

# 居宅介護支援重要事項説明書

あなた（利用者）に対する指定居宅介護支援の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 こばやし
主たる事務所の所在地	〒914-0137 福井県敦賀市ひばりヶ丘町1090番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役 小林 大阿
設立年月日	平成18年10月5日
電話番号	0770-23-1605

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	居宅介護支援事業所 こばやし	
サービスの種類	居宅介護支援	
事業所の所在地	〒914-0137 福井県敦賀市ひばりヶ丘町1057番地	
電話番号	0770-23-1605	
指定年月日・事業所番号	平成18年11月1日指定	1870200282
管理者の氏名	小林 ちゑ子	
通常の事業の実施地域	敦賀市及び美浜町	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

## 4. 提供するサービスの内容

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（ケアプラン）」を作成します。
- あなたの居宅サービス計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更しま

す。

- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に  
対処します。
- あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、1月1日、1月2日は休日とします。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、利用者の希望に応じて、24時間対応可能な体制を整えるものと します。

## 6. 事業所の職員体制（令和6年 10月 1日現在）

従業者の職種	員 数		
	常勤	非常勤	計
介護支援専門員	2人	1人	3人

## 7. 利用料

指定居宅介護支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものと  
し、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

### （1）居宅介護支援の利用料

#### 【基本利用料】

取扱要件	利用料 (1ヵ月あたり)	
居宅介護支援費（Ⅰ） 〈取扱件数が40件未満〉	要介護度1・2	10,860円
	要介護度3・4・5	14,110円
居宅介護支援費（Ⅱ） 〈取扱件数が40件以上 60件未満〉	要介護度1・2	5,440円
	要介護度3・4・5	7,040円
居宅介護支援費（Ⅲ） 〈取扱件数が60件以上〉	要介護度1・2	3,260円
	要介護度3・4・5	4,220円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場  
合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基  
本利用料を書面でお知らせします。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
初回加算	新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し居宅サービス計画を作成する場合（1月につき）	3,000円
入院時情報連携加算（Ⅰ）	利用者が病院等に入院した日のうちに、病院等の職員に対し、必要な情報を提供	2,500円
入院時情報連携加算（Ⅱ）	利用者が病院等に入院した日の翌日又は翌々日に、病院等の職員に対し、必要な情報を提供	2,000円
退院・退所加算（Ⅰ）イ	カンファレンス参加無、連携1回	4,500円／回
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	カンファレンス参加有、連携1回	6,000円／回
退院・退所加算（Ⅱ）イ	カンファレンス参加無、連携2回	6,000円／回
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	カンファレンス参加有、連携2回	7,500円／回
退院・退所加算（Ⅲ）	カンファレンス参加有、連携3回	9,000円／回
ターミナルケアマネジメント加算	在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者又はその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合	4,000円
緊急時等居宅カンファレンス加算	病院等の求めにより、医師等と共に居宅を訪問してカンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合（1月に2回を限度）	2,000円
通院時情報連携加算	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状態や生活環境等の必要な情報提供を行い、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（月に1回を限度）	500円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域において、 <u>通常の事業の実施地域外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の5%

【減算】以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
運営基準減算	指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合	上記基本利用料の50% (2月以上継続の場合 100%)
特定事業所集中減算	居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等について特定の事業者への集中率が、 正当な理由なく80%を超える場合	2,000円

## 8. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 9. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

氏 名：

連絡先（電話番号）：0770-23-1605

## 10. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

事業所相談窓口	電話番号 0770-23-1605 担 当：小林 ちゑ子 責任者：小林 大阿
---------	---

(2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	敦賀市介護保険担当課	住 所 敦賀市中央町2丁目1番1号 電話番号 0770-22-8180
	美浜町介護保険担当課	住 所 三方郡美浜町郷市25-25 電話番号 0770-32-6704
	福井県国民健康保険団体連合会	住 所 福井市西開発4丁目202番1 番号 0776-57-1611

## 11. 秘密保持

従業者及び従業者であったものは、利用者又はその家族の秘密を保持します。

2 従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

## 12. 個人情報の保護

利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を

遵守し適切な取扱いに努めます。

- 2 利用者又はその家族の個人情報については、事業者による指定居宅介護支援等の提供以外の目的では利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を利用する場合や、外部への情報提供については、利用者又はその家族の同意をあらかじめ文書で得ておくものとします。

### 1 3. 公正中立なケアマネジメントの確保

利用者又はその家族は、ケアプランに位置づける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、当該事業所をケアプランに位置づけた理由についても説明を求めることができます。

### 1 4. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施するよう努めます。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 1 5. 感染症及びまん延防止処置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における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概ね 6 月に 1 回開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

### 1 6. 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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	責任者 小林 大阿
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町に通報します。
- (6) 虐待防止のための本指針を策定し、全ての職員は本指針に従い、業務にあたることとする。

### 1 7. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又はサービス事業所の担当者へご連絡ください。

令和      年      月      日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者      住      所      敦賀市ひばりヶ丘町１０９０番地  
事業者（法人）名      株式会社      こばやし  
代表者職・氏名      代表取締役      小林      大阿      印  
説明者職・氏名      印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利   用   者      住      所  
氏      名      印

署名代行者（又は法定代理人）

住      所  
氏      名      印  
本人との続柄

立   会   人      住      所  
氏      名      印

# 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 使用目的

- （１）介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- （２）上記（１）の外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- （３）現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師、看護師等に説明する場合。

### 2. 個人情報を提供する事業者

- （１）居宅サービス計画に 掲載されているサービス事業所
- （２）病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

### 3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4. 使用する条件

- （１）個人情報の利用については、必要最少限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外のものに洩れる事のないよう細心の注意を払う。
- （２）個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和      年      月      日

居宅介護支援事業所こばやし殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

（家 族） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印