

居宅介護支援重要事項説明書

〈 令和 7 年 4 月 1 日現在 〉

1 当協議会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 つがる市社会福祉協議会
代表者役職・氏名	会 長 白 戸 英 行
所在地	青森県つがる市木造若緑 5 2 番地 木造福祉センター内
電話番号・FAX	0 1 7 3 - 4 2 - 4 8 8 6 ・ 0 1 7 3 - 4 2 - 4 6 8 6
営 業 所 数	・(総合事業) 訪問介護 1 ヲ所 ・(総合事業) 通所介護 4 ヲ所 ・(介護予防) 短期入所者生活介護 2 ヲ所 ・(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 2 ヲ所 ・地域密着型介護福祉施設 2 ヲ所 ・居宅介護支援事業者 3 ヲ所

2 ケアプランセンターいながきの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事 業 所 名	つがる市社会福祉協議会ケアプランセンターいながき
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 青森県つがる市稲垣町豊川宮川 4 2 番地 3 (電話) 0 1 7 3 - 4 6 - 2 9 0 2 (FAX) 0 1 7 3 - 4 6 - 2 9 0 3
事 業 所 番 号	0 2 7 2 1 0 0 9 7 5
管 理 者	小笠原 美佳子
サービスを提供する地域*	つがる市

*上記以外の方でもご希望の方にはご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

職 種	常勤専従	常勤兼務	業務内容
管理者兼 主任介護支援専門員	0 名	1 名	業務管理及び居宅サービス計画の 作成・訪問・面接・相談・調査等
主任介護支援専門員	2 名	0 名	居宅サービス計画の作成 訪問・面接・相談・調査等

介護支援専門員	2名	0名	居宅サービス計画の作成 訪問・面接・相談・調査等
---------	----	----	-----------------------------

(3) サービス提供時間帯

営業日	平日 月曜～金曜（土・日・祝日及び12月31日～1月3日は休業）
営業時間	午前8時00分～午後5時
営業日・営業時間以外でも24時間連絡可能な体制をとります。 ※ 緊急連絡先 0173-46-2902 電話は特別養護老人ホーム「安住の里」に転送になります。	

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

- (1) 受付 電話でも、来所でもかまいません。
- (2) 説明 介護保険並びに居宅介護支援事業について説明します。
- (3) 同意 利用者様の同意を得た後、サービスを開始いたします。
- (4) 課題把握のための調査 必要なサービス、介護の問題点等を把握するため調査させていただきます。

(5) サービス等の情報提供 (別紙参照)

- ・利用者がサービス事業者を適切に選択できるよう、複数のサービス事業者を紹介し、また利用者から求めがある時には随時サービス事業者について説明・紹介します。
- ・利用者に対し、居宅サービス計画書に基づいて適切な介護サービス等の提供できるサービス事業者を選定した理由を説明します。また、利用者がサービス事業者の選定理由について説明を求める事が出来ることも併せて説明します。

(6) 居宅サービス計画原案の作成

利用者様の同意を得るまで何回でも修正いたします。

(7) 居宅サービス計画の作成

事業者と調整し、サービスが受けられるようにします。

(8) 居宅サービスの提供

居宅サービス事業者が実際のサービスを提供します。

この場合複数のサービスを利用する方は、それぞれの居宅サービス事業者と利用契約をします。

4 利用料金

(1) 利用料

要介護又は要支援認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。

※保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合、1か月につき要介護度に応じて金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日つがる市市役所の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

(2) 解約料

利用者様は、いつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

(3) その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払方法は、銀行振込・現金集金の中から選べます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。重要事項説明書により説明し、同意を得たのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者様のご都合でサービスを終了する場合

お申し出下さればいつでも解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1か月前までに文書で通知するとともに、他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・利用者様がお亡くなりになった場合

④ その他

利用者様やご家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 《基本理念》

利用者様が住みなれた環境で、自分らしく、自立した生活ができるように支援いたします。

《基本方針》

1. 利用者様及びご家族の意向を傾聴し、望む暮らしが実現できるよう、最善をつくします。
2. 利用者様及びご家族の生活の質の向上を迫及し、安全で安心した生活ができるよう、地域資源（インフォーマルサービス）を有効に利用いたします。
3. 利用者様ができることを尊重し、自立心を維持向上していただけるよう支援いたします。
4. 地域の皆様に、信頼かつ安心される支援ができるよう日々、自己研鑽に努めます。
5. 地域関係者との細やかな情報交換に努め、地域ネットワークの構築に努めます。

(2) 居宅介護支援の実施概要

① 状態の把握

（利用者様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。）

② 計画の原案作成

（在宅サービス事業者に関する情報が提供され、利用者様が事業者を選びます。）

③ サービス担当者との連絡・調整

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

④ 介護サービス計画の作成

（介護サービスの目標と達成時期、サービスの種類・内容・利用料など介護サービス計画はサービスを受ける利用者様の希望や心身の状態をよく考慮して作られます。）

⑤ 利用者様の同意

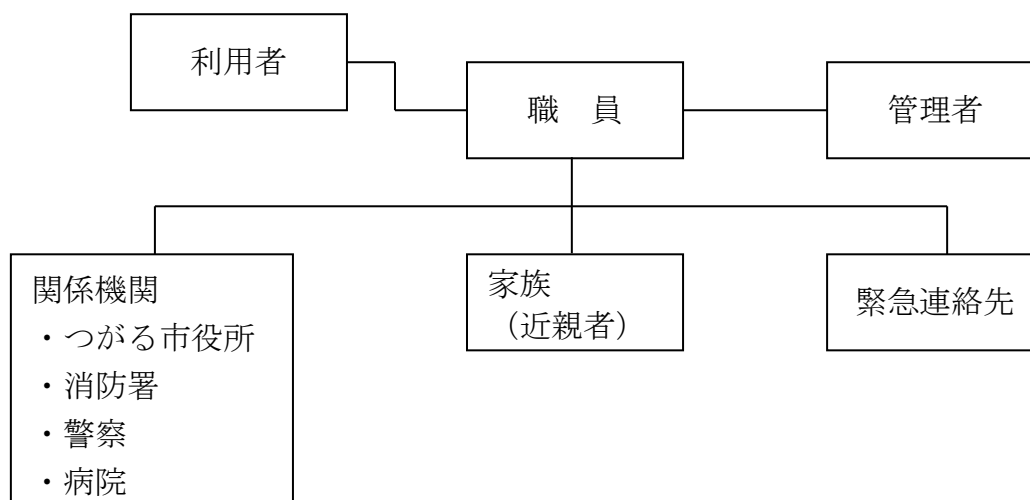
（計画の内容を説明し、計画が利用者様の希望に合っているか確認します。）

(3) サービス利用のために

事項	備考
介護支援専門員の変更	変更を希望される方はお申し出下さい。
調査（課題把握）の方法	全社協方式
介護支援専門員への研修の実施	随時、関係研修は受講しています。

7 事故発生時の対応方法

- (1) サービス提供中に事故等があった場合は、速やかに関係機関（消防署・警察・病院）・家族・緊急連絡先へ連絡し、その後管理者への連絡を行う。



- ① 事故発生時は、利用者様の状況等を把握し速やかに関係機関等に連絡し利用者様の状況を伝える。
- ② 関係機関等に連絡した際、応急処置などの指示を仰ぎ処置に努める。
- ③ 利用者様の家族、緊急連絡先への連絡をする。
- ④ 管理者へ連絡する。

- (2) 利用者様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに本会で加入している損害保険会社の賠償責任保険でその損害を賠償します。ただし、事業者の責任とならない場合は、賠償できないこともあります。

8 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
家 族	氏名	
	連絡先	

9 守秘義務

職員（職員でなくなった後においても）は、業務上知り得た利用者様又はご家族の秘密を漏らすことがないよう、守秘義務を遵守いたします。

但し、サービス担当者会議など利用者様・家族の情報提供については、あらかじめ同意をお願い致します。

10 虐待の防止について

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。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ② 苦情解決体制を整備しています。
- ③ 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するため研修を実施しています。
- ④ 虐待防止及び対応に関する委員会を設置しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

虐待防止に関する責任者・管理者 小笠原 美佳子

11 身体拘束について

ご利用者様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その状態及び時間、その際のご利用者様の身心の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12 業務継続に向けた取り組みについて

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、ご利用者様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、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

13 感染症の予防及びまん延の防止のための措置について

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- ① 感染対策委員会を開催しています。
- ② 感染症及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 感染症及びまん延防止のための研修及び訓練を実施しています。
- ④ 感染症の予防及びまん延防止のための専任担当者を配置しています。

感染症防止に関する責任者：管理者 小笠原 美佳子

14 サービス内容に関する苦情（相談・要望）等の受付について

①当事業所利用者相談・苦情

・つがる市社会福祉協議会

TEL 0173-42-4886

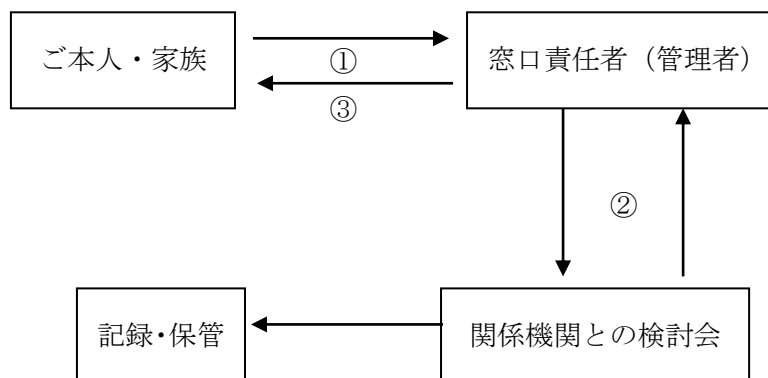
長内 信行（苦情解決責任者）

・ケアプランセンターいながき

TEL 0173-46-2902

小笠原 美佳子（苦情受付担当者）

②円滑かつ迅速に苦情処理（相談・要望）を行うための処理体制・手順



① 介護支援専門員が相手方と連絡をとり、直接訪問するなどして状況の把握に努めます。

② 必要ありと判断した場合は、管理者を含め検討会を行います。

③ 検討の結果は、速やかに具体的な対応に努めます。

④ 記録を台帳に記録し、再発防止に努めます。

③その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

○つがる市役所

電話0173-42-2111

○青森県運営適正化委員会～福祉サービス相談センター

電話017-731-3039

○青森県国民健康保健団連合会

電話017-723-1301

15 介護サービス情報提供の開示

ご本人又はその家族からサービス提供記録の開示を求められた場合は、身分証明書等によりご本人又は家族であることを確認の上、提供した介護サービスの提供記録を開示いたします。

同意書

令和 年 月 日

居宅介護支援事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所 青森県つがる市稲垣町豊川宮川4番地3
つがる市社会福祉協議会
ケアプランセンターいながき
管理者 小笠原 美佳子 印

説明者 氏 名 _____ 印

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援事業について重要事項説明を受け、居宅介護支援事業利用について、同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

続 柄 _____

氏 名 _____ 印

個人情報提供に関する同意書

私（及び家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1.利用（取得及び提供）目的

- （１）貴事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するためにおこなう居宅介護支援業務において必要な場合
- （２）介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、私の状態、家族の状況等を把握するために必要な場合
- （３）上記（２）の他、介護支援専門員又は介護サービス事業者、県及び各市町村担当窓口、その他各種関係機関との連絡調整・連携により、心身の健康の保持及び生活の安全のために必要な援助を行う場合
- （４）入院・通院時の医療機関への情報提供や情報取得が必要な場合

2.個人情報を利用（取得及び提供）する事業者等の範囲

- （１）居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所、介護保険外サービス事業所の担当者
- （２）主治医や医療機関の担当者等（体調を崩し又はケガ等で診療、入院することとなった場合）
- （３）県及び各市町村担当窓口、その他民生委員等の各種関係機関（団体）の担当者等

3.個人情報を利用（取得及び提供）する期間

この契約が締結された日から、居宅介護支援の契約が解約される日まで

4.利用（取得及び提供）条件

- （１）個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- （２）個人情報を利用（取得及び提供）した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

つがる市社会福祉協議会ケアプランセンターいながき 殿

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者家族、代理人・立会人等

住所 _____

氏名 _____ 印 _____