

重要事項説明書

1、居宅支援サービスの目的

居宅介護支援サービスは、要支援又は要介護状態にある契約者の委託により、契約者の心身の状況に応じた適切な居宅サービス（ケアプラン）の作成を支援し、作成された居宅サービス計画に沿って居宅サービス等の提供が行われるよう、サービス提供事業者間との連絡調整その他の便宜を図ることを目的とします。

2、法人概要

- 法人名称 : 社会福祉法人 碧晴会
- 法人所在地 : 〒447-0823 碧南市川口町1丁目178番地1
- 電話番号 : (0566-46-5210)
- 代表者氏名 : 理事長 堀尾 静
- 実施サービス : 特別養護老人ホーム (100室) ショートステイ (20室)
グループホーム (9室) デイサービス (30名)
デイサービスはなれ (28名) デイサービスご縁 (18名)

3、居宅介護支援サービスを提供する事業所（以下、「サービス事業所」とします）

■サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	居宅介護支援事業所 結いの家ご縁
所在地	〒447-0814 碧南市弥生町1丁目48番地
電話番号・FAX番号	TEL (0566) 46-5281 FAX (0566) 46-5284
指定事業所番号	2372800462
実施サービス	居宅介護支援（ケアマネジメント）
サービス提供地域	碧南市（碧南市以外にサービス提供を希望される場合は御相談に応じる。）

■職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等
介護支援専門員	2	1		うち常勤1名は法人事務兼務
主任介護支援専門員	3		6	うち1名は管理者兼務

■営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
休業日	土曜日、日曜日、12月31日～1月3日
営業時間	8:30～17:30 ただし、電話により24時間常時連絡可能な体制とする。 時間外緊急連絡先 0566-46-5281 (営業時間外は転送となる)

4、居宅介護支援サービスの申し込みから居宅サービスが提供されるまでの流れとその内容

① 居宅介護支援サービスの申し込み

重要事項及び契約内容をご確認いただき、契約の締結をします。

② 状態の把握（アセスメント）

担当の介護支援専門員が契約者や家族に面接し、抱えている問題点や解決すべき課題を分析します。＊施設入所を希望される場合はご紹介等致します。

③ 居宅サービス計画原案の作成

居宅サービス事業者に関する情報を元に、契約者及び家族が居宅サービス事業所を選定します。

④ 居宅サービス担当者との連絡調整

担当の介護支援専門員を中心に、関係する居宅サービス担当者や契約書、家族も参加し、必要な意見交換等を行うことにより居宅サービス計画の内容調整を図ります。

⑤ 居宅サービス計画の作成

契約者や家族の希望や心身の状況等を考慮し、居宅サービスの目標とその達成時期、サービスの種類、内容、利用料金等を説明します。

⑥ 契約者及び家族の同意

作成された居宅サービス計画の内容についてご確認、ご了承いただきます。

⑦ 契約者及び家族への居宅サービス計画書の交付

契約者及び家族に同意いただいた居宅サービス計画書を交付します。

⑧ 居宅サービスの提供

居宅サービス計画に位置づけられたサービスを、各々の居宅サービス事業所より提供します。

⑨ 状況の把握（モニタリング）

居宅サービス計画の実施状況について、定期的に評価を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更を実施します。

5、利用料金

要支援認定又は要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されますので、自己負担額はありません。ただし、保険料の滞納等により法廷代理受領ができなくなった場合は、一ヶ月につき下記の料金を頂き、事業所から、「サービス提供証明書」を発行します。

この「サービス提供証明書」を後日お住まいの市町村窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

居宅介護支援費 要介護 1・2 1,086単位/月

要介護 3・4・5 1,411単位/月

初回加算：300単位/月、特定事業所加算Ⅱ：421単位/月

退院・退所加算：

（連携1回）カンファレンス不参加 450単位/回・カンファレンス参加 600単位/回

（連携2回）カンファレンス不参加 600単位/回・カンファレンス参加 750単位/回

（連携3回）カンファレンス参加 900単位/回

入院時情報連携加算（Ⅰ）：250単位/月、入院時情報連携加算（Ⅱ）：200単位/月、

通院時情報連携加算：50単位/月、緊急時カンファレンス加算：200単位/回
 (碧南市は地域区分6級地のため介護報酬1単位あたりの単価は10,42円)

6、留意事項

相談受付場所	契約者の居宅又は契約者が希望する場所 サービス事業所の相談室・会議室など
介護支援相談員による契約者の状況把握（モニタリング）	原則として1ヵ月に1回訪問しますが、必要時には随時訪問します。
サービス担当者会議	契約者にサービスを提供する居宅サービス事業所の担当者 と会議を開催し、提供するサービスの質の向上及び連携に 努めます。
介護支援専門員の変更	変更を希望する場合は、ご相談ください。 *必要に応じて、担当者の変更を致します。
調査（課題把握）の方法	居宅サービス計画ガイドライン方式
公正中立なケアマネジメントの確保	居宅サービス事業所については複数の事業所の紹介をいつ でも求めることができます。また、居宅サービス計画に位 置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由についても いつでも説明を求めることができます。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 具の利用状況は下記のとおりである。

- 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利用割合

訪問介護	21%
通所介護	33%
地域密着型通所介護	57%
福祉用具貸与	65%

- 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	エンジェルス 24%	ヘルパーステーション ましろ 20%	かなりや訪問介護 16%
通所介護	デイサービス川口結い 家はなれ 33%	デイサービス川口結 いの家 32%	デイサービス・アルクオ ーレ碧南 10%
地域密着型通所介護	デイサービス結い 家ご縁 57%	デイサービス花こよ み 10%	デイサービス希らら 7%
福祉用具貸与	東海エイド 36%	かいごやさん安城店 19%	綿桂 18%

(判定期間：令和5年9月～令和6年2月)

7、提供するサービスの第三者評価の実施の有無

実施	無
実施した直近年月日	無
実施した評価機関	無
開示状況	無

8、サービスの相談窓口、及び苦情・事故処理窓口

サービス相談及び苦情・事故受付共通の窓口

サービスの利用に係わる相談、苦情、要望の受付、及び事故発生等の際の受付窓口は以下の通りです。

・居宅介護支援事業所 結いの家ご縁の相談・苦情受付窓口 管理者：生田嘉次

電話受付	0566-46-5281
受付時間	8:30～17:30

・その他の市町村の相談・苦情受付窓口

機関名	所在地	電話番号	対応時間
碧南市 高齢介護課	碧南市松本町 28	0566-95-9889	8:30～17:15

・国民保険団体連合会の相談・苦情受付窓口

名称	愛知県国民保険団体連合会
電話番号	052-971-4165
担当部署	介護保険課

9、守秘義務

- ・事業所及び介護支援専門員は、居宅介護支援サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩致しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ・事業所は、契約者またはその家族等から予め文書「個人情報使用同意書」で同意を得ない限り、契約者またはその家族等の個人情報を用いません。

10、ハラスメント

当事業所は、下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合は、契約者に対して契約を解約することができます。

- ①暴力又は乱暴な言動、無理な要求
(物を投げつける、刃物を向ける、怒鳴る、対象範囲外のサービスの強要など)
- ②セクシュアルハラスメント
(職員の体を触る、性的な話や卑猥な言動をする、性的な写真をみせるなど)
- ③ その他 (職員の自宅の住所や電話番号を聞く、ストーカー行為など)

1 1、虐待の防止

当事業所は、利用者に対する人権の擁護・虐待の防止等のため、虐待（疑いを含む）があると思われた場合には、速やかに管理者に報告し、必要な措置を講じます。

1 2、その他

- ・事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。
- ・事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。
- ・事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。

居宅介護支援の提供開始に際し、契約者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

居宅介護支援事業所 結いの家ご縁

説明者 介護支援専門員 氏名 _____ (自署)

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ました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

契約者 住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

署名代行者 _____ (自署)

※契約者本人が記入できない場合は、署名代行者を代筆者がご記入下さい。

家族代表者 住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ (自署) 続柄 _____