

居宅介護支援重要事項説明書

〈2025 年 7 月 1 日現在〉

1. 指定居宅介護支援を提供する事業者について

事業者名称：社会福祉法人那珂川福祉会

代表者氏名：理事長 秋田裕子

本社所在地：福岡県那珂川市下梶原 2 丁目 6 番 3 号

(連絡先及び電話番号等) ねむのき 電話 092-952-1122

設立年月日：平成 11 年 8 月

2. ねむのき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：ねむのき

所在地：福岡県那珂川市下梶原 2 丁目 6 番 3 号

電話：092-954-2188

介護保険指定番号：居宅介護支援（福岡県 4073700074）

サービスを提供する地域：別紙（*1）参照

(2) 当事業所の職員体制

管理者(主任介護支援専門員) 常勤 1 名

介護支援専門員 常勤 3 名以上 配置とする。

(3) 営業時間

平日：(月曜日～金曜日) 午前 8：30～午後 5：30

休日：土曜日、日曜日、祝日、国民の休日、12月30日～1月3日

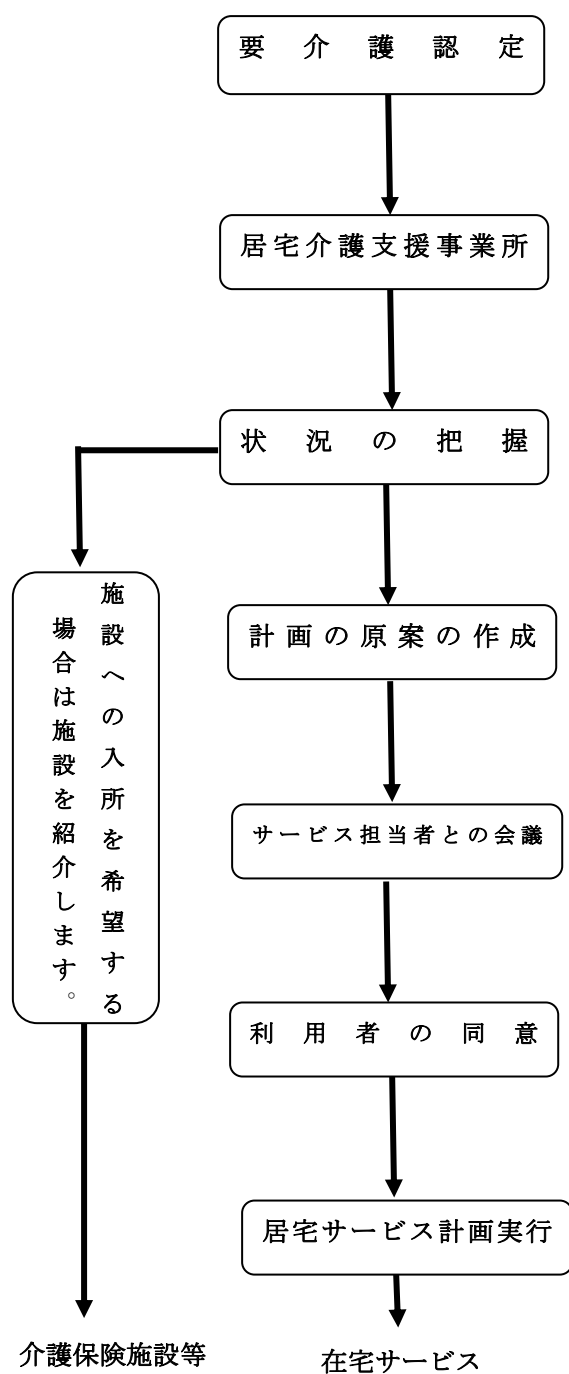
なお、緊急時は、下記電話番号にて 24 時間受け付け可能です。

当番制で対応しています。

緊急時連絡先：092-954-2188

(4) 福祉サービス第三者評価の実施はなし。

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



利用者本人や家族に面接し、抱えている問題点や解決すべき課題を分析します。

利用者のニーズを踏まえつつ公正中立に在宅サービス事業者に関する情報を提供し、利用者が事業所を選びます。利用者から介護支援専門員に複数の事業者等の紹介を求めること、計画原案に位置付けた事業者等の選定理由の説明を求めることが可能です。

介護支援専門員を中心に、サービスの担当者や利用者本人・家族も参加し意見交換等を行います。

介護サービスの基本方針、目標、サービス種類内容等、利用者の希望に沿っているか確認します。

計画に基づいてサービスが行われます。

4. 利用料金

(1) 居宅介護支援に関する利用料

国が定めた居宅介護支援に関する利用料は別紙（＊２）参照
ご利用者様の自己負担はありません。

(2) 交通費

前記２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尋ねするための交通費、駐車料金が実費必要となる場合があります。

(3) 解約料 ご利用者様はいつでも契約を解除することができ、一切料金はかかりません。

5. 事業所の居宅介護支援の特徴など

(1) 運営方針

事業の目的とする各種のサービスを効果的、普遍的に適切に提供し、ご利用者様の人権を尊重するとともに、そのプライバシーの保護に留意しながら処遇の充実を図り、以って老人福祉向上に努めることを運営方針とします。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスなどとも、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) 居宅介護支援の実施概要

- ・福祉医療の経験豊富な介護支援専門員が、介護保険に関するご相談やケアプランの作成を支援いたします。
- ・研修会や事例検討会に積極的に参加する、事業所内で定期的に会議を開催するなど、サービスの資質向上を図っています。
地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった時は、いつでも引き受ける体制を整えています。
- ・介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力し、体制を確保しています。
- ・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及び、そ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について、別紙を用いて説明いたします。

6. 勤務体制の確保について

- ・適切な居宅介護支援の提供を確保するために、ハラスメントに関するアンケート調査や研修等行い、職場環境を整えています。
- ・電磁的記録の対応、ICT機器の活用などで業務内容の効率化を図っています。

7. 秘密の保持について

ご利用者様及びそのご家族に関する情報はサービス提供に関わる目的以外には利用いたしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

8. 事故発生時の対応について

事故発生時のご利用者様、ご家族様、サービス事業所と密に連絡を取り、情報を把握し迅速な対応をいたします。

(介護保険、社会福祉事業者総合保険に加入しています。)

9・意思表示が困難になった場合について

ご利用者様が自らの意思表示が難しい場合、または自らの意思表示が、難しくなった場合、居宅サービス等に関する判断は契約書に記載された代理人にご連絡させていただきます。

10. 介護と医療の連携について

病院又は診療所に入院する必要がある場合には、入院先医療機関と情報共有し退院後の生活を円滑に移行する支援をします。入院された場合は、担当の介護支援専門員の氏名と連絡先を入院先医療機関に伝えて頂けるようお願いします。

また、医療系サービスを利用される場合には、主治医から意見を聴き、主治医へも居宅サービス計画書を交付いたします。

11. サービス内容に関する苦情

(1) ご利用者様からの相談又は苦情、および居宅介護サービス事業者等に対する常設の窓口（連絡先）担当者、第三者委員の設置について

- ・相談、苦情に対する常設の窓口として、苦情受付担当者を置いています。

担当者不在の際は、各介護支援専門員が対応できるようにすると共に、担当者に必ず引き継いでいます。また当事業所では、苦情に対する誠実な対応・迅速な解決を目指す為、事業所関係者以外による第三者委員を設置しており、直接苦情を申し立てたり、調査を依頼する事もできます。

（電話番号） 092-954-2188 （FAX 番号） 092-954-1507

（苦情解決責任者） 《管理者》 陣内 美穂

（苦情受付担当者） 《介護支援専門員》 堀江 ふみ

（第三者委員） 足立 孝子 【Tel 090-4482-0242】

唐崎 康子 【Tel 092-953-0017】

(2) 円滑かつ迅速に苦情解決を行うための解決体制・手順

1. 苦情の受付 苦情の受付は、面接・電話・書面等により、随時行っております。尚、第三者委員に直接苦情を申し出る事も出来ます。
2. 苦情の報告 受付担当者が受け付けた苦情は、ただちに受付担当者が相手方に連絡を取り、直接行く等して詳しい事情をお聞きした上で、苦情解決責任者及び第三者委員に報告致します。
3. 苦情解決 苦情解決責任者もしくは第三者委員は苦情内容をもとに、関係部所取り纏め者及び担当者に事情確認し、必要と判断した際には検討会議を行い、改善に努めます。
4. 結果報告 苦情解決責任者は、苦情申出人に今後の対応について報告し、誠意を持って話し合いを致します。その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立会を求める事ができます。尚、第三者委員立会による話し合いは、次の場合に行う事ができます。
 - ア) 第三者委員による苦情内容の確認
 - イ) 第三者委員による解決案の調整・助言
 - ウ) 話し合いの結果や改善事項等の確認
5. その後の対応 苦情の内容によっては、関係機関（保険者・福祉事務所等）に報告を行います。また、必ず解決結果を関係部所取り纏め者に報告すると共に、文書回覧等により職員全員に対し、具体的な内容の周知徹底を図り、再発防止を促します。記録を台帳に保管し、研修会の際に活用する等再発を防ぐ為に役立てます。

(3) その他参考事項

- ・普段から苦情が出ないようサービス提供を心掛けています。
- ・損害賠償等については、あいおい損保による介護老人福祉施設用の保険に加入しており、誠意を持った対応を行います。
- ・本事業者での解決が難しい苦情に対しては、以下の機関に相談する事もできます。(また、各利用者様がお持ちの介護保険被保険者証に記載している保険者にも相談する事ができますので、施設近隣の保険者一覧表も載せています。この一覧表に記載していない保険者の方は契約の際に当事業所職員により記載しご説明致します。)

機関の名称	那珂川市役所
所在地	福岡県那珂川市西隈1丁目1番1号
電話番号・FAX 番号	(092) - 953 - 2211・(092) - 953 - 0688
機関の名称	福岡県国民健康保険団体連合会『相談・苦情窓口』
所在地	福岡市博多区吉塚本町13-47号
電話番号・FAX 番号	(092) - 642 - 7859・(092) - 642 - 7857
機関の名称	福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会
所在地	福岡県春日市原町3-1-7 (クローバープラザ内)
電話番号・FAX 番号	(092) - 915 - 3511・(092) - 915 - 3512

当施設近隣の保険者一覧 (お手持ちの介護保険被保険者証に記載している保険者が担当窓口となります)

機関の名称	機関の所在地	電話番号	FAX 番号
春日市役所	福岡県春日市原町3丁目1-5	(092) - 584 - 1111	(092) - 584 - 1145
大野城市役所	福岡県大野城市曙町2丁目2-1	(092) - 501 - 2211	(092) - 573 - 7791
太宰府市役所	福岡県太宰府市観世音寺1丁目1-1	(092) - 921 - 2121	(092) - 921 - 1601
筑紫野市役所	福岡県筑紫野市二日市西1丁目1-1	(092) - 923 - 1111	(092) - 923 - 5391
福岡市南区保健福祉センター	福岡市南区塩原3丁目25-3	(092) - 559 - 5121	(092) - 512 - 8811
福岡市中央区保険福祉センター	福岡市中央区大名2丁目5-31	(092) - 718 - 1102	(092) - 771 - 4955
福岡市博多区保健福祉センター	福岡市博多区博多駅前2丁目 19-24 大博センタービル	(092) - 419 - 1078	(092) - 441 - 1455
福岡市東区保健福祉センター	福岡市東区箱崎2丁目54-1	(092) - 645 - 1071	(092) - 631 - 2191
福岡市城南区保健福祉センター	福岡市城南区鳥飼6丁目1-1	(092) - 833 - 4102	(092) - 822 - 2133
福岡市早良区保健福祉センター	福岡市早良区百道2丁目1-1	(092) - 833 - 4352	(092) - 831 - 5723

12. 虐待防止に関する事項

- ・利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、研修を受講しています。
- ・介護支援専門員が居宅介護支援を提供する中で、虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、通報義務により、速やかに市町村や地域包括支援センターへ連絡します。また、必要に応じてサービスの再調整等を行います。

13. 身体拘束に関する事項

- ・指定居宅介護支援の提供においては、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いては、身体的拘束等を行いません。
- ・身体拘束等を行わなければならない場合には、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こととしています。

14. 介護現場におけるハラスメント行為について

- ・利用者及び、利用者家族等からの介護支援専門員への身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント行為によって、ケアマネジメント業務の遂行が困難となった場合には、保険者である市町村へ連絡し、必要な措置を講じたのち、契約を解除させていただくことがあります。
- ・利用者及び利用者家族からのサービス事業者職員に対する身体的暴力、精神的暴力、又はセクシャルハラスメントを行った場合には、希望する介護サービスが受けられなくなる場合があります。
- ・利用者及び利用者家族等の禁止行為について
 - (1) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
例：ものを投げつける、蹴る、なぐる、唾を吐くなど
 - (2) 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
例：大声を発する、怒鳴る、威嚇する、いやがらせ、無理なサービスの要求、長時間にわたる職員の拘束など
 - (3) セクシャルハラスメント（意にそわない性的誘いかけ、性的嫌がらせ行為）
例：必要もなく手や腕や身体を触る、抱きつく、あからさまに性的な話をするなど

～別紙～

*** 1. 提供地域**

那珂川市：全域

春日市：全域

大野城市：旭ヶ丘 1～2 丁目、牛頸 1～4 丁目、牛頸、月の浦 1～4 丁目、つつじヶ丘
1～6 丁目、畑ヶ坂 1～2 丁目、平野台 1～4 丁目、緑ヶ丘 1～4 丁目、南ヶ丘
1～7 丁目、宮野台、紫台、横峰 1～2 丁目、若草 1～4 丁目

福岡市南区：臼佐 1～5 丁目、柏原 1～7 丁目、柏原、警弥郷 1～3 丁目、太平寺 1～2
丁目、鶴田 1～4 丁目、弥永 1～5 丁目、弥永団地、柳瀬 1～2 丁目、老司 1～
5 丁目

その他の地域は、相談に応ずる

*** 2. 利用料金（利用者様の自己負担はありません）**

居宅介護支援

居宅介護支援費（Ⅰ）	要介護 1 又は要介護 2	1,086 単位／月（11,316 円）
	要介護 3、要介護 4 又は要介護 5	1,411 単位／月（14,702 円）

<加算>

特定事業所加算Ⅱ	421 単位／月（4,386 円）
----------	-------------------

初回加算	300 単位／月（3,126 円）
------	-------------------

入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 単位／月（2,605 円）
--------------	-------------------

〃（Ⅱ）	200 単位／月（2,084 円）
------	-------------------

退院・退所加算（Ⅰ）イ	450 単位／回（4,689 円）
-------------	-------------------

〃（Ⅰ）ロ	600 単位／回（6,252 円）
-------	-------------------

〃（Ⅱ）イ	600 単位／回（6,252 円）
-------	-------------------

〃（Ⅱ）ロ	750 単位／回（7,815 円）
-------	-------------------

〃（Ⅲ）	900 単位／回（9,378 円）
------	-------------------

ターミナルケアマネジメント加算	400 単位／月（4,168 円）
-----------------	-------------------

緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位／回（2,084 円）
-----------------	-------------------

通院時情報連携加算	50 単位／月（521 円）
-----------	----------------

介護報酬 1 単位当たりの単価	10.42 円／単位
-----------------	------------

重要事項説明同意書

私は、事業所から居宅介護支援についての重要事項説明を受け、
内容を理解し同意します。

年 月 日

(利用者)

氏名 _____

住所 _____

(代理人)

氏名 _____ (続柄 _____)

住所 _____