

居宅介護支援重要事項説明書

<令和7年5月1日現在>

1 居宅介護支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社LIFE STAGE
代表者名	代表取締役 大荒強志
所在地・連絡先	(所在地) 京都府京都市下京区綾小路通堀川西入妙満寺町580番地3 (電話) 075-366-2278 (FAX) 075-366-2279

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ケアサポートAKIRA
所在地・連絡先	(所在地) 京都府京都市下京区綾小路通堀川西入妙満寺町580番地3 (電話) 075-384-0284 (FAX) 075-366-2279
事業所番号	2670401260
管理者の氏名	斉木 晃弘

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数 (人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管 理 者	1	1		1	業務の管理等
介護支援専門員	1	1		1	ケアプランの作成等

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市下京区、中京区、右京区（京北地域除く）
------------	------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日等

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	9：00～18：00

営業しない日	土・日曜日・祝日・12月29日～1月3日
--------	----------------------

3 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法等

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。
- カ 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。

4 費用

(1) 利用料

要介護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。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者に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箇月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

- ・当事業所の地域区分は5級地です。（単価：10.7円）

区分	取扱い件数	要介護1・2	要介護3・4・5
I	45件未満	11,620円/月	15,097円/月
II	45件以上60件未満	5,820円/月	7,532円/月
III	60件以上	3,488円/月	4,514円/月

- ・加算項目

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金
初回加算	300単位	3,210円／月
入院時情報連携加算Ⅰ	200単位	2,140円／月
入院時情報連携加算Ⅱ	100単位	1,070円／月
退院退所加算(Ⅰ)1	450単位	4,815円／月
退院退所加算(Ⅰ)2	600単位	6,420円／月
退院退所加算(Ⅱ)1	600単位	6,420円／月
退院退所加算(Ⅱ)2	750単位	8,025円／月
退院退所加算(Ⅲ)	900単位	9,630円／月
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位	2,140円／月
ターミナルケアマネジメント加算	400単位	4,280円／月
通院時情報連携加算	50単位	535円／月

(2) 交通費

2の(3)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、通常の事業の実施地域を越えた所から公共交通機関を利用した実費が必要となります。

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。

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1キロメートル毎	50円
-------------------------------	-----

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月、翌月末までに前月分の請求をいたしますので、翌月末までに以下の方法によりお支払いください。

なお、入金確認（お支払い）後、領収証を発行します。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	次の口座にお振込みください。 <振込先口座> 京都信用金庫 普通預金口座（口座番号3029130） 口座名義 株式会社 LIFE STAGE 代表取締役 大荒強志
現金払い	当事業所の窓口にて、お支払いください。

5 事業所の特色等

(1) 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。

(2) 運営方針

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。

(3) 感染防止等について

事業者は、感染症の発生及びまん延しないよう、対策を検討する共に指針を整備し、職員に対して研修及び訓練を定期的の実施します。

(4) 虐待防止について

事業所において虐待の発生や再発を防止するため、地域包括支援センター等と綿密に連携を図るとともに、職員に対する研修を定期的の実施します。

6 サービス割合の説明

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

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者 斉木 晃弘 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話（075－384－0284）
当法人相談窓口	窓口責任者 大荒 強志 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話（075－366－2278）
京都市中京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課 介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日8：30～17：00 電話番号：075－812－2566
京都市右京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課 介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日8：30～17：00 電話番号：075－861－1430
京都市下京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課 介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日8：30～17：00 電話番号：075－371－7228
京都市上京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課 介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日8：30～17：00 電話番号：075－441－5107
京都市北京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	受付時間：月曜日～金曜日8：30～17：00 電話番号：075－432－1366

介護保険担当	
京都市左中京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課 介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075－702－1071
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 電話番号：075－354－9090

8 緊急時及び事故発生時等における対応方法

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医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村及び当該利用者の家族等に連絡を行います。

主治医	病 院 名	
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先（家族等）	氏 名（続柄）	
	住 所	
	電 話 番 号	

9 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 利用者、その家族に関する秘密の保持について事業者はサービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその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。

この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

- (2) 個人情報の保護について事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議で用いません。

事業者は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

居宅介護支援の開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付のうえ、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

説明年月日：令和 年 月 日

事業者

住 所 京都市下京区綾小路堀川西入妙満寺町 580 番地 3
事業者（法人）名 株式会社 LIFE STAGE
事 業 所 名 ケアサポート A K I R A
（事業所番号） 2670401260
代表者名 代表取締役 大荒 強志 印

説明者

職 名 管理者
氏 名 齊木 晃弘 印

私は、重要事項説明書に基づいて居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

利用者本人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名

印

(利用者との関係：)