

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。わからないことがあれば、その都度説明する職員に聞いてください。

1. 事業者（法人）の概要

| | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------|
| 運営主体の名称 | (フリガナ) イリョウホウジン ロクサンカイ | |
| | 医療法人 | 録三会 |
| 運営主体の所在地 | 〒 505-0041 美濃加茂市太田町2825 | |
| 代表電話番号 FAX 番号 | (電話番号) 0574-26-2220 | (FAX 番号) 0574-26-2239 |
| ホームページアドレス | https://www.ohta-hospital.jp | |
| 運営主体の代表者氏名 | 医療法人録三会 理事長 佐々木 裕茂 | |

2. 事業所の概要

| | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------|
| 事業所名 | (フリガナ)ミノカモシチュウブチョウジュシエンセンター | |
| | 美濃加茂市中部長寿支援センター | |
| 管理者の役職・氏名 | 管理者 センター長 佐光 美晴 | |
| 事業所の所在地 | 〒 505-0038 美濃加茂市中部台6-13-5 | |
| 代表電話番号 FAX 番号 | (電話番号) 0574-49-8591 | (FAX 番号) 0574-49-8592 |
| 緊急連絡先 | 0574-49-8591 | |
| 介護保険の指定番号 | 2101200042 | |
| 指定年月日 | 平成27年4月1日 | |

3. 職員の体制に関する事項（令和7年4月1日現在）

| | 職名 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
|--------------------|---------------|----|-----|---------|
| 所属する担当職員の 人数・構成 | 主任介護支援専門員 | 1人 | | 1人 |
| | 介護支援専門員 | | | |
| | 保健師 | 1人 | 1人 | 1.8125人 |
| | 社会福祉士 | 1人 | 1人 | 1.375人 |
| | その他の職員 | | | |
| 常勤職員の所定労働時間 | 1週間あたり 37.5時間 | | | |

4. サービスの内容等に関する事項

| | | |
|--------------------|---|--------------------|
| 営業時間 (窓口対応可能時間) | 月～金曜日 | 午前8時30分から午後5時00分まで |
| | 休業日・・・土・日曜日、祝日及び12月29日～1月3日 ※ただし、電話対応は24時間可能 | |

| | | |
|----------------------|--|---|
| サービス提供地域 | 山手小学校・山之上小学校・蜂屋小学校・伊深小学校・三和小学校 | |
| サービス提供内容 | <p>サービス提供内容は以下のとおりです。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の心身の状況や利用者とそのご家族等の置かれた状況を考慮して、目標とする生活に向けて、「介護予防サービス・支援計画書」を作成します。 2. 利用者の介護予防サービス・支援計画書に基づくサービス等の提供が確保されるよう、利用者及びその家族等、サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握します。 3. 必要に応じて、指定介護予防サービス事業者と利用者の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画書を変更します。 | |
| 苦情・相談対応窓口の名称・連絡先対応時間 | 事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口 | <p>名称 美濃加茂市中部長寿支援センター</p> <p>連絡先 (0574-49-8591)</p> <p>対応時間 (8:30 ~ 17:00)</p> |
| | 行政に設置された苦情・相談窓口 | <p>名称 美濃加茂市高齢福祉課</p> <p>連絡先 (0574-25-2111)</p> <p>対応時間 (8:45 ~ 16:45)</p> <p>※土日祝日を除く</p> |
| | 国保連苦情・相談対応窓口(介護サービス苦情相談窓口) | <p>名称 岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課苦情相談係</p> <p>連絡先 (058-275-9826)</p> <p>対応時間 (9:00 ~ 17:00)</p> <p>※土日祝日を除く</p> |
| 事故発生時の対応 | <p>担当する職員は、利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には、速やかに事業所、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じた後、美濃加茂市に報告します。</p> | |
| 虐待防止のための措置 | <p>担当する職員は、利用者の人権擁護、虐待防止等に資する次の措置を講じるものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 虐待を防止することに資する研修の受講 (2) 利用者等からの虐待についての相談受付、及び苦情解決体制の整備 (3) その他虐待防止のための必要な措置 | |
| ハラスメント防止のための措置 | <p>担当する職員は、職場及び相談援助等におけるハラスメントの発生を防止し、発生時には迅速かつ公正な対応を行います。</p> | |
| 業務継続計画について | <p>当事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護予防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の計画を策定し、必要な措置を講ずるものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 職員に対し業務継続計画についての説明、周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的実施します。 (2) 定期的及び適宜、業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。 | |

| | |
|-------|---|
| 秘密の保持 | 担当する職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。 なお、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得ます。 |
|-------|---|

5. 業務の委託

利用者の同意により、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

委託する場合には、利用者及び利用者家族の同意のもと、個人情報を委託先の指定居宅介護支援事業者にお伝えさせていただきます。また、サービスに関するお問い合わせ、不明な点等の連絡は、委託先の担当職員が窓口となります。

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| 委託する指定居宅 介護支援事業所 | (連絡先名称) |
| | (住所) (電話番号) - - (FAX 番号) - - |

6. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用に係る費用

○利用料

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として、利用者の自己負担はありません。

ただし、介護予防支援については、利用者の保険料の滞納等の状況により、長寿支援センター（指定介護予防支援事業所）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、利用者には次の利用料をお支払いいただきます。

| | |
|-------------------|------------|
| 介護予防支援費（I）（1月につき） | 4, 5 1 2 円 |
|-------------------|------------|

※新規で利用される場合、初月に3, 0 6 3 円が加算されます。

※委託をした場合は、委託連携加算により、初月に3, 0 6 3 円が加算されます。

○その他の費用

- ・交通費 無料です。
- ・申請代行手数料

利用者の希望により要支援認定（更新・区分変更申請を含む）及び事業対象者の申請に関する手続きを無料で代行します。

7. サービスの終了

利用者の都合によりサービスの利用を終了する場合は、サービスの終了希望日の7日前までに、次の連絡先までご連絡ください。

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 連絡先名称 美濃加茂市中部長寿支援センター | 連絡先（電話番号） 0 5 7 4 - 4 9 - 8 5 9 1 |
|--------------------------|--------------------------------------|

令和 年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント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。

事業所所在地 岐阜県美濃加茂市中部台6-13-5
名 称 美濃加茂市中部長寿支援センター

説明者氏名 _____

私及び私の家族は、本書面により、事業者から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての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。また、私及び私の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 使用目的

(1) 介護予防サービス等の提供を受けるに当たって、担当職員と介護予防サービス事業者等との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況及び緊急連絡先等を把握するために必要な場合

(2) 上記のほか、居宅介護支援事業所又は介護予防サービス事業所等との連絡調整に必要な場合

(3) 現に介護予防サービス等の提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師・看護師等に状況及び連絡先を説明する場合

(4) 美濃加茂市と事業者との間で「災害時における介護保険・障害福祉サービス利用者の支援に関する協定」を締結しており、利用者の安否情報等を美濃加茂市に提供する場合

2 個人情報を提供する事業所等

(1) 介護予防サービス・支援計画に掲載されている事業所等

(2) 委託をした場合、委託先の居宅介護支援事業所

(3) 病院又は診療所等の医療機関（体調不良又はケガ等で診療をすることとなった場合）

(4) 美濃加茂市

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

(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、関係者以外の者に漏洩しないよう細心の注意を払う。

(2) 個人情報を使用した会議、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

(本人) 住所 美濃加茂市

氏名

(代理人等) 住所

氏名

(家族代表者) 住所

氏名