

重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

社会福祉法人誠正会
居宅介護支援事業所 いちご

重要事項説明書（居宅介護支援事業所 いちご）

令和 7 年 12 月 15 日現在

この居宅介護支援重要事項説明書は、お客様が、介護保険サービスを受けられるに際し、お客様やそのご家族に対し、当法人の事業運営規定の概要や介護支援専門員の勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると、認められる重要事項を記したものです。

1 支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人誠正会
代表者名	理事長 田中正大
設立年月日	平成19年6月1日
所在地・連絡先	(住所) 愛知県西尾市市子町稲荷 122 番地 (電話) 0563-55-3915 (FAX) 0563-54-1851

2 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所 いちご
開設年月日	平成21年4月1日
所在地・連絡先	(住所) 愛知県西尾市市子町稲荷 122 番地 (電話) 0563-54-1858 (FAX) 0563-54-1860
事業所番号	2373200647
管理者の氏名	皆川 香苗

3 事業所の職員体制

事業者の種類	人数 (人)	区分				常勤換算後 の人数 (人)
		常勤（人）		非常勤（人）		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			0.5
介護支援専門員	3	2	1			2.5

4 営業日

営業日	月曜日 ～ 金曜日
休日	土・日曜日 ・ 12月30日～1月3日
営業時間	8時30分 ～ 17時30分
休日の緊急連絡方法	電話 0563-55-3915 「特別養護老人ホーム いちご」事務所職員が対応させていただきます

5 事業の実施地域

西尾市全域（佐久島を除く）

6 事業の目的及び運営方針

(1)事業の目的

指定居宅介護支援の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者に対し適切な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

(2)運営方針

- ①本事業所は、被保険者が要介護状態になった場合、その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営むことができるように配慮して行う。
- ②本事業所は、利用者の心身の状況やその置かれている環境に応じて、利用者の意向を尊重し、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配慮して行う。
- ③本事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供される指定居宅サービスが、特定の種類、事業者に偏ることのないよう公平、中立に行う。
- ④本事業所は、事業の運営に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、指定居宅サービス事業者、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る。

(3)運営に関する基準

居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であることとする。

(4)ケアマネジメントの公正性

ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、介護サービス情報公表制度において情報を公表する。

7 居宅介護支援サービスの内容・提供方法

(1) 提供するサービス

① 居宅サービス計画の作成 （作成までの手順は次のとおりです）

- ・ご自宅を訪問し、ご本人やご家族からお話を伺います。
- ・ご利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するにあたり、いくつかの質問をさせていただき、課題分析を行います。
- ・ご利用者やご家族の了解を得て、主治医意見書を閲覧したり、意見をお尋ねすることがあります。
- ・介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて、居宅サービス計画を検討します。
- ・居宅サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し、同意を得ます。
- ・ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について複数の居宅サービス事業所の紹介を求めることができます。

また、当該事業所を居宅サービス計画書に位置付けた理由を求めることもできます。

② 関連機関への情報の提供

- *利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合は、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所にお伝え下さい。

③ 要介護認定の申請、変更の代行

④ 居宅サービス事業者との契約締結に関する必要な援助

⑤ 関連事業者等の連絡調整

⑥ 給付管理票の作成、提出

- ・毎月、愛知県国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスをチェックします。

- (2) 居宅サービス計画外のサービス利用を希望する場合は、事前に当事業所へご連絡ください。当該サービス事業所との調整をいたします。
- (3) やむを得ず当事業所を通じて調整を行わずに居宅サービス計画外のサービスを受けた場合は、すみやかにご連絡くださいますようお願い致します。

8 訪問頻度の目安

毎月1回以上訪問します。

9 身分証明書の携行

介護支援専門員は身分証明書を携行し、初回訪問時及び、利用者又はその家庭から求められた時は提示を行います。

10 緊急対応・連絡

利用者の状況を把握し、速やかに本人の家族等の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11 虐待の防止について「虐待の防止のための措置に関する事項」

当事業所は、介護施設事業者又は介護者（家族・同居人等）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。

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を定めます。
- (2) 指針の整備を義務付けています。
- (3) 研修体制を整備しています。（年1回以上）
- (4) 虐待防止を啓発・普及するための委員会を開催しています。

12 ハラスメント対策について

事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発を行います。また、相談（苦情を含む）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備をします。

13 事故発生時の対応

介護支援専門員等は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告しなければならない。

14 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。

保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度に応じてお支払いいただき居宅介護支援事業所いちごからサービス提供証明書を発行させていただきます。このサービス提供証明書を後日、該当の市役所窓口提供しますと、全額払戻しを受けることができます。

1単位は10.42円（令和6年4月より）

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| ・居宅介護支援費（Ⅰ）要介護1・2 | 1,086 単位／月 |
| ・居宅介護支援費（Ⅰ）要介護3・4・5 | 1,411 単位／月 |
| ・初回加算 | 300 単位／月 |
| ・入院時情報連携加算（Ⅰ） | 250 単位／月（入院した日） |
| ・入院時情報連携加算（Ⅱ） | 200 単位／月（入院した日の翌日又は翌々日） |

・退院退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450 単位	600 単位
連携 2 回	600 単位	750 単位
連携 3 回	×	900 単位

・緊急時居宅カンファレンス加算 200 単位／回（1 月に 2 回まで算定可能）

・通院時情報連携加算 50 単位／月

(2)交通費

前記 5 のサービス提供実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問するため交通費の実費が必要です。

・実施地域を超えた地点から、片道 1 キロメートル未満 無 料

・実施地域を超えた地点から、片道 1 キロメートル以上一律 500 円

(3)解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

1 4 サービス内容等に関する苦情・相談窓口

(1)当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

窓口担当者	皆川香苗
受付時間	8 時 30 分～17 時 30 分（休日を除く）
電 話	0 5 6 3 - 5 4 - 1 8 5 8 居宅介護支援事業所 いちご
	0 5 6 3 - 5 5 - 3 9 1 5 社会福祉法人誠正会事務所

(2)行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会 受付時間 9 時～17 時（12 時～13 時を除く）	電話（0 5 2）9 7 1 - 4 1 6 5
西尾市役所 健康福祉部 長寿課 受付時間 9 時 00 分～16 時 00 分	電話（0 5 6 3）6 5 - 2 1 1 9
高浜市役所 福祉部 介護保険・障害グループ 受付時間 8 時 30 分～19 時	電話（0 5 6 6）5 2 - 9 8 7 1
豊田市役所 福祉部 介護保険課 受付時間 8 時 30 分～17 時 15 分	電話（0 5 6 5）3 4 - 6 6 3 4
東浦町役場 健康福祉部福祉課 社会高齢係 受付時間 8 時 30 分～17 時 15 分 （水曜日のみ延長あり 8 時 30 分～19 時 15 分）	電話（0 5 6 2）8 3 - 3 1 1 1
碧南市役所 高齢介護課 介護保険係 受付時間 8 時 30 分～17 時 15 分	電話（0 5 6 6）4 1 - 3 3 1 1
岡崎市役所 介護保険課 受付時間 8 時 30 分～17 時 15 分	電話（0 5 6 4）2 3 - 6 6 8 2

幸田町役場 健康福祉部福祉課 介護保険グループ 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0564）63－5117
知多北部広域連合 受付時間 8時30分～17時15分	電話（052）689－2263
知多市役所 長寿課 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0562）36－2652
刈谷市役所 長寿課 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0566）62－1013
安城市役所 高齢福祉課 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0566）71－2226
豊明市役所 長寿課 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0562）92－1261
半田市役所 福祉部高齢介護課 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0569）84－0649
知立市役所 長寿介護課 介護保険係 受付時間 8時30分～17時15分	電話（0566）95－0122

1.5 記録の保管について

鍵のかかる保管場所に保管し、保管期間はサービス提供終了から5年間保管します。

1.6 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、事前に連絡を致します。

1.7 損害賠償

当事業者の責任により、本人に対するサービスの提供にあたり事故が発生した場合、当事業者は、速やかに本人の損害を賠償いたします。

ただし、当事業所に故意過失がない場合はこの限りではありません。

また、当該事故発生につき、本人に故意または過失が認められる場合には、損害賠償の額を減じることができます。

1.8 介護サービスの提供記録の開示について

利用者の求めに応じてサービス提供記録を開示させていただきます。

1.9 ご利用者さまへのお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、ご利用者さまの介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書と一緒に大切に保管してください。

個人情報の使用に係る同意書

1. 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、担当職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等において、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)のほか、居宅介護支援事業所又は介護サービス事業所、介護保険施設等との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 契約期間中に、体調などを崩し、又は怪我などで病院へ行った時、医師・看護師などに説明する場合。

2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所

3. 使用期間

契約期間に準じます。

4. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は、必要最小限で使用するものとし、サービス提供に関わる目的以外には、決して使用しません。また、利用者とのサービス利用に係る契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

契約書・重要事項説明書（居宅介護支援事業所 いちご）・個人情報の使用に係る同意書の内容について、「指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）」第 4 条の規定に基づき、説明を行いました。

契約締結日	令和	年	月	日	
事業者		住所	愛知県西尾市市子町稲荷 122 番地		
		法人名	社会福祉法人誠正会		
		事業者名	居宅介護支援事業所 いちご		
		理事長	田中 正大		印

説明日	令和	年	月	日	
事業者		住所	愛知県西尾市市子町稲荷 122 番地		
		事業所名	居宅介護支援事業所 いちご		
		管理者	皆川 香苗		
説明者		職名	介護支援専門員		
		氏名			印

契約書・重要事項説明書の内容について説明を受け了承し、個人情報の使用に係る同意書の内容について同意します。

契約者住所 _____

契約者氏名 _____ 印

利用者は身体の状況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上、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 _____

代筆者氏名 _____ 印

代筆者続柄 _____

個人情報の使用に係る同意書の内容について、居宅介護支援事業所 いちごが私及びその家族の個人情報を下記の利用目的により必要最小限の範囲内での使用、提供、または収集することに同意します。

家族代表者住所 _____

家族代表者等 _____ 印

家族代表続柄 _____

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上 1 通ずつ保有するものとします。