

横手市増田町居宅介護支援事業所

重 要 事 項 説 明 書

(居宅介護支援)

(令和7年10月1日)

当事業所は、ご利用者に対して居宅介護支援の提供を行います。

当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。なお、当事業所は介護保険の指定を受けております。

(秋田県指定第 0570317123 号)

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人ファミリーケアサービス
事業者の所在地	〒013-0044 秋田県横手市横山町1番1号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 石 山 清 和
電話番号	0182-33-7777

2 ご利用事業所

施設の名称	横手市増田町居宅介護支援事業所
施設の所在地	〒019-0701 秋田県横手市増田町増田字七日町177番地
管理者名	管理者 菊 地 希
電話番号	0182-45-4411
FAX番号	0182-45-4488

3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	介護保険法の理念と政省令の基準に基づき、介護等が必要とされるご利用者に対し、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。
運営の方針	ご利用者が要介護状態となった場合においても、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、ご利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービス等を、保険者や地域包括支援センター等との連携により効果的に提供できるようにします。 ご利用者の意思及び人格を尊重し、提供されるサービスが特定の種類や事業者に、不当に偏することのないようにします。

4 事業所の職員体制及び職務内容

職 種	職員数	職務内容
管 理 者 (主任介護支援 専門員兼務)	1名	従業者及び業務の管理を一元的に行います。 従業者に政省令等の規定を遵守させるため、必要な指揮命令を行います。
介護支援専門員 (主任介護支援 専門員含む)	2名以上	ご利用者及びそのご家族からの相談に応じ、ご利用者等の心身や置かれている環境を勘案しながら、ご本人の意向に基づき、ご家族の意向等も踏まえ、サービスの種類や内容等を記載した計画を作成します。また必要なサービスを適切に受けられるよう居宅サービス事業者等との連絡調整や必要な相談支援及び、定期的な居宅への訪問等を行います。

5 営業日

営業日	月曜日から土曜日（定休日：日曜日、祝祭日）
営業時間	8：30～17：30

6 事業の実施地域

事業の実施地域	横手市内
---------	------

7 利用料金

居宅介護支援について、介護保険適用となる場合には利用料金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）。尚、利用料金の支払いが必要な場合の負担額は別紙料金表の通りとなります。事業所の事業の実施地域を越え指定居宅介護支援を行う場合、交通費について実費の支払いをお願いする場合があります。その際は1キロあたりの燃料費の標準価格を基にした計算とします。

利用料及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに料金を支払うよう催告してから14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払い頂くことがあります。

8 事故発生時の対応方法

ご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は、ご利用者のご家族及び保険者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。尚、当事業者は万一の事故発生に備えて、全社協社会福祉施設総合賠償補償共済制度に加入しています。

9 相談・要望・苦情などの窓口

当事業所の居宅介護支援に関する相談、要望、苦情などは担当介護支援専門員のほか、下記までお申し出ください。なお、当事業所以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

ご利用者 相談窓口	苦情受付担当者 管理者 菊地 希 ご利用時間 毎日 午前9時～午後4時 ご利用方法 電話 0182-45-4411 窓口 当事業所事務室 苦情解決責任者 シルバードームいきいきの郷 施設長 手賀尚紀
第三者委員	鈴木 信好 電話 0182-36-1108 見田 貞一郎 電話 090-7075-9666 米 山 隆 電話 0182-26-3180
その他苦情等の 相談窓口	《秋田県福祉サービス相談支援センター》 秋田県運営適正化委員会 住所 秋田県秋田市旭北栄町1-5（秋田県社会福祉会館内） 電話 018-864-2726 FAX 018-864-2840 （受付時間 平日8：30～17：00） 《横手市の機関》 横手市市民福祉部まると福祉課 住所 秋田県横手市中央町8番2号 本庁舎4階 電話 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709 増田地域局（市民サービス課） 0182-45-5514 平鹿地域局（市民サービス課） 0182-24-1114 雄物川地域局（市民サービス課） 0182-56-2134 大森地域局（市民サービス課） 0182-26-4030 十文字地域局（市民サービス課） 0182-42-5114

	山内地域局（市民サービス課） 0182-53-2933 大雄地域局（市民サービス課） 0182-52-3905 横手市東部地域包括支援センター 0182-35-2160 横手市西部地域包括支援センター 0182-35-2135 横手市南部地域包括支援センター 0182-35-2177 《秋田県国民健康保険団体連合会》 住所 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館4F 電話 018-862-6864 FAX 018-824-0043 （受付時間 平日9:00～17:00）
--	---

10 秘密の保持と個人情報の保護について

ご利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について	①当事業者及びその従業者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ②当事業者は従業者に業務上知り得たご利用者そのご家族の秘密を保持させるため、従業員期間及び従業員でなくなった後も秘密を保持する旨を雇用契約の内容としております。
個人情報の保護について	①ご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や地域ケア会議等において、ご利用者の個人情報を用いませぬ。また、ご利用者のご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や地域ケア会議等でその情報を用いませぬ。 ②利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）について、管理者の責任の下で管理を行い、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③事業所が管理する情報について、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。尚、開示する情報について、紙面で複写を求められる場合、有償とさせていただきます。

11 主治の医師および医療機関等との連絡

事業所は、ご利用者の主治医及び関係医療機関との間において、ご利用者の疾患、居宅における日常生活上の能力や利用している居宅サービス等の必要な情報について、その内容を共有します。尚、医療面における支援が円滑行えることを目的として以下の対応をお願いいたします。 ①病院に入院する必要がある場合には、ご本人またはご家族から担当の介護支援専門員の氏名および連絡先を伝えて下さい。 ②当事業所の介護支援専門員の連絡先等が医療機関に伝わるよう、介護保険被保険者証や健康保険の被保険者証は、お薬手帳等と合わせて保管するようにして下さい。
--

12 緊急時の対応方法

居宅サービス事業者から緊急の連絡があった場合は、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い、必要に応じた対応を行います。
--

1.3 ご利用者自身によるサービスの選択と同意

①ご利用者自身がサービスを選択することを基本に支援し、サービスの内容、利用料等の情報を適正にご利用者またはご家族に対して提供するものとします。

②居宅サービス計画の作成にあたって、ご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所等を紹介するように求めることができること、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅介護サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。

③当事業所は、ご利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立な居宅介護支援の提供を行います。合わせて居宅介護支援の提供開始に際して、前6か月間に当事業所で作成した居宅サービス計画の中で位置づけた訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況を別紙にて交付します。また交付の際に説明も行います。

1.4 サービス提供の記録

事業所は、指定居宅介護支援の提供に関することについて記録を行い、これをこの契約の終了から5年間保存します。

1.5 身体拘束廃止について

身体拘束廃止に向けた取り組みを進めます。ただし、ご利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、次の事項に則り身体拘束その他利用者の行動を制限する場合があります。

- ①利用者、家族に対する説明及び確認
- ②身体拘束廃止検討委員会における検討
- ③管理者の許可
- ④拘束解除に向けた定期的な検討
- ⑤記録の整備

1.6 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修の実施等を行い、虐待を受けたと思われる事例に関わった場合は、速やかに市町村等に通報する義務があります。

1.7 提供するサービスの第三者による評価の実施状況

実施なし	実施あり	実施日	
		評価機関	

説明日：令和____年____月____日

当事業所は、居宅介護支援サービスの開始に際し、ご利用者に対して契約書及び本書面に基ついて重要事項を説明し交付しました。

事業者名 社会福祉法人ファミリーケアサービス
事業所名 横手市増田町居宅介護支援事業所（秋田県指定第 0570317123 号）
事業所在地 秋田県横手市増田町増田字七日町 1 7 7 番地
管理者氏名 菊 地 希

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

令和____年____月____日

私は、契約書及び本書面に基ついて、事業者から重要事項の説明を受け受領しました。また、当該事業所において居宅介護支援サービスの提供を受けることについて同意します。

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族・代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____