

## 重要事項説明書（居宅介護支援サービス）

あなたに対する居宅介護支援のサービスの提供開始にあたり、介護保険法に関する厚生省令 第38号第4条に基づいて、事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

### 1. 事業者

事業者名称	社会福祉法人 新成会
事業所の所在地	秋田市浜田字元中村280-29
代表者名	理事長 金 勉
電話番号	018-828-1100

### 2. ご利用の事業所

事業所の名称	新成園居宅介護支援事業所
指定番号	秋田県 0570102285号
事業所の所在地	秋田市浜田字元中村280-9
電話番号	018-828-0022
ファクシミリ番号	018-828-0029

### 3. ご利用の事業所で実施している事業

事業の種類		秋田県知事の事業者指定		利用定数	秋田市基準 該当サービス
		指定年月日	指定番号		
施設	介護老人福祉施設	平成12年4月1日	0570150300	70名	○
居宅	通所介護施設	平成12年4月1日	0570102269	25名	○
	居宅介護支援事業	平成12年4月1日	0570102285		○
	介護予防支援事業	令和6年9月1日	0570102285		○
	在宅介護支援事業				○
	ケアハウス			15名	

### 4. 事業の目的及び運営方針

- ①要支援状態又は要介護状態等となった高齢者等に対し、利用者が可能な限りその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配慮します。
- ②利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者及びご家族の選択に基づき、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

ように配慮します。

③利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立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又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に公正中立に行います。

## 5. 職員体制

管理者兼務主任介護支援専門員・介護支援専門員（ケアマネージャー）

## 6. 営業時間

営業日 月曜日～金曜日

営業時間 午前8時30分～午後5時30分

24時間連絡体制 営業時間外の時間帯は当番担当介護支援専門員が対応します。

## 7. 通常の事業実施地域

秋田市内

## 8. 提供するサービス

- ① 介護予防サービス計画又は居宅サービス計画（以下“介護支援サービス計画”とする）を作成します。
- ② 介護支援サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに必要な援助を行います。
- ③ 利用者の受ける在宅サービス利用状況について、利用者からのサービス利用に関する苦情等相談を受け、必要に応じて、サービスを点検し給付管理表の作成提出ほか関連機関との連絡調整を行います。
- ④ 介護支援サービス計画の提供にあたっては、甲から介護支援専門員に対し、複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求める事や、介護支援サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求める事が可能である事等につき十分説明を行います。
- ⑤ 介護支援サービス計画の提供にあたり、当事業所が前6ヶ月間に作成した介護支援サービス計画の総数のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の記載された割合、並びに前6ヶ月間に作成したケアプランに記載された訪問介護等の回数のうち、同一のサービス事業者によって提供された割合を、別途資料にて説明を行います。

## 9. 事故発生時の対応

利用者に対する居宅支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村及び利  
用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。  
また、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。  
事故が生じた際には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じるようにします。

## 10. 個人情報の保護

- ① 乙及び乙の職員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供に当って知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

- ② 乙は、乙の職員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らす事がない  
がないよう必要な処理を行います。
- ③ 乙は、甲及び甲の家族の個人情報を用いる場合は、甲及び甲の家族の同意を得ない限  
り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いません。
- ④ 事業者は利用者の個人情報を取り扱う際には、個人情報保護に関する法律並びに  
これに基づく関係法令を遵守します。
- ⑤ 事業者は利用者の個人情報を利用及び第三者への提供にあたっては、同意を得た利用目的  
の範囲内で行います。
- ⑥ 事業者は、保有する個人情報の安全管理に努め、外部への流出や不正利用、改ざん等が発生  
しないよう適切な措置を講じます。

## 11. 苦情処理

- ① 提供した介護支援サービス計画に関する利用者からの利用者からの苦情に迅速にかつ適切  
に対応するために、苦情を受け付ける窓口を設置する等の必要な措置を講じます。  
当事業所以外にも市町村及び国民健康保険連合会においても苦情処理窓口として受け付けて  
おります。
- ② 事業者は苦情を受け付けるために、苦情相談窓口の設置（投書箱の設置）、苦情受付担当者、  
苦情解決責任者、第三者委員を配置し、事実関係の調査の実施、利用者又は家族に対する説  
明、記録の整備その他必要な措置を講じます。
- ③ 利用者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導  
又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。
- ④ 利用者からの苦情に関して国民健康保険連合会から指導または助言を受けた場合にお  
いては、それに従って必要な改善を行います。

苦情相談窓口	連絡先	担当氏名
新成園指定居宅介護支援事業所	018-828-0022	（管理者）嵯峨知春
新成園苦情処理委員会	018-828-0022	（委員長）池田静香

行政苦情相談窓口	連絡先
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)	018-864-2726
秋田市介護保険課 施設管理担当	018-888-5674

## 12. 虐待の防止（利用者の人権の擁護）

事業者は、利用者への虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果につい  
て職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

- ④ サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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。

### 13. 感染症の予防及びまん延防止

事業者は感染症の発生とまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催（6ヵ月に1回以上）するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ② 感染症及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し感染症及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

### 14. 事業継続計画

- ① 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、早期に介護支援サービス計画を再開するため、業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。
- ② 事業者は、職員に対し、当該計画について周知するとともに、研修及び訓練を定期的に実施します。
- ③ 事業者は定期的に当該計画の見直しと、必要に応じた変更を行います。

### 15. 24時間連絡体制

事業者は、24時間連絡体制を確保し、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保しております。新成園で連絡を受け、当番の介護支援専門員に連絡し、相談に対応します。

### 16. 実施地域外サービス提供の交通費

通常の事業の実施地域外でのサービス提供については、それに要した実費による交通費をいただきます。

### 17. 利用料

ケアプランの作成費用は市町村が全額負担するサービスですので利用料は頂きません。

ただし、利用者の介護保険料の滞納等により、当事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者に次の利用料をお支払いいただきます。

#### 基本サービス

	要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5
基本サービス	4,420円	10,570円	13,730円
居宅支援特定事業所加算Ⅱ	3,000円	4,000円	4,000円

### 18. 契約の終了

契約の有効期間は、契約締結の日から甲の要介護認定の有効期限満了日までですが、契約満了の2日前までに甲から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以後も同様となります。

19. 甲からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、甲からの利用契約を解除することができます。その場合は、契約終了を希望する日の2週間前までに解約届出書をご提出ください。

20. 乙からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、乙からの利用契約を解除することができます。その場合は、契約終了を希望する日の2週間前までに通知します。

令和6年9月

令和 年 月 日

私は、以上の契約内容及び重要事項について説明を受け、確認し、当該サービスの提供開始に同意いたしました。

私は、この契約書及び重要事項の定めるところに従い、貴事業所における居宅介護支援サービスの利用を申し込みます。

(甲) サービス利用者 住 所

お名前

印

お電話

ご家族 住 所

お名前

印

お電話

(乙) 私は、居宅介護支援の事業者として、本書面に基づき契約書及び重要事項について説明し、交付いたしました。甲の申し込みを受諾し、この契約書及び重要事項説明書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって履行いたします。

※ 居宅介護支援事業者

住 所 秋田市浜田字元中村 280 番地の 9

法人名 社会福祉法人 新成会

代表者 理事長 金 勉 印

電 話 018-828-0022

秋田県知事指定 第0570102285号

私は、ケアプラン作成者として、この契約の内容が居宅介護支援サービスに従った内容であることを確認しました。

介護支援専門員（ケアマネージャー）

所属事業者名 新成園 指定居宅介護支援事業所

氏 名

印

電 話 018-828-0022 FAX 018-828-0029