	2名(1)		2名(1)
	社会福祉士	1名		1名
事務職員			1名	1名

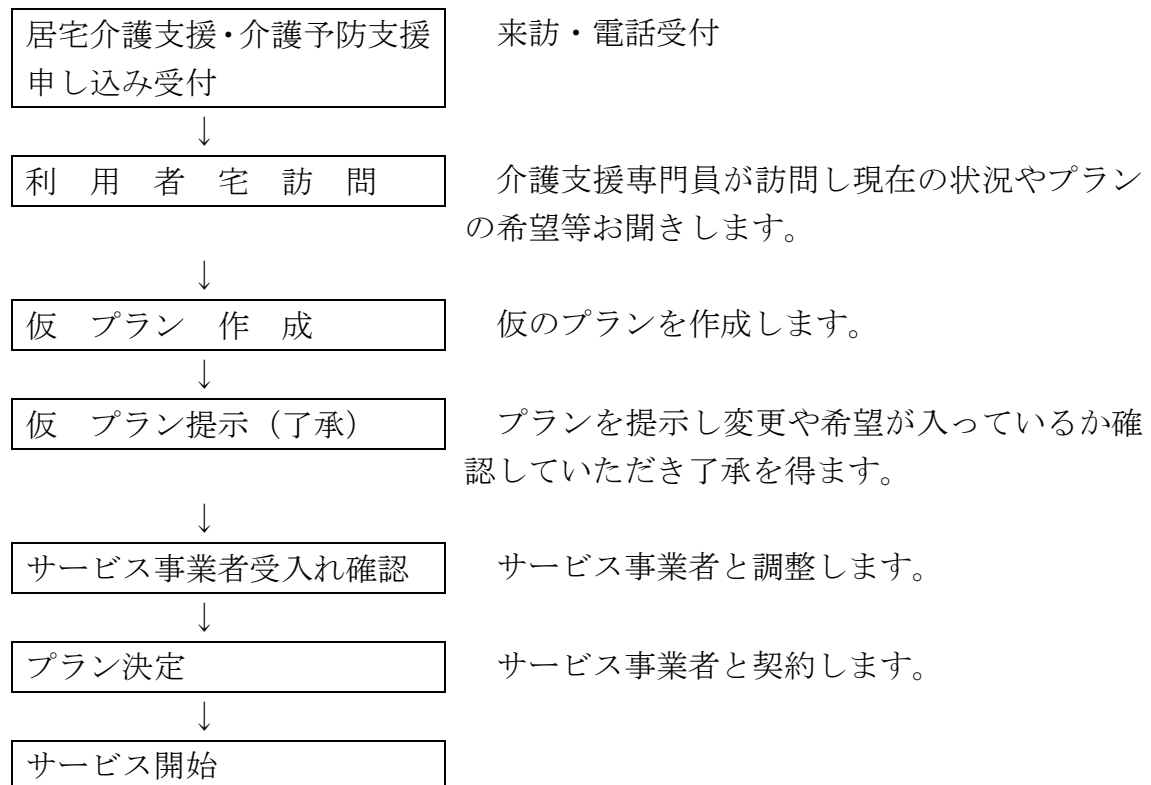
（ ）内は男性再掲

（3）営業日及び営業時間

毎日	午前8時30分～午後5時30分
----	-----------------

＊ 緊急連絡先048-930-5111 又は048-930-5200

3 居宅介護支援・介護予防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



4 利用料金

(1) 利用料

介護予防支援及び居宅介護支援に対しては、介護保険から全額給付されますので、利用者の自己負担はありません。

＊保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合には、1ヶ月につき、介護度に応じて下記の金額をいただき、当法人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添えて、後日お住まいの市町村の窓口に申請することで、払戻しを受けることができます。

【居宅介護支援費】＊当事業所では居宅介護支援費（Ⅰ）による利用となります。

居宅介護支援費（Ⅰ）

（ⅰ）取り扱い件数45件未満

（要介護1・2） 11,620円／月

（要介護3・4・5） 15,097円／月

（ⅱ）取り扱い件数45件以上60未満

（要介護1・2） 5,820円／月

（要介護3・4・5） 7,532円／月

(iii) 取り扱い件数 60 件以上	
(要介護 1・2)	3, 488 円／月
(要介護 3・4・5)	4, 515 円／月

居宅介護支援費（Ⅱ）

(i) 取り扱い件数 50 件未満	
(要介護 1・2)	11, 620 円／月
(要介護 3・4・5)	15, 097 円／月
(ii) 取り扱い件数 50 件以上 60 未満	
(要介護 1・2)	5, 638 円／月
(要介護 3・4・5)	7, 308 円／月
(iii) 取り扱い件数 60 件以上	
(要介護 1・2)	3, 381 円／月
(要介護 3・4・5)	4, 387 円／月

介護予防支援費	5, 050 円／月
---------	------------

【加算】

・ 初回加算	3, 210 円／月
・ 特定事業所医療介護連携加算	1, 337 円／月
・ 入院時情報連携加算	
入院時情報連携加算（Ⅰ）	2, 675 円／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	2, 140 円／月
・ 退院・退所連携加算	
[会議参加なし]	[会議参加あり]
(Ⅰ) イ連携 1 回	4, 815 円／月
(Ⅱ) イ連携 1 回	6, 420 円／月
(Ⅰ) ロ連携 2 回	6, 420 円／月
(Ⅱ) ロ連携 2 回	8, 025 円／月
連携 3 回	
(Ⅲ) 連携 3 回	9, 630 円／月
・ 通院時情報連携加算	535 円／月
・ 緊急時等居宅カンファレンス加算	2, 140 円／月 2 回限度
・ ターミナルケアマネジメント加算	4, 280 円／月

・ 特定事業所加算

特定事業所加算（Ⅰ）	5, 5 5 3 円／月
特定事業所加算（Ⅱ）	4, 5 0 4 円／月
特定事業所加算（Ⅲ）	3, 4 5 6 円／月
特定事業所加算（Ⅳ）	1, 2 1 9 円／月

＜特定事業所加算においては、特定事業所加算（Ⅱ）を算定しています＞

・ 処遇改善加算 所定単位数の 2.1 %

＊加算については、毎月要件を満たしたものについて算定いたします。

【減算】

・ 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の－ 1 %

・ 業務継続計画未策定減算 所定単位数の－ 1 %

・ 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上
に居宅介護支援を行う場合 所定単位数の 95%で算定

・ 運営基準減算 基本利用料の 50%（2 か月以上継続の場合は 100%）

・ 特定事業所集中減算 － 2, 1 4 0 円／月

（２）解約料

契約後、お客様のご都合により解約した場合、下記の料金と加算料金をいただきます。

要介護 1・2	1 1, 6 2 0 円
要介護 3・4・5	1 5, 0 9 7 円
介護予防支援	5, 0 5 0 円

（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、1 5 日までに前月分の請求をいたしますので、2 5 日まで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、銀行振込、口座引き落としのどちらかを選べます。

5 サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込ください。当法人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。

(1) 公正中立

*サービス事業所の選定

- ① サービス事業所の選定にあたって、利用者又はその家族は、複数の指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者を紹介するよう求めることが出来ます。
- ② 利用者又はその家族は、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を介護支援専門員に求めることが出来ます。
- ③ 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とおりである。

(2) 医療機関との連携

- ① 利用者が医療機関等へ入院した際には、その入院先（医療機関）に利用者又はその家族から担当介護支援専門員の氏名・連絡先を伝えてもらうよう依頼します。
- ② 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業所、指定介護予防サービス事業者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、利用者の服薬状況、口腔機能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もしくは歯科医師又は薬剤師に提供いたします。
- ③ 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の医師の意見を求めます。またこの場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画を作成した際には、当該サービス計画を主治の医師等に交付いたします。

(3) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合
文書でお申し出くだされば、いつでも解約できます。
- ② 当法人のご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いたします。
- ③ 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致します。
 - ・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）と認定された場合

- ・要支援認定を受けている利用者が、担当圏域外に転居した場合
この場合、条件を変更して再度契約することができます。
 - ・お客様がお亡くなりになった場合
- ④ お客様やご家族などが当法人や当法人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 サービス内容に関する苦情

- ・お客様苦情・要望・相談窓口

居宅介護支援及び介護予防支援に関する苦情、要望、相談等はサービス提供責任者か下記窓口までお申出ください。

☆サービス相談窓口☆

電話番号 048-930-5200 担当者 坂本 貴史
(受付時間 24時間対応)

7 その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ①八潮市健康福祉部長寿介護課 048-996-2111 (代表)
- ②三郷市いきいき健康部 長寿いきがい課
048-930-7788
- ③草加市健康福祉部 地域介護課 048-922-0151 (代表)
- ④埼玉県国民健康保険団体連合会 (苦情相談専用) 048-824-2568

令和 年 月 日

居宅介護支援及び介護予防支援の提供開始にあたり、利用者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ました。

事業者 社会福祉法人一寿会
事業所 指定居宅介護支援事業所 やしお寿苑
説明者 () 介護支援専門員 () 主任介護支援専門員

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及び介護予防支援についての重要事項の説明を受けました。
- ・介護サービス計画を作成するにあたり、要介護認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書の内容等、私及び関係者の個人情報の一部を、サービス提供事業者に提示することを同意します。

利用者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

家族代表者又は代理人 []

利用者とのご関係を【 】にご記入ください。

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印