

指定居宅介護支援事業所・指定介護予防居宅介護支援事業所
相和会 かいご相談センター 重要事項説明書

1. 相和会 かいご相談センターの概要

事業主体	社会福祉法人 相和会
事業所名	相和会 かいご相談センター
所在地	秋田県横手市上赤坂字仁坂105番地2
指定番号	0570322735
管理者	細川 文恵
サービスを提供する地域	横手市横手地域 (その他の地域についてはご相談ください。)
職員体制	管理者 1名 介護支援専門員 5名以上

2. 事業の目的

社会福祉法人相和会が開設する相和会 かいご相談センターが行う居宅介護支援及び介護予防居宅介護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、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

3. 運営の方針

事業所の介護支援専門員は、利用者が要介護状態等にあっても、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事ができるように配慮し、利用者の選択に基づき、適切な保険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、公平中立な居宅介護支援を行う。

4. 相和会 かいご相談センターが行うサービスの内容

- 居宅サービス計画又は介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）の作成を行います。
- 要介護認定・要支援認定の申請を代行します。
- 給付管理票を作成します。
- サービス事業所にサービスの提供を依頼します。
- サービスが効果的に行われるよう、関係機関と連絡を取り合います。
- ご利用者の方の状態の変化を継続的に観察します。

5. 営業日及び営業時間

- 営業日 年中無休

○営業時間 午前8時30分～午後5時30分

但し、24時間連絡体制を確保し、緊急かつ必要に応じて利用者等の相談に対応する体制をとっております。

6. 利用料金について

要支援または要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されますので、自己負担はありません。

7. 秘密の保持について

個人の秘密は固く守られ、ご利用者の方・ご家族の方の情報は不当に用いられることはありません。

8. 事故発生時の対応について

サービス提供について、事故が発生した場合には速やかに市町村・ご家族の方等に連絡を行い、必要な措置をとります。

9. 苦情の受付について

○当事業所に対する苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 担当者 細川 文恵

電話 0182-32-1171（大代表） 0182-32-1234（直通）

FAX 0182-32-1172

受付時間 午前8時30分～午後5時30分

○行政機関その他苦情受付機関

横手市役所 まるごと福祉課	所在地 横手市中央町8-2 電話 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709 受付時間 午前8時30分～午後5時 (祝祭日・年末年始を除く)
秋田県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	所在地 秋田市山王4丁目2番3号 電話 018-883-1550 FAX 018-883-1551 受付時間 午前8時30分～午後5時 (祝祭日・年末年始を除く)
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)	所在地 秋田市旭北栄町1番5号 電話 018-864-2726 FAX 018-864-2742 受付時間 午前8時30分～午後5時 (土・休日、年末年始を除く)

10. その他

相和会 かいご相談センターの運営につきましては、規定に定められております。詳細についてお知りになりたい方は、「相和会 かいご相談センター運営規定」を閲覧することができますので、お申し出下さい。

11. 公平中立に関するもの

○サービス事業者の選定

サービス事業者の選定にあたって、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できます。

居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を介護支援専門員に求めることが出来ます。

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与等の利用状況は請求があれば開示します。

12. 医療との連携に関するもの

利用者が医療機関に入院した際、その入院先（医療機関）に担当介護支援専門員の氏名、連絡先を伝えてもらうよう依頼します。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービス及び指定介護予防居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面に基
づき重要事項の説明を行い、同意を得て交付しました。

相和会 かいご相談センター

説明者氏名 _____ 印

令和 年 月 日

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、居宅サービス計画及び介護予防
サービス・支援計画表の作成を依頼することを同意しました。

利用者氏名 _____ 印

利用者家族等氏名 _____ 印