

重要事項説明書

(甲) _____様が利用しようと考えている指定介護予防支援及び指定居宅介護支援について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1. 事業者の概要 (乙)

事業者の名称	社会福祉法人 ふたあら福祉会
事業者の所在地	秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1
代表者名	理事長 齊藤 豊隆
電話番号	018-877-7077
設立年月日	平成3年5月16日

2. 事業所の概要

事業所の名称	飯田川居宅介護支援センターわかば園
事業所の所在地	秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1
管理者名	鈴木 信久
電話番号	018-877-7078
事業の実施地域	秋田県 潟上市
指定事業所番号	秋田県 第0572302016号

3. 事業の目的及び運営方針

介護保険法等の関係法令に従い、サービス提供地域に居住する利用者に対し、可能な限り住み慣れた地域で、尊厳のあるその人らしい生活を続けることができるよう、利用者の選択に基づいて介護予防サービス計画書・居宅介護計画書（以下「計画書」という）を作成するとともに、当該計画書に基づいて適切に確保されるよう、サービス事業所及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。常に利用者の立場にたって、利用者に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居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう「公正」「中立」に提供します。

3. 事業所の職員体制

管理者（主任介護支援専門員）	管理業務/介護予防・居宅介護支援業務	常勤兼務 1名
介護支援専門員	： 介護予防・居宅介護支援業務	常勤 2名 常勤兼務 3名
事務職員	： 上記業務以外の事務全般	常勤兼務 1名

4. 営業日

営業日 営業時間	月～金	土曜日	休祭日
	8:15から17:15	8:15から12:15	休
原則として年末年始（12/29～1/3）は「休祭日」の扱いとなります。 上記勤務時間以外の相談において、緊急時は24時間電話で対応します。連絡先は018-877-7078まで			

5. 介護予防支援・居宅介護支援の内容、利用料及びその他の費用について

支援の内容	提供方法	介護保険適用有無	利用料(月額)	利用者負担額
① サービス計画の作成	面談	左の①～⑦の内容は、介護予防支援及び居宅介護支援の一連業務として、介護保険の対象となるものです。	介護予防支援費及び居宅介護支援費、各種加算については別表を参照下さい。	介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。(全額介護保険により負担されます。)
② サービス事業者との連絡調整	電話			
③ サービス実施状況把握、評価	メール等			
④ 利用者状況の把握	ZOOM等			
⑤ 給付管理	その他			
⑥ 認定申請に対する協力、援助				
⑦ 相談業務				

6. 利用者の居宅への訪問頻度の目安

介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安

- ①介護予防支援：利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも3ヶ月に1回
- ②訪問しない月にあつては、電話等により利用者との連絡を実施します。
- ③居宅介護支援：利用者の要介護認定有効期間中、少なくとも1ヶ月に1回

※少なくとも1カ月に1回、サービス事業者に対してサービス実施状況や利用者の状態等に関する情報を聴取します。

少なくとも1カ月に1回、上記の結果を記録します。

ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や支援業務の遂行に不可欠と認められる場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

7. 事故等による損害賠償

サービスの提供により事故、体調等急変等生じた場合、速やかに利用者の家族、主治医、救急期間等、市町村、県及び秋田地域振興局、その他関係機関に連絡します。

サービスの提供にともなう、当事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損保	保険の種類別	介護保険・社会福祉事業者総合保険
-------	--------------	--------	------------------

【緊急時などの連絡先】

医療機関等	病院名・連絡先
	主治医等の氏名
緊急連絡先	第1
	第2

8. 苦情等の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

飯田川 居宅介護支援センター わかば園	担当者：鈴木 信久 対応時間：月曜日から金曜日の8：15～17：15 土曜日 8：15～12：15 但し、祝日、12月29日から1月3日までを除く。 電話：018-877-7078 FAX：018-877-7074 めやす箱：玄関に設置	
社会福祉法人ふたあら福社会 サービス苦情処理解決 第三者委員会	佐藤 レイ子 潟上市飯田川下虻川字屋敷 128 電話：018-877-3809 鏡 智子 潟上市飯田川下虻川八ツ口 29-1 電話：018-877-4521 淡路 典子 潟上市飯田川和田妹川字千刈 12 電話：018-877-4218 小玉 喜久子 潟上市飯田川飯塚字飯塚 21-1 電話：018-877-2522	
秋田県運営適正化委員会	秋田県福祉サービス相談支援センター 電話：018-864-2742 FAX：018-864-2742	
潟上市 健康長寿課	018-853-5323	井川町 健康福祉課 018-874-4417
五城目町健康福祉課	018-852-5107	八郎潟町 福祉課 018-875-3096
男鹿市介護サービス課	0185-24-9119	秋田市 介護保険課 018-866-2069
秋田県国民健康保険団体連合会	相談専用電話	電話：018-883-1550

9. 虐待の防止について

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

虐待防止に関する責任者	管理者 鈴木 信久
-------------	-----------

- (1) 成年後見制度の利用を支援します。
- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) 高齢者について虐待を発見した場合においては、各市町村窓口への報告の義務に従い、事業所が保有する「高齢者虐待マニュアル」の手順により対処しています。

10. 秘密保持・個人情報

- (1) 業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。
- (3) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。

1 1. ハラスメントへの対応について

職員への暴言・暴力（怒鳴る、物を投げつける、叩くなど）・性的言動（不必要に身体を触る、卑猥な言動を繰り返す、住所や電話番号を何度も聞くなど）には、利用の中止をとらせていただく場合があります。

※認知症の行動・心理症状や精神疾患などに起因する行為の場合はハラスメントに含まれません。

1 2. 業務継続のための対策について

感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施しています。

【説明確認欄】

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

介護予防支援及び居宅介護支援の開始にあたり、この重要事項・重要事項別紙に基づき説明しました。

(事業者) 所在地 秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1
法人名 社会福祉法人 ふたあら 福祉会
代表者名 齊 藤 豊 隆 印

(事業所) 所在地 秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1
事業所名 飯田川居宅介護支援センターわかば園
担当介護支援専門員 _____ 印

私は、重要事項・別紙を事業所から説明を受け、指定介護予防支援・居宅介護支援の提供について契約を締結する事に同意のうえ、本書面を受領しました。

(利用者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印

(利用者の家族) 住 所 _____
氏 名 _____ 印

(代理人) 上記署名については、 _____ (続柄) が利用者本人へ契約の意思を確認し、本人に代わり、署名押印を代行いたしました。

住 所 _____
氏 名 _____ 印

令和 年 月 日～

居宅介護支援専門員 氏名： _____

連絡先(電話)： 018-877-7078

その他 変更内容： _____

【説明確認欄】

令和 年 月 日

担当する居宅介護支援専門員及びその他の変更にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

(事業所) 所在地 秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1
事業所名 飯田川居宅介護支援センターわかば園
説明者 _____ 印

担当する居宅介護支援専門員及びその他の変更にあたり、上記について説明を受け、変更について同意し、本書面を受領しました。

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印
(利用者の家族) 住所 _____
氏名 _____ 印

令和 年 月 日～

居宅介護支援専門員 氏名： _____

連絡先(電話)： 018-877-7078

その他 変更内容： _____

【説明確認欄】

令和 年 月 日

担当する居宅介護支援専門員及びその他の変更にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

(事業所) 所在地 秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1
事業所名 飯田川居宅介護支援センターわかば園
説明者 _____ 印

担当する居宅介護支援専門員及びその他の変更にあたり、上記について説明を受け、変更について同意し、本書面を受領しました。

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印
(利用者の家族) 住所 _____
氏名 _____ 印