居宅介護支援重要事項説明書

＜令和 7年 9月 1日 現在 ＞

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話　　045-482-4195（午前9時～午後6時まで）

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. あいばな　ケアセンター（名称）の概要

（1）居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	あいばな　ケアセンター
所在地	〒226-0025　　横浜市緑区十日市場町1864-1
介護保険指定番号	居宅介護支援　　（　1473302493　号）
サービス提供地域	横浜市緑区、都筑区、旭区、青葉区、港北区、保土ヶ谷区・神奈川区
併設サービス	(介護予防)福祉用具貸与、特定(介護予防)福祉用具販売

（2）同事業所の従業者の体制

管理者	(氏名・資格)　　髙部　　篤史　　主任介護支援専門員		
職	業務内容	人員数	合計
介護支援専門員	居宅介護支援業務及び介護給付費等の請求事務や通信連絡事務等	常勤　　名 非常勤　　名	名

（3）営業日・営業時間

平日	午前9時～午後6時
土・日・祭日	休　　（応相談）

12月29日～1月3日は休業　　時間外は電話等により24時間連絡可。

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

要介護認定結果通知
↓
居宅サービス計画作成依頼届・居宅介護支援事業者との契約（重要事項説明）
↓
課題分析
↓
居宅サービス計画原案作成
↓
サービスの調整・会議の実施
↓
ご利用者への説明と同意の確認
↓
ご利用者へ計画書の交付
↓
サービス提供

※ケアマネジメントの公平について

1. ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数事業所の紹介を求めることが可能です。
又、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることも可能です。
2. ケアマネジメントの公正中立の確保を図るため前6カ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の説明を開示することが可能です。

4. 利用料金

（1）利用料

要介護または要支援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。(介護保険が利用できない場合は全額自費となります)

＊保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当社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ご自宅の所管区の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

1単位　11.12円です。

要介護1，2	要介護3～5	特定事業所加算Ⅰ.Ⅱ.Ⅲのうち該当するもの
12，076 円	15，690　円	Ⅰ:519単位/Ⅱ:421単位/Ⅲ:323単位
		特定事業所医療介護連携加算:125単位

【その他の加算】※該当する場合のみ

初回加算:1月につき300単位
入院時情報連携加算(Ⅰ)/(Ⅱ):　250単位/200単位
退院退所加算Ⅰ1/Ⅰ2/Ⅱ1/Ⅱ2/Ⅲ　:450単位/600単位/600単位/750単位/900単位
緊急時等居宅カンファレンス加算:200単位
居宅支援ターミナルケアマネジメント加算:400単位
通院時情報連携加算:50単位

（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。
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(片道1km100円)が必要です。

（3）解約料

お客さまはいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

（4）その他

サービス提供記録の複写物(コピー)をご希望の方は実費料金を頂きます。

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので
14日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。
お支払方法は、銀行振込、口座自動引き落としの2通りの中からご契約の際に選べます。
※居宅介護支援以外の業務については別途契約が必要となります。

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。当社職員がお伺いいたします。

契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2)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

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 当社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 自動終了

次の場合は、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認定区分が、非該当（自立）、または要支援と認定された場合　※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 その他
お客様やご家族などが当社や当社の介護支援専門員に対して本契約を継続し難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. 当社の居宅介護支援の特徴等

（1）運営の方針

・事業所の介護支援専門員等は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、利用者の立場にたって援助を行います。
・事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多用な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう中立公正な立場でサービスを調整します。
・事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の保健・医療福祉サービス・障害福祉制度の支援事業者等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

（2）居宅介護支援の実施概要等

ケアプラン作成の手法　全社協方式・独自方式等

（3）サービス利用のために

事　項	有無	備　考
調査（課題把握）の方法	○	全社協方式・独自方式
介護支援専門員への研修の実施	○	年3回以上研修を実施しています
契約後、居宅サービス計画の作成段階途中でお客さまのご都合により解約した場合の解約料	×	前記4の（3）参照
居宅サービスの第三者評の実施状況	×	

その他：入院時における医療機関との連携促進のため、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供をお願いします。

7. サービス内容に関する苦情

① 当社お客さま相談・苦情担当

当社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　　髙部　篤史　　電話　　045-482-4195

注）当社への苦情・相談によりお客様が不利益を受けることは、絶対にありません。

② その他　　当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

横浜市緑区高齢障害支援課　　電話045-930-2315　/　都筑区高齢障害支援課　電話045-948-2306
横浜市神奈川区高齢障害支援課　電話045-411-7097　/　港北区高齢障害支援課　電話045-540-2317
横浜市旭区高齢障害支援課　　電話045-954-6061　/　青葉区高齢障害支援課　電話045-978-2479
横浜市保土ヶ谷区高齢障害支援課　電話045-334-6328
横浜市　はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター）　TEL 045-263-8084
神奈川県国民健康保険団体連合会 担当　　苦情相談課　　電話　045－329－3447

8.秘密保持

・事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者および家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後や職員の退職後も同様です。
・事業者は、利用者及び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利用者の個人情報を用いません。
・個人情報は同一法人内の事務所（あいばな　ケアセンター宮前・あいばな　ケアセンター青葉・あいばなケアサポート・あいばな　ケアセンター大和）の職員に対し、連携時や申請代行時等に使用させていただく場合があります。

9.事故発生時の対応方法について

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は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 当社の概要

名称・法人種別	藍プラン合同会社
代表者役職・氏名	代表社員　髙部　篤史
本社所在地・電話番号	神奈川県横浜市港北区鳥山町210
定款の目的に定めた事業	1、介護保険法に基づく居宅サービス事業 2、介護保険法に基づく介護予防サービス事業 3. 介護保険に基づく福祉用具貸与・販売・住宅改修 4、住宅の建築及び住宅リフォーム 5、その他これに付随する業務
営業所数等	居宅介護支援　4ヵ所 福祉用具貸与・販売 住宅改修　1ヵ所

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ました。

事業者
所在地　横浜市緑区十日市場町1864-1
名称（法人）藍プラン合同会社
事業所名　あいばな　ケアセンター
説明者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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をうけ同意し交付をうけました。

利用者　住所 横浜市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿