

居宅介護支援重要事項説明書

居宅介護支援契約の締結にあたっては、「居宅介護支援重要事項説明書」の内容について十分確認され、かつ同意のうえで行っていただきますようお願いいたします。

尚、ご利用者の心身の状況により、ご判断等に支障がある場合は、ご家族または成年後見人等の立会いのうえでご契約をお願いいたします。

1. サービスの提供主体

(1) 法人名

< 名 称 > 株式会社グッドステーション

< 代 表 者 > 代表取締役 小林 正澄

< 所 在 地 > 石川県能美市寺井町二 28 番地 1

(2) サービス科目

< 名 称 > 居宅介護支援事業所 九谷

< 所 在 地 > 能美市寺井町わ 20 番地

< 電話番号 > 0761-58-5185

(3) サービスの提供窓口

< 電話番号 > 0761-58-5185

< 営業時間 > 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとする。月曜日から金曜日までとする。(国民の祝日及び12月31日から1月3日までを除く) *ただし、常時電話による相談等を受け付けるものとする。

(4) 事業所の職員体制

< 介護支援専門員 > 常勤 2 名、うち管理者 1 名

非常勤 名

2. 提供するサービスの内容

石川県より居宅介護支援事業所の指定を受け、以下の体制のもと居宅介護支援事業を行います。

(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	居宅介護支援事業所 九谷
所在地	能美市寺井町わ 20 番地
介護保険指定番号	居宅介護支援 (1762391199 号)
サービス提供地域	白山市・能美市・川北町・小松市・加賀市・野々市市・金沢市 珠洲市・内灘町・能登町、輪島市

3 . サー ビスの利用料金

(1) 利用料

利用料につきましては、厚生労働大臣の定める基準による金額となります。

ただし、要介護度についての認定を受けられた場合には、介護保険制度から全額給付されますので、ご自分で負担される必要はありません。

尚、保険料の滞納等がある場合、保険給付金が直接事業者を支払われないことがあります。

この場合は、厚生労働大臣の定める基準による金額をご利用者より直接頂戴し、あわせて事業所よりサービス提供証明書を発行させていただきます（後日、ご利用者から市区町村の窓口にてこのサービス提供証明書をご提示されますと払い戻されます）。

(2) 交通費

介護支援専門員がご利用者のご自宅を訪問させて頂く時の交通費は、事業所が負担いたします（ご利用者にご負担頂くことはありません）。

(3) 解約料

ご利用者は、いつでも契約を解約することができます、これに伴う解約料の発生はございません。

(4) お支払い方法

ご利用者ご自身に料金をご負担頂く場合には、月ごとの精算とし、毎月 15 日までに事業者より前月分の請求をさせていただきます。請求書を受け取られてから 10 日以内にお支払いいただきますようお願いいたします。

尚、入金を確認した時点で事業所より「サービス提供証明書」を発行させていただきます。お支払方法は銀行振込、口座自動引落のいずれかをご契約の際にお選びください。引落は翌月 22 日になります。

4. サービスのご利用方法

(1) サービスの利用・契約の開始

まず、相談窓口の電話番号にお電話ください。事業所の介護支援専門員がご自宅に伺い、契約を締結した後、サービスの提供を開始させていただきます。

(2) 契約期間について

契約は、契約手続きを行った日に開始となり、ご利用者の要介護状態区分の有効期限が満了する日をもって終了いたします。

但し、ご利用者から文書でのお申し出がない場合には、次回の要介護状態区分の有効期限満了日まで自動的に更新されます。

(3) サービス・契約の終了

ア、ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

契約の解約について、事業所窓口まで随時ご連絡ください。事業所より解約の書類を送付させていただきますので、お手数ですが必要事項をご記入のうえ、ご返送ください。

イ、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、ご利用者への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 ヶ月前までに事業所より文書でお知らせするとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

ウ、自動終了となる場合

以下の場合、自動的にサービスは終了となりますのでご了承ください。

- ①ご利用者の希望によりご利用者が介護保険施設に入所された場合
- ②ご利用者の要介護認定区分が要介護から要支援 2 または要支援 1 もしくは自立（非該当）と認定された場合。ただし、この場合は、担当地域の包括支援センターにご利用者の情報を提供する等、連携を取らせていただきます。
- ③ご利用者がお亡くなりになられたとき

エ、その他

事業者は、正当な理由がなく、サービスの提供を拒否することはありません。ただし、以下の場合は、サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該市区町村に状況報告をいたします。

- ① 介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合
- ② 偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合

5. 個人情報の保護

(1) 情報の保護および利用の制限

事業所は、業務上知り得たご利用者およびご家族等の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはございません。

ただし、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので、予めご理解ください。

(2) 個人情報の利用目的の変更

次に記載される事項に該当する場合は、必要とされる情報を提供するとともに、利用目的の変更についてご連絡いたします。

ア、法令に基づく場合。

イ、人の生命、身体または財産の保護のために必要であって、事前に同意を得ることが困難であるとき。

ウ、国の機関もしくは地方公共団体、またはその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

(3) 守秘義務の継続

この守秘義務は、ご利用者と事業者のご契約が終了した後も守られます。

6. 事故発生時の対応

(1) 事業所は、ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、およびご利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

(2) 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

7. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 次のことについて、ご相談や苦情などがございましたら、事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

ア、事業所が提供するサービスについて

イ、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

事業所名 居宅介護支援事業所 九谷	住所	能美市寺井町わ 20 番地		
	電話番号	<u>0761-58-5185</u>		
	FAX 番号	<u>0761-58-5114</u>		
	受付時間	平日 8 : 30 ~ 17 : 30		
		(国民の祝日及び 12 月 31 日から 1 月 3 日までを除く)		
	責任者・役職	管理者	氏名	仁地 美代

(2) 市町村介護保険苦情相談窓口

市町名	担当課	電話番号
金 沢 市	介護保険課	076-220-2264
小 松 市	長寿介護課	0761-24-8147
加 賀 市	長寿課	0761-72-7853
白 山 市	長寿介護課	076-274-9529
能 美 市	保険年金課	0761-58-2236
野々市市	介護長寿課	076-227-6066
川 北 町	福祉課	076-277-1111
珠 洲 市	福祉課	0768-82-7749
内 灘 町	福祉課	076-286-6703
輪 島 市	福祉課	0768-23-1159

(3) 介護サービス苦情 110 番 (石川県国民健康保険団体連合会)

連絡先：076-231-1110

8. 苦情処理の体制および手順

- (1) ご利用者から苦情および相談があった場合、ご利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じて状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行います。
- (2) 特にサービス提供事業者に関する苦情である場合には、ご利用者の立場を考慮しながら、事業所の

責任者に対して慎重に事実関係の特定を行います。

(3) 担当者は把握した状況を管理者とともに検討し対応方法を決定します。

(4) 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者へは必ず対応方法を含めた結果の報告を行います。

9. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

10. その他

(1) 運営の方針

ア、事業所の介護支援専門員は、ご利用者の心身の状況、能力、そのおかれている環境に応じて自立した日常生活を居宅において営むことができるように、必要な情報の提供および居宅サービス計画の作成ならびに指定サービス事業者との連絡調整等を行います。

イ、居宅サービス計画の作成にあたってのサービス事業者の選定については、ご利用者およびご家族の希望を踏まえつつ公正中立に行います。

ウ、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す。※別紙参照

エ、適切なサービスの提供のため、関係市区町村、地域のサービス提供事業者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

利 用 料 金 表 （別紙）

1 基本料金 居宅介護支援費（Ⅱ）※ICT活用または事務職員の配置を行っている場合

区分	取扱い件数	要介護1・2	要介護3・4・5
(i)	50件未満	10,860円/月	14,110円/月
(ii)	50件以上 60件未満	5,270円/月	6,830円/月
(iii)	60件以上	3,160円/月	4,100円/月

2 加算料金

加算	料金	加算要件
初回加算	3,000円/月	新規に居宅サービス計画を作成する場合要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
入院時情報連携加算 (Ⅰ)	2,500円/月	介護支援専門員が病院又は診療所に対し、入院した日の内に必要な情報提供を行った場合（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算 (Ⅱ)	2,000円/月	介護支援専門員が病院又は診療所に対し、入院後翌々日までに必要な情報提供を行った場合（提供方法は問わない）
退院・退所加算（Ⅰ） イ	4,500円/月	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること
退院・退所加算（Ⅰ） ロ	6,000円/月	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けていること
退院・退所加算（Ⅱ） イ	6,000円/月	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回以上受けていること

退院・退所加算（Ⅱ） □	7,500 円/月	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回以上はカンファレンスによること
退院・退所加算（Ⅲ）	9,000 円/月	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回以上はカンファレンスによること
ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円/月	在宅で死亡した利用者に対して死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者に提供した場合算定
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円/回	病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合（一月に二回を限度）
通院時情報連携加算	500 円/月	利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合（一月に一回を限度）

居宅介護支援 サービス利用割合等 説明書 （別紙）

①前 6 か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	72.5%
------	-------

通所介護	8.7%
地域密着型通所介護	7.2%
福祉用具貸与	87.0%

②前6か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	九谷 84.0%	ふたば 12.0%	一華 2.0%
通所介護	湯寿園 33.3%	ココファン 33.3%	ニチイ 16.6%
地域密着型通所介護	ちいちの華 60.0%	九谷道場 20.0%	テイクビズ灯 20%
福祉用具貸与	ネクスス 61.7%	ニチイ 10.0%	ライフワン 6.6%

③ 判定期間 (令和5年度)

前期 (3月1日から8月末日)

後期 (9月1日から2月末日)

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業所から居宅介護支援の提供に際して、上記の内容について説明を受け、同意しました。

【利用者】住所 _____

氏名 _____ (印)

【署名代行者】住所 _____

氏名 _____ (印)

令和 年 月 日

指定居宅支援介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要説明事項の説明を行いました。

説明者

氏名：仁地 美代 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定居宅支援介護サービス開始に同意しました。

《利用者》住所

氏名

印

《代理人》住所

氏名

印