

社会福祉法人大崎市社会福祉協議会  
 鳴子居宅介護支援事業所  
 介護予防支援事業 重要事項説明書

1 事業者について

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業者名  | 社会福祉法人大崎市社会福祉協議会   |
| 所在地   | 宮城県大崎市古川三日町二丁目5番1号 |
| 電話番号  | 0229-21-0550       |
| 代表者氏名 | 理事長（会長） 高橋 栄徳      |

2 事業概要について

|           |                                                                                                                                               |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の種類    | 指定介護予防支援事業所                                                                                                                                   |
| 事業の目的     | 介護支援専門員が、要支援状態にある高齢者等に対し、適正な介護予防支援を提供することを目的とします。                                                                                             |
| 事業所の名称    | 大崎市社会福祉協議会 鳴子居宅介護支援事業所                                                                                                                        |
| 事業所の所在地   | 宮城県大崎市鳴子温泉字末沢1番地                                                                                                                              |
| 介護保険事業所番号 | 指定 第0471501015号                                                                                                                               |
| 電話番号      | 0229-82-3578                                                                                                                                  |
| 事業所管理者氏名  | 齋田 茂                                                                                                                                          |
| 当事業所の運営方針 | 当事業所は、利用者が要支援状態にあっても、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に配慮し、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、公正中立な介護予防支援を行う。 |
| 開設年月日     | 令和 年 月 日                                                                                                                                      |

3 事業実施地域、営業日及び営業時間について

|           |                                                                                                       |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通常の事業実施地域 | 大崎市鳴子温泉地域、岩出山地域                                                                                       |
| 営業日及び時間   | ①サービス提供日時<br>月曜日～金曜日 8:30～17:15<br>②サービス受付日時<br>月曜日～金曜日 8:30～17:15<br>（②については 国民の祝日、12月29日から1月3日を除く。） |

#### 4 職員の体制について

令和 年 月 日現在

| 職 種       | 職員配置 | 職 務 の 内 容                                               |
|-----------|------|---------------------------------------------------------|
| 管 理 者     | 1 名  | 事業所の職員を指導監督し、介護予防支援事業に係る業務管理を一元的に行う。                    |
| 主任介護支援専門員 | 名    | 介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導。 |
| 介護支援専門員   | 名    | 利用の申込に係る調整及び訪問調査、居宅サービス計画の作成等の指定居宅介護支援業務を行う。            |

※職員配置については、指定基準を遵守しています。

#### 5 当事業所が提供するサービスと利用料金等について

当事業所では、介護予防支援として次のサービスを提供します。また、事業所が提供するサービスの料金体系については、以下に示した利用料をご負担いただきます。

##### (1) サービス内容

##### ①居宅サービス計画の作成の流れ

①事業所は、介護支援専門員に介護予防サービス・支援計画の作成に関する業務を担当させます。

②介護予防サービス・支援計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族等に対して提供して利用者にサービスの選択を求めます。

③介護支援専門員は、利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、利用者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上で留意点等を盛り込んだ介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。

④介護支援専門員は、前項で作成した介護予防サービス・支援計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族等に対して説明し、利用者様の同意を得た上で決定するものとします。

※同意がない場合は介護予防サービス・支援計画の原案の再作成を依頼することができます。

※利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めます。また、医学的観点からの留意事項が示されている場合は尊重します。

## ②居宅サービス事業者等との連絡調整その他便宜の提供

利用者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防サービス・支援計画の実施状況を把握し、介護予防サービス・支援計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等と連絡調整を行います。また、利用者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な協力を行います。

## ③介護予防サービス・支援計画の評価

利用者の心身の状態について、定期的に再評価を行い、心身の状態の変化等に応じ、介護予防サービス・支援計画の変更等の必要性を判断していきます。

## ④介護予防サービス・支援計画の変更

利用者が介護予防サービス・支援計画の変更を希望した場合、または事業者が介護予防サービス・支援計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画を変更します。

## ⑤給付管理について

事業者は、介護予防サービス・支援計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、宮城県国民健康保険団体連合会に提出いたします。

## ⑥介護予防サービス・支援計画後の情報提供について

利用者が当事業所の介護予防支援を解約し、他の介護予防支援事業者の利用を希望する場合には、利用者の介護予防サービス・支援計画作成が円滑に引き継げるよう、利用者の申し出により、介護予防サービス・支援計画等の情報の提供に誠実に対応いたします。

## ⑦情報の保存及び開示について

利用者の介護予防サービス・支援計画およびその他の介護予防支援に関する記録を契約終了後5年間保存します。利用者は、事業者の営業時間内にその事務所において、利用者に関する記録を閲覧することができます。または、その複写物の交付を受けることができます。この場合、当該複写物にかかる費用を請求できるものとします。

## (2) サービス利用料金

### ①サービス利用料金

居宅介護支援利用料は介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたりの料金は以下のとおりです。ただし、法定代理受領により当事業所の介護予防支援に対し介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はありません。

### 【介護予防支援費（Ⅱ）】

(円/月)

要支援1・2            4, 720円

| 加算項目 | 加 算    | 算定要件                       |
|------|--------|----------------------------|
| 初回加算 | 3, 000 | ①新規に介護予防サービス・支援計画を策定した場合等。 |

## ②その他の利用料等

### 1 交通費

通常のサービスの実施地域外の地域に居住する利用者に対して、移動に要した交通費の実費をご負担いただきます。なお、自動車を使用した場合に要する費用は、実施地域を越えた地点から1kmあたり50円をご負担いただきます。

### 2 コピー料金

居宅介護支援に関する記録の複写（コピー）の要求があった場合、記録の複写（コピー）代として1枚あたり10円をご負担いただきます。

## ③その他

- 1 介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払いの方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- 2 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払ください。
- 3 利用料等（交通費実費等）の支払い方法は、月別に合算しご請求しますので、請求日の属する月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。
  - (1) 口座振替によるお支払（七十七銀行、郵便局、その他金融機関）
  - (2) 金融機関窓口から指定口座への振込みによるお支払（割賦納入）

## 6 相談・苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

|        |                                                                                    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 苦情受付窓口 | 大崎市社会福祉協議会 鳴子居宅介護支援事業所<br>宮城県大崎市鳴子温泉字末沢1番地<br>TEL 0229-82-3578<br>FAX 0229-83-2872 |
| 苦情受付担当 | 齋田 茂                                                                               |
| 第三者委員  | 及川 嘉朗 ・ 鹿野 友子                                                                      |
| 苦情受付時間 | 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分                                                          |

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                       |                                                                                                                         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大崎市役所（本庁）<br>高齢障がい福祉課 | 高齢福祉担当 宮城県大崎市古川七日町1番1号<br>TEL 0229-23-6085<br>FAX 0229-23-2418<br>[受付時間]<br>月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分                   |
| 宮城県国民健康保険<br>団体連合会    | 介護保険課 苦情処理係<br>宮城県仙台市青葉区上杉一丁目2番3号（自治会館内）<br>TEL 022-222-7700<br>FAX 022-222-7260<br>[受付時間]<br>月曜日から金曜日 午前9時00分から午後4時00分 |

※上記以外の関係行政機関その他の苦情受付機関については、別紙記載のとおりとなります。

### (3) 苦情処理

苦情等があった場合、必要に応じて利用者への連絡・居宅訪問などにより苦情内容、その原因等を詳しく確認し、解決できるよう努めます。また、苦情処理の内容は、必

ず記録に保存し、従事者にその内容を周知することにより再発防止に努めます。

## **7 個人情報等の保護及び守秘義務について**

### **(1) 個人情報の保護**

当事業所はあらかじめ文書（個人情報提供同意書）で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族の個人情報を用いません。

### **(2) 守秘義務**

事業者及び事業所が使用する居宅介護支援専門員等、あるいは居宅介護支援専門員等であった者は、サービス提供をする上で知り得た情報及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

## **8 事故発生時の対応について**

### **(1) 事故発生時の対応及び損害賠償**

事業者はサービス提供中に事故が発生した場合、速やかにご家族へ連絡いたします。また、内容によって関係市町村へ報告いたします。尚、サービス提供者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命、身体または財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償します。

### **(2) 事故発生時の再発防止**

事業者は万が一事故が発生した場合、事故の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

## **9 虐待の防止について**

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、苦情解決体制を整備し、介護支援専門員等に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等、適切な対応が図られるための必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

|       |                                             |                               |         |              |
|-------|---------------------------------------------|-------------------------------|---------|--------------|
| 事業所   | サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。         |                               |         |              |
|       | 住 所                                         | 〒989-6801<br>宮城県大崎市鳴子温泉字末沢1番地 |         |              |
|       | 名 称                                         | 大崎市社会福祉協議会<br>鳴子居宅介護支援事業所     | 指 定 番 号 | 第0471501015号 |
|       | 説 明 者                                       |                               |         |              |
|       | 電 話 番 号                                     | 0229-82-3578                  | F A X   | 0229-83-2872 |
| 利用者   | 私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。 |                               |         |              |
|       | 住 所                                         | 〒 ー<br>宮城県大崎市                 |         |              |
|       | 氏 名                                         |                               | 電話番号    | ( ) ー        |
| 署名代行者 | 私は、本人の同意意思を確認した上で、本人に代わり上記署名を行いました。         |                               |         |              |
|       | 住 所                                         | 〒 ー                           |         |              |
|       | 署 名 代 行 者 氏 名                               |                               | 電話番号    | ( ) ー        |
|       | 続 柄                                         |                               |         |              |