

居宅介護支援重要事項説明書

< 令和 7 年 4 月 1 日 現在 >

1 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営方針

- ① 当事業所では、お客さまに最適な在宅サービスを受けていただけるよう、常に研鑽・向上に努め、公平・公正にお客様本位の居宅サービス計画を作成します。
- ② 適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるよう、サービス提供事業者（特定相談支援事業者を含む。）等との連携に努めます。

(2) 事業の目的

利用者の委託を受けて、居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が適切かつ円滑に確保されるようサービス提供事業者・医療機関との連絡調整を行います。

(3) 居宅介護支援事業所の指定番号および通常の事業の実施地域

事業所名	ロイヤルの園 居宅介護支援事業所
所在地	埼玉県所沢市北野三丁目1番地18
法人名	社会福祉法人 栄光会
代表者名	理事長 北林 登美雄
電話番号	04(2947)1348
介護保険事業所番号	1172500074
サービス提供地域	通常の事業の実施地域

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

(4) 営業時間

月曜日から土曜日	午前8時30分から 午後5時30分まで
その他	電話等により、24時間常時連絡可能

※ 緊急連絡先 04(2947)1348 (24時間対応)

※ 休業日 ① 日曜日、祝日

② 年末年始 12月30日から1月3日

(5) 事業所の職員体制

	資格	常勤専任	常勤兼務	非常勤	計
管理者	主任介護支援専門員	名	1名	名	1名
介護支援専門員	介護福祉士等	6名	1名	1名	8名

(6) 提供するサービスについての相談窓口

電話番号 04(2947)1348 ロイヤルの園 居宅介護支援事業所 相談係

受付時間 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30分まで

※ ご不明の点は、なんでもおたずねください。

2 居宅介護支援サービスの提供方法と内容

(1) 居宅サービス計画（ケアプラン）作成依頼からサービス利用まで

電話または来所 ⇒ 依頼 ⇒ 事業者との契約 居宅サービス計画作成依頼書の届出確認
⇒ 本人・家族の希望、問題や相談 ⇒ 簡易計画の作成 ⇒ 居宅サービス事業所の複数紹介
⇒ 居宅サービス事業所を位置付けた理由の説明 ⇒ サービス担当者会議 ⇒ 居宅サービス計画の完成 ⇒ サービス利用

(2) 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	○	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題分析）の方法	－	MDS－HCによる
介護支援専門員への研修の実施	○	年2回以上の研修を実施しています

(3) 利用者および家族は、介護支援専門員が「居宅サービス計画（ケアプラン）」に位置付ける居宅サービス事業所について、下記の事項を介護支援専門員に求めることができます。 また、利用者および家族に、医療機関との連携のため、担当する介護支援専門員の名前・連絡先等を医療機関にお伝えいただくように、お願いさせていただきます。

①複数の事業所の紹介

②当該事業所を居宅サービス計画（ケアプラン）に位置付けた理由

③前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合

④前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合

⑤利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等と情報共有や連携を図ることとで退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院等へ伝えてください。

3 利用料金

(1) 居宅サービス計画作成の利用料

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、法的代理受領ができなくなった場合、要介護度に応じて下記の金額をいただきます。事業所からサービス提供証明書を発行しますので、これを市の窓口へ提出すると、全額払戻をうけられます。

①基本料金（1か月あたり）

居宅介護支援費Ⅰ

要介護1・2の方 11,316円 要介護3・4・5の方 14,702円

②加算

・初回加算	3,126円/月
・特定事業所加算（Ⅱ）	4,386円/月
・特定事業所医療介護連携加算	1,302円/月
・入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,605円/月
・入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,084円/月
・退院・退所加算（Ⅰ）イ	4,689円/月
・退院・退所加算（Ⅰ）ロ	6,252円/月
・退院・退所加算（Ⅱ）イ	6,252円/月
・退院・退所加算（Ⅱ）ロ	7,815円/月
・退院・退所加算（Ⅲ）	9,378円/月
・通院時情報連携加算	551円/月
・緊急時等居宅加算	2,084円/回
・ターミナルケア加算	4,168円/回

（2）交通費

前記の1の（3）のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。この実施地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費は、その実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の事業の実施地域を越えた地点から目的地までの往復の距離（km）に15円を乗じた額となります。

①通常の事業の実施地域を超えた地点から10キロ未満 150円

②通常の事業の実施地域を超えた地点から10キロ以上 250円

（3）その他

・記録等の複写費（1枚 10円）

（4）解約料

お客様の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途中で解約した場合	要介護 1・2・3・4・5 料金 2,600円
保険者（区町村）への居宅サービス計画の届出が終了後に解約した場合	解約の料金一切かかりません

4 提供するサービスの第三者評価の実施…無

5 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者の家族、事業所等に連絡し、記録するとともに必要な措置を講じます。また、サービス提供により、賠償するべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

- ① 保険会社名 損保ジャパン株式会社
- ② 保険名 損害賠償保険

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所お客さま相談・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・苦情を承ります。

※担当 ロイヤルの園 居宅介護支援事業所 相談係

電話 04-2947-1348

(2) 当事業所以外に、市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

◎個人の秘密は守られます ◎相談は無料です。

☆ 福祉サービス苦情窓口 ☆

所沢市福祉部介護保険課

電話番号 04(2988)9420

月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 土日・祝日・年末年始休

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談専用 電話番号 048(824)2568

月曜日～金曜日 午前8時30分～12時 午後1時～5時 土日・祝日・年末年始休

7 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるように、訓練を実施します。

8 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及び、まん延防止のための対策を検討する委員会を開催いたします。
- (2) 感染症の予防及び、まん延防止のための指針を作成いたします。
- (3) 感染症の予防及び、まん延防止のための研修及び訓練を実施します。

- (4) 職員の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長
虐待に関する担当者	管理者

- (2) 成年後見制度の利用を支援します
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を普及・啓発するための研修を実施しています。
- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会を開催しています。
- (6) 虐待防止のための指針を作成します。

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書および本書面に基づいて重要な事項を説明し、交付しました。

事 業 者

<所 在 地> 埼玉県所沢市北野三丁目 1 番地 18
 <名 称> 社会福祉法人 栄光会

<説明者氏名> _____ (印)

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明に同意し、交付を受けました。

利 用 者

<住 所> _____

<氏 名> _____

㊞

家族代表 代理人：続柄 _____

<住 所> _____

<氏 名> _____

㊞

個人情報についての同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人 栄 光 会 様

利 用 者

<住 所> _____

<氏 名> _____

㊞

家族代表 代理人：続柄 _____

<住 所> _____

<氏 名> _____

㊞

私（利用者本人又はその家族を含む。以下同じ。）は、社会福祉法人栄光会 ロイヤルの園居宅介護支援事業所と締結した「居宅介護支援契約書」に基づくサービスの提供にあたり、下記の事項に同意いたします。

記

1. 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
2. 利用者に関わる居宅介護支援計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
3. 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者（市区町村）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
4. 利用者が医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要がある場合
5. 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
6. 行政の開催する地域ケア個別会議およびサービス担当者会議において必要とする場合
7. その他サービス提供において必要とする場合
8. 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

以 上

ロイヤルの園居宅介護支援事業所のケアプランにおける
訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の利用状況

- ①前6月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	16%
通所介護	40%
地域密着型通所介護	8%
福祉用具貸与	64%

- ②前6月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与のサービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	ホームヘルプステーション ロイヤルの園	訪問介護ステーション アリスの夢	東京海上日動みずたま介護ST小手指
	59%	9%	8%
通所介護	デイサービスセンター ロイヤルの園	ジョイリハ狭山ヶ丘	デイサービス アリスの夢
	55%	11%	7%
地域密着型通所介護	風ステーション	介護予防デイサービス お元気倶楽部	リハビリデイサービス nagomi
	13%	12%	7%
福祉用具貸与	ロイヤル・ヘルスケア	ソネット株式会社 埼玉支店	吉澤屋福祉用具サポート
	27%	16%	11%

判定期間 令和6年9月から令和7年2月末日