

指定居宅介護支援事業

重要事項説明書

（令和7年4月1日現在）

1. 事業者（法人）の概要

法人の名称	株式会社 みやた	
法人種別	営利法人	
代表者名	代表取締役 越前由高	
所在地	五城目町字鶴ノ木 90-1	
連絡先	電話	018-879-8577
	FAX	018-852-3113

2. 事業所の概要

（1）事業所の名称及び事業所番号

事業所の名称	福寿荘ケアプランセンター	
所在地	五城目町字鶴ノ木 90-1	
連絡先	電話	018-852-3139
	FAX	018-852-3113
事業所番号	指定事業者番号 0572315976 号 五城目町	
管理者の氏名	工藤佐知子	

（2）事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				業務内容	
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者 (主任介護支援専門員)	1	0	1	0	0	利用申込に係る調整、業務実施状況の把握その他の管理業務	
介護支援専門員	1	1	0	0	0	居宅介護支援業務を行います。	

(3) 通常の事業のサービス実施地域

通常の事業のサービス実施地域※	五城目町、八郎潟町、井川町、潟上市
-----------------	-------------------

上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間帯

営業時間	午前9時00分～午後6時00分
緊急時連絡先	080-1841-7433

3. 居宅介護支援サービスの内容及び実施概要

要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、置かれている環境、そして利用者及びその家族の意向等を勘案して「居宅サービス計画」を作成し、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう事業者等との連絡調整その他のサービスの提供を行います。

事 項	備 考
居宅サービス計画（ケアプラン）の作成等	課題の分析（アセスメント）の実施 サービス担当者会議の開催（テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行うことができるものとする。） ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施 (質の高いサービス提供の為、一人当たり35名程度担当)
課題分析（アセスメント）の方法	「楽すけ」を使用し、厚生労働省の標準課題項目に準じて最低月1回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握（モニタリング）を行う
調査（課題把握）の方法 給付管理業務	「楽すけ」を使用
要介護等認定の申請に係る援助を行う	
介護支援専門員への研修の実施	現在研修等、脂質向上のため必要な研修に計画的に参加
担当者の変更	担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能

4. 費 用

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、介護保険制度から全額給付されますので自己負担はありません。なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者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、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

■ 交 通 費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことになります。

なお、自動車を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

通常の事業実施地域の境界を越えてから、片道 20km 未満	500 円
通常の事業実施地域の境界を越えてから、片道 20km 以上 1 km 毎に	500 円 +20 円を追加

■ 利用料等のお支払い方法（自己負担や交通費などの支払いが生じる場合に限る）

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、30 日までに下記口座にお振り込みください。
入金確認後、領収書を発行いたします。

秋田銀行 五城目支店
当座預金 0002197
口座名義 株式会社 みやた 代表取締役 越前由高

5. 事業所の特色等

(1) 運営の目的と方針

- ① ご利用者が要介護状態等になった場合でも、可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を送ることが出来るように支援します。
- ② ご利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じてご利用者の選択に基づいた適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から統合的かつ効率的に提供されるよう支援致します。
- ③ 指定居宅介護支援の提供にあたっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定のサービス事業者に不当に偏ることがないよう公正中立に事業を実施致します。

事業所は、利用者に提供される指定居宅サービス等について、前 6 月間において作成された

居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び同一の訪問介護等事業者によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）等につき十分説明を行う。

なお、この内容を利用者等に説明にあたっては、理解が獲られるよう、文章の交付（別紙1参照）に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用者から署名を得ることとします。また、前6月間については、毎年度2回 ① 前期（3月1日から8月末日）② 後期（9月1日から2月末日）なお、説明については、指定居宅介護支援の提供の開始に際し直近の①または②の期間の当該割合等を行うものとします。

- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。
- ⑤ ご利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。
- ⑥ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等についてケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。
- ⑦ ご利用者やその家族に対し、利用者は計画に位置づける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。
- ⑧ 障害福祉サービスを利用して障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にします。

（2）その他

従業者の現任者研修を年2回以上、新任者研修を行っています。

6. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

お電話等でお申し込みください。当事業所の介護支援専門員がお伺いいたします。契約を締結したあと、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出があればいつでも解約できます。また、お電話でお申し出いただければ、担当介護支援専門員がお伺いしてサービス終了手続きをいたします。

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由により、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がその場合は、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いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ご利用者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ご利用者の要介護認定区分が、介護保険の非該当（自立）と認定された場合
- ご利用者が亡くなられた場合または被保険者資格を喪失されたとき

④ その他

- ご利用者やご家族の方などが当該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。

7. サービス内容に関する苦情当相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	福寿荘ケアプランセンター	
窓口責任者	工藤佐知子	
	電 話	018-852-3139
	F A X	018-852-3113
面接場所	当事業所 相談室	
苦情箱	当事業所に設置	
受付時間	年中（但し、12月29日～1月3日を除く）	
	平日 午前9時00分～午後6時00分	

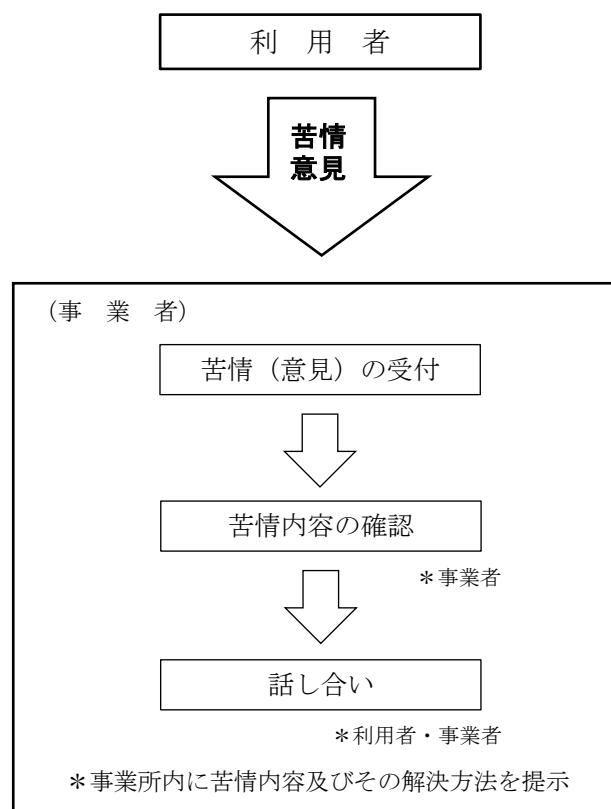
(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当介護支援専門員およびサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果および具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような対応を行います。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の現象を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

【苦情処理体制図】



(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び秋田県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

五城目町役場 健康福祉課 介護担当	所 在 地	南秋田郡五城目町西磯ノ目1丁目1-1
	電 話 番 号	018-852-5107
	F A X	018-852-5367
	受 付 日 時	毎週月曜日～金曜日 (但し、休日を除く) AM8:30～PM5:15
潟上市役所 福祉健康部 社会福祉課 社会福祉班	所 在 地	潟上市天王字棒沼台226-1
	電 話 番 号	018-853-5314
	F A X	018-853-5233
	受 付 日 時	AM8:30～PM5:15
八郎潟町役場 健康福祉課 介護担当	所 在 地	南秋田郡八郎潟町字大道80
	電 話 番 号	018-875-5808
	F A X	018-875-5233
	受 付 日 時	AM8:30～PM5:15 (土日、祝日、年末年始を除く)
井川町役場 健康福祉課 介護担当	所 在 地	南秋田郡井川町北川尻字海老沢樋ノ口78-1
	電 話 番 号	018-874-4417
	F A X	018-874-2600 (総務)
	受 付 日 時	AM8:30～PM5:15
秋田県 国民健康保険 団体連合会	所 在 地	秋田市山王4-2-3
	電 話 番 号	018-862-6864
	受 付 日 時	毎週月曜日～金曜日 (但し、休日を除く) AM9:00～PM3:00
	所 在 地	秋田市旭北栄町1-5
秋田県 社会福祉協議会	電 話 番 号	018-864-2775
	受 付 日 時	毎週月曜日～金曜日 (但し、休日を除く) AM8:30～PM5:00
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	受 付 日 時	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	受 付 日 時	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	受 付 日 時	

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治の医師、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応方法

事業者の過誤及び過失の有無に関わらず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合は、下記のとおりの対応を致します。

(1) 事故発生の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、利用者様の緊急連絡先（ご家族等）、市町村（保険者）に速やかに報告します。

(2) 処理経過及び再発防止策の報告

上記の事故報告を行った場合は、対応経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険者）に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

(3) なお、当事業所の提供サービスにより、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所はあいおい損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）

10. 主治の医師および医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師および関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

(1) 利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援専門員が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名および担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を貼り付ける等の対応をお願いいたします。

また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

11. 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 事業者は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、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当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。
- (3) この守秘義務は契約終了後も同様です。

12. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- (1) 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利用者または家族に対して提供するものとします。

- (2) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることが出来ること、利用者は居宅サービス計画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ことが出来ます。
- (3) 特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることがなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
- (4) 居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及びその家族、当該サービス担当者との合意を図ります。
- (5) 末期のがんと診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者またはその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者的心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々の状態に即したサービス内容の調整等を行います。

13. 感染症の予防及びまん延の防止

事業者は当該事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 当該事業所における感染症予防及びまん延し防止のための指針を整備します。
- (2) 当該事業所において、介護支援専門員に対し、感染症予防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. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- (2) 当該事業所において、介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (3) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を配置します。
- (4) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

15. サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び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。

16. その他運営に関する重要事項

- (1) 事業所は適切な指定居宅支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害される事を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続

的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るため業務継続計画（BCP）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な研修及び訓練を定期的に開催するなどの措置を講じます。

- (3) 事業所は、指定居宅介護支援に関する諸記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存するものとします。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名	続 柄
	住所	
	電話番号 (携帯電話)	
主治医	病院 (診療所)名	
	所在地	
	主治医氏名	
	電話番号	

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡をいたします。

附 則

この重要事項説明書は、令和3年4月1日から施行する。

この重要事項説明書は、令和6年4月1日から施行する。

当事業者は、居宅介護支援のサービスの利用にあたり利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 令和 年 月 日

事業者	所在地	秋田県南秋田郡五城目町字鶴ノ木 90-1
事業者（法人）名	株式会社 みやた	
事業所名	福寿荘ケアプランセンター	
事業所番号	0572315976 号 五城目町	
代表者名	代表取締役 越前 由高 印	

説明者	職名	介護支援専門員
-----	----	---------

氏名	印
----	---

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容および以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、各自1通を保有するものとします。

- 私は、利用可能な事業所の複数紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求めることができる事についての説明を受けました。
- 利用中の訪問介護事業所等から伝達された口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状況について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことについて了承しました。
- もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を、入院先医療機関に報告します。

同意年月日： 令和 年 月 日

利用者本人	住所
-------	----

氏名	印
----	---

(署名・法定) 代理	住所
------------	----

氏名	印	続柄
----	---	----

福寿荘ケアプランセンターサービス利用割合等説明書

①前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	%
通所介護	%
地域密着型通所介護	%
福祉用具貸与	%

②前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合。(上位3位)

サービス種類	事業所名①	事業所名②	事業所名③
訪問介護		%	%
通所介護		%	%
地域密着型 通所介護		%	%
福祉用具貸与		%	%

③判定期間 (令和 年度) 前期 (3月1日から8月末日) 後期 (9月1日から2月末日)

令和 年 月 日

私は、本書面により、福寿荘ケアプランセンターから居宅介護支援の提供に際して、上記内容について説明を受け同意しました。

【利用者本人】 氏名 _____

【署名代理人】 氏名 _____ 続柄 _____