

介護支援重要事項説明書

<2024 年 4 月 1 日 現在 >

1 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	ハートサービス桶川事業所
所在地	埼玉県桶川市西 2-5-7
介護保険指定番号	居宅介護支援 (埼玉県 1175201134 号)
サービスを提供する地域 *	桶川市、北本市、伊奈町

* 上記地域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

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1 名	0 名	サービス管理全般	1 名
介護支援専門員	1 名以上	0 名	サービス計画の立案・管理等	1 名以上
事務職員	0 名	0 名		

※管理者は介護支援専門員を兼務。

(3) 営業時間

平 日	午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 30 分
土・日・祝祭日、年末年始 (12/29~1/3)	お休み

2 居宅介護支援の主な内容

介護支援専門員が、利用者に合った「ケアプラン」を作成し、そのプランに沿って安心してサービスを利用できるように支援します。

- ①居宅サービス計画の作成
- ②居宅サービス事業者との連絡調整
- ③サービス実施状況の把握、評価
- ④利用者状況の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要介護認定申請に対する協力、援助
- ⑦相談業務

- * 利用者やその家族は、ケアプラン作成時、居宅サービス事業者等の選定理由を求めることができ、また複数の居宅サービス事業者の紹介を求めることができます。
- * ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から、前 6 か月間に作成した当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、福祉用具貸与の各サービスの利用割合や、各サービスにおける同一事業者によって提供されたものの割合を【別紙 2】のとおりご説明するとともに、介護サービス情報公表制度において公表しております。

3 利用料金

(1) 居宅介護支援利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から利用料金の全額を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、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて【別紙1】の金額をいただき、当事業所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市町村の窓口に出しますと、全額払戻を受けられます。
- * 医療機関や介護保険施設等より退院・退所される方等で、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断があった際、サービス利用に至らなかった場合でも必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われていれば介護保険サービスが提供されたものと同様に取扱い、適当と認められるケースは居宅介護支援の基本報酬の算定を行います。

(2) 交通費

前記1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の実費が必要です。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額になります。

- ① 通常の事業所の実施地域を越えてから、片道20キロ未満 300円
- ② 通常の事業所の実施地域を越えてから、片道20キロ以上 600円

(3) 解約料

利用者は契約を解約することができます。解約料金は頂きません。

(4) 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、15日までに前月分の請求をいたしますので、請求日より15日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

4 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。当事業所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。

(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
文書等でお申し出くだされば、いつでも解約できます。
- ② 当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、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します。
- ③ 自動終了
以下の場合、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。
 1. 利用者が介護保険施設・特定施設入居者生活介護適用施設・(介護予防)認知症対応型共同生活介護を提供する施設に入所した場合 ⇒ 入所日の翌日
 2. 利用者の要介護状態区分が、要支援1・2、自立(非該当)と認定された場合 ⇒ 要支援1・2、自立(非該当)と認定された日
 3. 利用者が死亡した場合 ⇒ 死亡日の翌日

④ その他

1. 利用者やご家族などが当事業所や当事業所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きます。
2. 介護保険サービスを利用しない期間が3ヶ月を経過した場合、再相談を頂いた時点での担当件数等状況によりお受けできない場合がございます。

5 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、利用者様の人格と人生観を尊重し、心身の状態を踏まえてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、居宅サービス計画の作成を支援します。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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) 感染症や災害への対応力強化

- ① 感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施等の取り組みを行います。
- ② 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な業務が継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等の取り組みを行います。

(3) 虐待防止に関する事項

事業所は利用者の人権擁護、虐待防止のために、次の必要な措置を講じます。

- ① 虐待の発生、再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、担当者の設置
- ② 従業員に対する研修の実施
- ③ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ④ その他虐待防止のための必要な措置

* 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

6 損害賠償

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。当該事業所は東京海上日動火災保険株式会社「居宅介護事業者賠償責任保険」に加入しています。

7 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業者お客様苦情担当

サ ー ビ ス 相 談 窓 口	担 当 者	電 話
ハートサービス桶川事業所 埼玉県桶川市西2-5-7 時間: 午前8:30 ~ 午後5:30 (月~金) ※ただし祝祭日、年末年始(12/29~1/3)は除く	岡田 美奈子	048-657-8005

(2) 苦情相談等の処理体制

(1)	窓口を担当者が居る場合は、直接対応します。 窓口を担当者が不在時は、他職員が対応し、担当者へ報告します。
(2)	苦情・相談等の内容をよく伺い、状況を詳しく把握します。
(3)	担当者が必要と判断する場合には、サービス提供担当職員を中心に検討会議を開き、対応を検討します。
(4)	検討会議の結果、必ず具体的な対応を迅速に行います。
(5)	苦情対応の記録を保管すると共に改善に活用し、再発防止に努めます。

(3) その他

当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

担 当	電 話
桶 川 市 役 所 高 齢 介 護 課	0 4 8 - 7 8 6 - 3 2 1 1
北 本 市 役 所 高 齢 介 護 課	0 4 8 - 5 9 1 - 1 1 1 1
伊 奈 町 役 場 福 祉 課	0 4 8 - 7 2 1 - 2 1 1 1
埼 玉 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会	0 4 8 - 8 2 4 - 2 5 6 8

8 当社の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	有限会社ハートサービス
代 表 者 役 職 氏 名	代表取締役 高安 正典
法 人 設 立 年 月 日	1991 年 9 月 1 日
所 在 地	埼玉県桶川市北2-6-15
事 業 所 電 話 番 号	048-776-7700
定款の目的に定めた主な事業	1 介護保険法による指定居宅介護支援事業 2 介護保険法による指定介護予防支援事業 3 介護保険法による居宅サービス事業 4 介護保険法による介護予防サービス事業 他

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	所在地	埼玉県桶川市北 2-6-15
	名称	有限会社ハートサービス
	代表者	代表取締役 高安 正典
	説明者	所属 ハートサービス桶川事業所
	氏名	_____

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

○ 担当 居宅介護支援事業所 ハートサービス桶川事業所

○ 料金

- ・ 居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたりについて、下の表により決められます。ただし、法定代理受領により当事業所の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はございません。

算定項目	介護度	単位	内容
* 居宅介護支援費Ⅰ(i)	要介護1・2	1086	介護支援相談員一人当たり45件未満の場合
	要介護3・4・5	1411	
居宅介護支援費Ⅰ(ii)	要介護1・2	544	介護支援相談員一人当たり45件～60件未満の場合
	要介護3・4・5	704	
居宅介護支援費Ⅰ(iii)	要介護1・2	326	介護支援相談員一人当たり60件以上の場合
	要介護3・4・5	422	
居宅介護支援費Ⅱ(i)	要介護1・2	1086	介護支援相談員一人当たり50件未満の場合 ・ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置時
	要介護3・4・5	1411	
居宅介護支援費Ⅱ(ii)	要介護1・2	527	介護支援相談員一人当たり50件～60件未満の場合 ・ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置時
	要介護3・4・5	683	
居宅介護支援費Ⅱ(iii)	要介護1・2	316	介護支援相談員一人当たり60件以上の場合 ・ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置時
	要介護3・4・5	410	
* 初回加算	全介護度	300	・新規に居宅サービス計画を策定した場合 ・要介護状態区分が2段階以上変更となった場合
* 入院時情報連携加算Ⅰ	全介護度	250	・利用者一人につき1回を限定 ※1
* 入院時情報連携加算Ⅱ	全介護度	200	・利用者一人につき1回を限定 ※2
* 退院・退所加算(カンファレンス参加なし)	全介護度	450	・連携1回の場合
* 退院・退所加算(カンファレンス参加なし)	全介護度	600	・連携2回の場合
* 退院・退所加算(カンファレンス参加あり)	全介護度	600	・連携1回の場合
* 退院・退所加算(カンファレンス参加あり)	全介護度	750	・連携2回の場合
* 退院・退所加算(カンファレンス参加あり)	全介護度	900	・連携3回の場合
* 通院時情報連携加算	全介護度	50	・利用者一人につき1回を限定
* 特定事業所加算(Ⅲ)	全介護度	323	特定事業所加算(Ⅲ)の算定要件に準じた体制が整備されている場合
緊急時等居宅カンファレンス加算	全介護度	200	・1月2回を限度
ターミナルケアマネジメント加算	全介護度	400	ターミナルケアマネジメント加算算定を行う体制が整備された場合

※1 医療機関に入院した利用者について、入院した日以内に情報提供をした場合。(入院日以前、または営業時間終了後及び営業日以外の日の翌日を含む。)

※2 医療機関に入院した利用者について、入院した日の翌日又は翌々日に情報提供をした場合。

(営業時間時間終了後に入院した場合であって、入院日から3日目が営業日でない場合はその翌日を含む。)

※3 当事業所は介護保険法上の地域区分6級地に立地しており、上記単位数に10.42円を乗じた金額が介護報酬として支払われます。

※4 当事業所は*印をつけた項目のみ算定します。

○ 主治医から指示を受けサービスを算定したケアプランは、主治医への提出が義務つけられました。

○ 入院した時には担当介護支援専門員の名前と連絡先を病院側にお伝えください。

○ 相談、要望、苦情等の窓口

居宅介護支援に関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

ハートサービス桶川事業所 埼玉県桶川市西2-5-7 時間: 8:30 ~ 17:30 (月～金) ※ただし祝祭日、年末年始(12/29～1/3)は除く	岡田美奈子	048-657-8005
---	-------	--------------

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 ____ %
通所介護 ____ %
地域密着型通所介護 ____ %
福祉用具貸与 ____ %

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			
通所介護			
地域密着型通所介護			
福祉用具貸与			

判定期間 令和 ____ 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)

個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報について、次に記載するところ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 使用する目的

- ① 居宅サービス計画書に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合。
- ② 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う情報の提供。
- ③ 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係者と連携を図るため。
- ④ 居宅サービス事業者等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、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への提供。
- ⑤ 災害発生時等の緊急時、救急救命や安全確保等の支援時に、必要な関連機関や関係者への情報の提供。

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者。利用者の生命や安全確保に係る関連機関や関係者。

3 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、前記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

4 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が居宅介護支援を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報。
- ② その他の情報
※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

5 使用する期間

居宅介護支援契約締結日から契約満了日まで

年 月 日

有限会社ハートサービス 御中

利用者 住所 _____

氏名 _____

家族代表 住所 _____

氏名 _____

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住所 _____

氏名 _____