

指定介護予防支援事業 重要事項説明書

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 庄内福祉会
- (2) 法人所在地 〒998-0005 山形県酒田市宮海字林内23番地
- (3) 電話番号 0234-33-1150
- (4) 代表者 理事長 根岸 捷彦
- (5) 設立年月日 平成17年10月18日
- (6) 業務の概要 指定通所介護事業 指定(介護予防)短期入所生活介護事業
指定居宅介護支援事業 指定介護予防支援事業

2. 事業所の概要

- (1) 事業所名 在宅介護複合施設ほづみ指定居宅介護支援事業所
事業所番号 0670801331
- (2) 所在地 〒998-0005 山形県酒田市宮海字林内23番地
- (3) 連絡先 電話 0234-33-1150 FAX 0234-33-1160
携帯 080-1689-0186
- (4) 管理者名 齋藤 彩
- (6) サービス提供地域 酒田市 遊佐町

3. 事業の目的

指定介護予防支援の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防支援を提供する事を目的とする。

4. 運営の方針

- (1) 事業所の介護支援専門員は、要支援状態にある高齢者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて利用者の選択に基づき、適正な健康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果的に提供されるように配慮し、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事ができるように配慮して行う。
- (2) 事業の実施にあたっては、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の指定介護予防支事業者、介護保険施設等との連携に努める。

5. 営業時間

月 ～ 金	午前8時30分 ～ 午後5時30分
-------	-------------------

※日曜日及び1月1日、2日は休業します。

6. 職員の配置状況

職 種	従事するサービス種類・業務	人 員
管理者	管理業務	1名（常勤兼務）
介護支援専門員	介護予防支援サービス計画の作成	1名（常勤兼務）

7. サービス利用料及び利用者負担

指定介護予防支援については、利用者の負担はありません。ただし、お客様に介護保険料の滞納ある場合はお客様より全額料金をいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書をもって後日払い戻しとなる場合があります。

介護予防支援費（Ⅰ）	4,420 円／月
介護予防支援費（Ⅱ）	4,720 円／月
初回加算	3,000 円／月
委託連携加算	3,000 円／月

※虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は、各居宅介護支援費について1/100を減算します。

※感染症若しくは災害の何れか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合、各居宅介護支援費について1/100を減算します。（令和7年4月1日から適用）

※介護予防支援費（Ⅰ）：地域包括支援センターの場合

※居宅介護支援費（Ⅱ）：指定居宅介護支援事業所の場合

※初回加算：新規に介護予防サービス計画を作成する利用者に対し指定介護予防支援を行った場合については、初回加算として、1月につき所定単位数を加算します。

※委託連携加算：指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を算定します。

8. 秘密保持

- (1) 介護支援専門員その他の従事者は正当な理由がなく、その事業上知り得た利用者またはその家族の秘密は漏らしません。また、過去に介護支援専門員その他の従事者であった者が秘密を漏らす事のないように、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は利用者の家族の同意をあらかじめ文書により頂戴します。

9. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、事業者は速やかに市町村、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。
- (2) 利用者に対する指定介護予防支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には事業者は速やかに損害賠償を行います。

10. 利用者の居宅への訪問頻度

介護支援専門員が利用者の状況把握の為、利用者要支援、要介護認定有効期間中に、少なくとも1カ月に1回は居宅へ訪問致します。

ただし、その他利用者からの依頼や業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、居宅を訪問することがあります。

11. 介護予防支援の提供にあたって

- (1) 介護予防支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援、要介護認定の有無及び要支援、要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援、要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請についても必要な援助を行うものとします。

12. 相談窓口・苦情対応

○当事業所における苦情者ご相談は、次の窓口で対応します。

事業所名	在宅介護複合施設 ほづみ
サービスの種類	指定居宅介護支援事業所
担当者	齋藤 彩（管理者）
電話番号	0234-33-1150
F A X	0234-33-1160
対応時間	月曜日～金曜日 8：30～17：30

○公的機関においても次の機関で苦情申出等ができます。

酒田市役所	高齢者支援課	電 話	0234-26-5732
		F A X	0234-26-5796
遊佐町役場	健康福祉課	電 話	0234-72-5884
		F A X	0234-72-3317

国民健康保険団体連合会	介護保険課介護サービス推進室	電 話	0234-87-8006
		F A X	0234-83-3354

(1) 苦情措置の概要

- ①相談・苦情があった場合は直ちに相手側に連絡を取り、訪問するなどして詳しい事情を聞くとともに担当者からも事情を確認する。
- ②サービス担当者会議が必要であると判断した場合は管理者まで含めて検討回を行う。
- ③検討の結果、必ず翌日までには具体的な対応をする。
- ④記録台帳、管理カードを作成保管し再発を防ぐために役立てる。

(2) その他の事項

事故対応について

- ①速やかに管理責任者に報告する。
 ＜報告内容＞
 ・対象者の氏名 ・事故の程度 ・事故の状況 ・利用者家族の様子等
- ②連絡を受けた管理責任者は、会社の上司等と対応策について協議し、利用者宅へ連絡を入れ謝罪し
 対応について説明する。
- ③管理責任者は経過を事故報告書に記録し、管理体制等の整備を図る。

1 3. 身分証の携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1 4. 事業所からのお願い

利用者、家族との信頼関係のもとに、安心安全な環境で質の高いケアを提供できるよう以下の点についてご協力をお願いします。

○職員に対する金品等の心付けはお断りしています。

職員がお茶やお菓子、お礼の品物等を受け取る事も事業所として禁止しています。また、金銭・貴重品の管理にご協力ください

○ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等のご協力をお願いします。

大切なペットを守るため、また、職員が安全にケアを行うためにも、訪問中はリードへ付けて頂くか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなどの配慮をお願いします。職員が万が一ペットにかまれた場合、治療などのご相談をさせて頂く場合があります。

○暴言、暴力、ハラスメントは固くお断りします。

職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築く為にもご協力をお願いします。

※具体例として

- ①暴力または乱暴な言動
 - ・物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける等
 - ・怒鳴る、奇声、大声を発するなど
- ②セクシャルハラスメント
 - ・職員の身体を触る、手を握る
 - ・腕を引っ張り抱きしめる、卑猥な言動など
- ③その他
 - 職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く、ストーカー行為など

1 5. 福祉サービスの第三者評価の実施の有無：無し

本重要事項説明書は令和7年12月1日より施行する。

令和 年 月 日

指定介護予防支援の契約締結にあたり、本文により重要事項を説明しました。

[事業者]

所在地	〒998－0005 酒田市宮海字林内23番地
事業所名	社会福祉法人 庄内福祉会 在宅介護複合施設 ほづみ
代表者名	理事長 根岸 捷彦 ㊞

[事業所]

所在地	〒998－0005 酒田市宮海字林内23番地
事業所名	在宅介護複合施設ほづみ 指定居宅介護支援事業所
説明者	介護支援専門員 齋藤 彩

指定居宅介護支援の契約締結にあたり、本文の通り説明を受けサービス提供に同意します。

[利用者]

住 所	_____
氏 名	_____

[代理人]

住 所	_____
氏 名	_____

利用者との続柄 _____

代理人が署名捺印する理由
