

指定居宅介護支援事業

重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1. 事業者(法人)の概要

法人の名称	株式会社 文蔵		
法人種別	営利法人		
代表者名	代表取締役 越前 由高		
所在地	秋田県能代市南元町3番10号		
連絡先	電話	0185-89-5888	
	F A X	0185-89-5880	

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業所番号

事業所の名称	きずなケアマネセンター		
所在地	秋田県能代市南元町3番10号		
連絡先	電話	0185-89-5888	
	F A X	0185-89-5880	
事業所番号	指定事業所番号 0570218131 号 能代市		
管理者の氏名	鈴木 恵理子		

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				業務内容
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者 (主任介護支援専門員)	1	0	1	0	0	利用申込に係る調整、業務実施状況の把握その他の管理業務
主任介護支援専門員	1	0	0	1	0	居宅介護支援業務を行います。

(3) 通常の事業のサービス実施地域

通常の事業のサービス実施地域※	能代市、八峰町、三種町、藤里町、北秋田市 大館市
-----------------	-----------------------------

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業時間	平日 月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時30分 (但し、12月29日～1月3日を除く)
緊急時連絡先	0185-89-5858

3. 居宅介護支援サービスの内容及び実施概要

要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、置かれている環境、そして利用者及びその家族の意向等を勘案して「居宅サービス計画」を作成し、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう事業者等との連絡調整その他のサービスの提供を行います。

事 項	備 考
居宅サービス計画(ケアプラン)の作成等	課題の分析(アセスメント)の実施 サービス担当者会議の開催(テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行うことができるものとする。) ケアプランの実施状況の把握・評価(モニタリング)の実施
課題分析(アセスメント)の方法	「ほのぼの」シリーズ方式を使用し、厚生労働省の標準課題項目に準じて最低月1回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握(モニタリング)を行う
調査(課題把握)の方法	「ほのぼの」シリーズ方式を使用
給付管理業務	
要介護等認定の申請に係る援助を行う	
介護支援専門員への研修の実施	現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加
担当者の変更	担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能

4. 費用

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、介護保険制度から全額給付されますので自己負担はありません。なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【 料 金 表 】

(1) 利用料金及び居宅介護支援費

居宅介護支援の基本報酬		令和6年4月1日より	
○居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所			
居宅介護支援費（Ⅰi）	介護支援専門員1人あたりの利用者45人未満	要介護1・2	1,086 単位
		要介護3・4・5	1,411 単位
居宅介護支援費（Ⅰii）	介護支援専門員1人あたりの利用者45人以上60人未満	要介護1・2	544 単位
		要介護3・4・5	704 単位
居宅介護支援費（Ⅰiii）	介護支援専門員1人あたりの利用者60人以上	要介護1・2	326 単位
		要介護3・4・5	422 単位
○指定居宅サービス事業者等との間で居宅サービス計画に係るデータを電子的に送受信するためのシステムの活用及び事務職員の配置を行っている事業所			
居宅介護支援費（Ⅱi）	介護支援専門員1人あたりの利用者50人未満	要介護1・2	1,086 単位
		要介護3・4・5	1,411 単位
居宅介護支援費（Ⅱii）	介護支援専門員1人あたりの利用者50人以上60人未満	要介護1・2	527 単位
		要介護3・4・5	683 単位
居宅介護支援費（Ⅱiii）	介護支援専門員1人あたりの利用者60人以上	要介護1・2	316 単位
		要介護3・4・5	410 単位

(2) 加算について

初 回 加 算	新規に居宅サービス計画を作成する場合	300 単位
入院時情報連携加算(Ⅰ)	病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報の提供を行った場合 ※入院日以前の情報提供を含む。 ※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。	250 単位
入院時情報連携加算(Ⅱ)	病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報の提供を行った場合 ※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。	200 単位
イ)退院・退所加算(Ⅰ)イ	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	450 単位

ロ)退院・退所加算(Ⅰ)ロ	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	600 単位
ハ)退院・退所加算(Ⅱ)イ	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受けていること	600 単位
ニ)退院・退所加算(Ⅱ)ロ	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、うち一回はカンファレンスによること	750 単位
ホ)退院・退所加算(Ⅲ)	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、うち一回はカンファレンスによること	900 単位
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当該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、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該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「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行う	400 単位
緊急時等 居宅カンファレンス加算	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	200 単位
通院時情報連携加算	病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合	50 単位
看取り期におけるサービス 利用に至らなかった場合 の評価	居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等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、介護保険サービスが提供されたものと同等に取扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を行う。	

(3) 利用料金及び居宅介護支援費 [減算]

特定事業所 集中減算	正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中等 (指定訪問介護・指定通所介護・指定地域密着型通所 介護・指定福祉用具貸与)	1月につき 200 単位減算
---------------	---	-------------------

運営基準減算	適正な居宅介護支援が提供できていない場合 運営基準減算が2月以上継続している場合算定できない	基本単位数の 50%に減算
--------	---	------------------

※要介護認定を受けられた方の、居宅介護支援については、自己負担はありません。

(4) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことになります。

なお、自動車を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

通常の事業実施地域の境界を越えてから、片道20km未満	500円
通常の事業実施地域の境界を越えてから、片道20km以上 1km 毎に	500円 +20円を追加

(5) 利用料等のお支払い方法(自己負担や交通費などの支払いが生じる場合に限る)

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、30日までに下記口座にお振り込みください。入金確認後、領収書を発行いたします。

秋田銀行 能代支店 普通預金口座 (口座番号 592717) 口座名義 株式会社 文蔵 代表取締役 越前 由高

5. 事業所の特色等

(1) 運営の目的と方針

- ① ご利用者が要介護状態等になった場合でも、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を送ることが出来るように支援します。
- ② ご利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じてご利用者の選択に基づいた適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう支援致します。
- ③ 指定居宅介護支援の提供にあたっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定のサービス事業者に不当に偏ることがないよう公正中立に事業を実施致します。
- ④ 事業所は、利用者に提供される指定居宅サービス等について、前6月間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、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及び同一の訪問介護等事業者によって提供されたものが占める割合(上位3位まで)等につき十分説明し理解を得るよう努めます。
なお、この内容を利用者等に説明にあたっては、理解が獲られるよう、文章の交付(別紙1参照)に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用者から署名を得ることとします。また、前6月間については、毎年度2回 ① 前期(3月1日から8月末日) ② 後期(9月1日から2月末日) なお、説明については、指定居宅介護支援の提供の開始に際し直近の①または②の期間の当該割合等を行うものとします。
- ⑤ 市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。
- ⑥ ご利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。

- ⑦ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等についてケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ⑧ ご利用者やその家族に対し、利用者は計画に位置付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あることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。
- ⑨ 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にします。

(2) その他

従業者の現任者研修を年2回以上、採用後3か月以内新任者研修を行っています。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話等でお申し込みください。当事業所の介護支援専門員がお伺いいたします。契約を締結したあと、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

文書でお申し出があればいつでも解約できます。また、お電話でお申し出いただければ、担当介護支援専門員がお伺いしてサービス終了手続きをいたします。

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由により、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がその場合は、終了1か月前までに文書で通知するとともに、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

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。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、介護保険の非該当(自立)と認定された場合

ウ ご利用者が亡くなられた場合または被保険者資格を喪失されたとき

④ その他

ア ご利用者やご家族の方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きます。

7. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	きずなケアマネセンター	
窓口責任者	鈴木 恵理子	
連絡先	電話	0185-89-5888
	F A X	0185-89-5880

面接場所	当事業所 相談室
苦情箱	当事業所に設置
受付時間	平日 午前 8 時30分～午後 5 時30分 (但し、12月29日～1月3日を除く)

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当介護支援専門員およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような対応を行います。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び秋田県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

能代市役所 市民福祉部 長寿いきがい課 介護保険係	所在地	能代市上町1-3
	電話番号	0185-89-2157
	F A X	0185-89-1791
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:15
三種町役場 福祉課 介護保険係	所在地	山本郡三種町鶴川字岩谷子8
	電話番号	0185-85-2247
	F A X	0185-85-2178
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:15
八峰町役場 福祉保健課 保険年金係	所在地	山本郡八峰町八森字中浜63
	電話番号	0185-76-4608
	F A X	0185-76-2113
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:15
北秋田市役所 健康福祉部 高齢福祉課 介護保険係	所在地	北秋田市花園町19番1号
	電話番号	0186-62-1112
	F A X	0186-62-4296
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:15
大館市役所 福祉部長寿課 介護保険係	所在地	大館市字三ノ丸103番地4
	電話番号	0186-43-7055
	F A X	0186-42-8532
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:15

藤里町役場 町民課 町民福祉係	所在地	山本郡藤里町藤琴字藤琴8番地
	電話番号	0185-79-2113
	F A X	0185-79-2293
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:15
秋田県 国民健康保険 団体連合会	所在地	秋田市山王4-2-3
	電話番号	018-862-6864
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 9:00～PM 3:00
秋田県社会福祉 協議会	所在地	秋田市旭北栄町1-5
	電話番号	018-864-2775
	受付日時	毎週月曜日～金曜日(但し、休日を除く) AM 8:30～PM 5:00

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治の医師、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画(介護予防支援計画)を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応方法

事業所の過誤及び過失の有無に関らず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合は、下記のとおりに対応を致します。

(1) 事故発生の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、利用者様の緊急連絡先(ご家族等)、市町村(保険者)に速やかに報告します。

(2) 処理経過及び再発防止策の報告

上記の事故報告を行った場合は、対応経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村(保険者)に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

(3) 当事業所の提供サービスにより、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(当事業所はあいおい損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

10. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業所は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

(1) 利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援専門員が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

11. 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 事業者は、利用者及び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」及び厚労省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。
- (3) この守秘義務は契約終了後も同様です。

12. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- (1) 利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。
- (2) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求められます。
- (3) 特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
- (4) 居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及びその家族、当該サービス担当者との合意を図ります。
- (5) 末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問(モニタリング)をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

13. 感染症の予防及びまん延の防止に関する事項

事業所は当該事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- (2) 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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 当該事業所において、介護支援専門員に対し、感染症予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

14. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための指針を整備しています。
- (2) 介護支援専門員に対し、虐待の防止の研修を定期的実施します。
- (3) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を配置します。

(4) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(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します。

15. 業務継続計画の策定に関する事項

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の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務計画に従い必要な措置を講じます。

(1) 事業所は、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実施するものとします。

(2) 事業所は、感染症及び非常災害の業務継続研修及び訓練を年2回実施し、定期的に業務継続の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

16. 身体拘束等の適正化のための措置に関する事項

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得たうえで、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。また次の各号に掲げる措置を講ずるものとします。

(1) 事業所が定期的に開催する身体拘束等適正化の委員会に身体拘束等適正担当者が出席し、その結果について、他介護支援専門員に周知徹底を図ります。

(2) 事業所は、身体拘束等適正化の委員会が整備した身体拘束等適正化の為の指針を遵守する。

(3) 事業所は、身体拘束等適正化の委員会が定期的実施する身体拘束等適正化のための研修を受講します。

17. サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。また、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

18. その他運営に関する重要事項

(1) 事業所は、適切な指定居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、指定居宅介護支援に関する諸記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存するものとします。

■ 緊急時等連絡先

緊急時 連絡先 (家族等)	①	氏名				続柄		
		住所						
		電話番号	自宅					
			携帯電話					
	②	氏名				続柄		
		住所						
		電話番号	自宅					
			携帯電話					
主治医	病院名・科名							
	所在地							
	主治医氏名							
	電話番号							

■ 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、_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡をいたします。

附 則

この重要事項説明書は、平成30年4月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、平成31年1月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、平成31年4月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、令和元年10月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、令和2年12月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、令和3年4月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、令和4年1月1日から施行する。
 この重要事項説明書は、令和6年4月1日から施行する。

当事業者は、居宅介護支援のサービスの利用にあたり利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 令和 年 月 日

事業者	所在地	秋田県能代市南元町 3 番 10 号
	事業者(法人)名	株式会社 文蔵
	事業所名	きずなケアマネセンター
	事業所番号	0570218131号 能代市
	代表者名	代表取締役 越前 由高

説明者	職名	介護支援専門員
	氏名	_____

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容およびついて同意の上、本書面を受領しました。
この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、各自1通を保有するものとします。

同意年月日： 令和 年 月 日

利用者本人	住所	_____
	氏名	_____

(署名・法定)代理人	住所	_____
	氏名	_____ 続柄

きずなケアマネセンターサービス利用割合等説明書

- 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

種 類	割 合
訪問介護	35%
通所介護	36%
地域密着型通所介護	1%
福祉用具貸与	48%

- 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。(上位3位)

サービス種類	事業者名①		事業者名②		事業者名③	
訪問介護	きずなヘルパー ステーション	52%	株式会社虹の街(能代 営業所)	20%	J Aあきた白神ホームヘルプ サービス	6%
					ニチイケアセンター能代	
					能代市社会福祉協議会	
通所介護	能代市社会福祉協 議会	32%	デイハウスふあり	23%	デイサービスセンターよねし ろ	13%
地域密着型通 所介護	こもれびデイサー ビス	100%	なし		なし	
福祉用具貸与	福祉用具センター 虹の街能代	32%	ダスキンヘルスレン ト秋田白神ステーシ ョン	28%	株式会社 かんきょう	23%

- ③ 利用開始期間 令和6年9月1日～令和7年2月末日

- ④ 判定期間 令和6年

- ⑤ (□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、きずなケアマネセンターから居宅介護支援の提供に際して、上記内容について説明を受け同意しました。

【利用者本人】 氏 名 _____

【署名代理人】 氏 名 _____ 続柄 _____