

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

(介護保険指定番号 0700100050 )

福島市信陵地域包括支援センター  
福島県福島市大笹生字向平6番地の1

# 重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 1 事業所の概要

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 業所名     | 福島市信陵地域包括支援センター |
| 所在地     | 福島市大笹生字向平6番地の1  |
| 電話番号    | 024-558-7867    |
| ファックス番号 | 024-558-7865    |
| 担当地域    | 福島市 笹谷、大笹生地区    |

## 2 事業所の職員体制

| 職名            | 資格                            | 常勤 | 非常勤 | 兼務の別 | 備考               |
|---------------|-------------------------------|----|-----|------|------------------|
| 管理者兼主任介護支援専門員 | 社会福祉士<br>介護支援専門員<br>主任介護支援専門員 | 1  |     |      |                  |
| 保健師等          | 看護師                           | 1  |     |      |                  |
| 社会福祉士         | 社会福祉士                         | 1  |     |      |                  |
| 認知症地域支援推進員    | 介護支援専門員<br>介護福祉士              | 1  |     |      |                  |
| その他           | 看護師                           | 1  |     |      |                  |
| 地域支え合い推進員     |                               |    |     | 1    | 管理者兼主任介護支援専門員が兼務 |

## 3 サービスの提供時間帯

|     |                  |
|-----|------------------|
| 平日  | 午前 8:30 ~午後 5:30 |
| 休業日 | 土・日・祝日、年末・年始     |

## 4 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供方法及び内容

### (1) 運営の方針

常に利用者の立場に立ち、利用者が可能な限り、住み慣れた居宅において自立した日常生活を営むことを目的とし、適切に介護予防サービス等が提供されるよう支援致します。

利用者が適切なサービスを選択できるよう、複数の介護予防サービス事業所等を紹介し、わかりやすく丁寧に説明致します。また、介護予防サービス・支援計画書原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能である旨、説明致します。

## (2) 実施方法

- ① 保健師等の専門職員が利用者の居宅を訪問し、ご本人及びそのご家族に面接した上で、もっとも適切なサービスの組み合わせについて検討致します。
- ② 介護予防サービス等の担当で構成するサービス担当者会議の開催又は担当者への照会等により、専門的な意見を取り入れた介護予防サービス・支援計画を作成し、利用者及びご家族の同意を得た上で、利用者ご本人及び介護予防サービス事業所等に交付します。
- ③ 介護予防サービス等開始後は、介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握に努め、利用者及びそのご家族、介護予防サービス事業者等と継続的に連絡調整を行い、必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行ないます。

## 5 利用料金

### (1) 計画作成費

要支援1・2の認定を受けられた方は介護保険制度から全額給付、介護予防・日常生活支援総合事業費等の対象者は福島市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を支払われない場合は、1ヶ月につき4,420円（ただし、サービス提供を開始した月のみ3,000円を加えます。）をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行致します。このサービス提供証明書を後日福島市介護保険課の窓口に出しますと、全額払い戻しが受けられます。

### (2) 交通費

福島市内にお住まいの方は無料です。

### (3) 解約料

利用者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。

### (4) 料金の支払い方法

料金が発生する場合は、月ごとの清算とし、毎月、15日までに前月分の請求を致しますので、30日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行致します。

## 6 サービスの終了について

### (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くだされば、いつでも解約致します。

### (2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

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が、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の地域包括支援センターをご紹介致します。

(3) 自動終了

以下の場合、自動的にサービスを終了致します。

- ・利用者の要介護認定区分が要介護1以上と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所の職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為、暴言・暴行（殴る・蹴る・罵声を浴びせる）・セクシャルハラスメント（身体に障る・抱きつく）・カスタマーハラスメント（理不尽なクレームや度を越えた謝罪・対価を要求するなどの行為等）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ので、予めご了承ください。

## 7 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 相談・苦情窓口および責任者

|         |              |
|---------|--------------|
| 担当者     | 井上 眞里        |
| 責任者     | 佐久間 理恵       |
| 電話      | 024-558-7867 |
| ファックス番号 | 024-558-7865 |

(2) 行政その他の苦情受付機関

| 機関名                | 電話       |
|--------------------|----------|
| 福島県社会福祉協議会運営適正化委員会 | 523-2943 |
| 福島県国民健康保険団体連合会     | 528-0040 |
| 福島市役所長寿福祉課         | 529-5064 |
| 福島市役所介護保険課         | 525-6587 |

《担当の職員》

氏名： \_\_\_\_\_

資格： \_\_\_\_\_

(次のような場合はご連絡下さい)

- 1、介護保険証などの記載内容に変更のあった場合
- 2、介護予防サービス・支援計画外のサービスを利用する場合
- 3、病状等の変化などのため、入院となった場合

## 8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに福島市、ご家族等に連絡を行ないます。

また、事故発生状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所のサービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を致します。

## 9 個人情報の保護について

業務上知り得た利用者またはそのご家族の情報を適切に管理し、秘密を保持します。個人情報については必要最小限の範囲で使用するものとし、関係者以外の者に洩れることがないように細心の注意を払います。

また、担当職員でなくなった後においても、業務上知り得た利用者またはそのご家族の秘密を保持致します。

## 10 虐待の防止のための措置

利用者への暴力や心理的苦痛等を与える虐待などの権利侵害が発生したときは、マニュアルに則って福島市との協議や関係機関との連携により、適切で迅速な対応を行います。

虐待などの権利侵害について早期に発見・対応を図れるよう、日常から状況把握、関係機関との情報共有に努めるとともに、当事業所内で研修を実施する等、職員の資質向上に努めていきます。

## 11 業務の委託について

利用者のご相談の上、介護予防サービス計画の作成等の業務を、居宅介護支援事業所に委託する場合は、次のような取扱いとなります。

- (1) 委託を受けた事業所（以下「受託事業所」といいます。）は、当事業所と利用者との間で交わした介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約の内容に従い業務を遂行しますが、介護予防サービス・支援計画の内容及び達成評価の確認等を通じ、適切に業務を遂行できるよう連携を図ります。
- (2) 介護予防支援等の業務が適切に遂行されるよう、本事業所が福島市や関係機関より入手した利用者の情報は必要範囲内で受託事業所に提供させていただきます。
- (3) 業務委託が終了する場合または、受託事業所が変更する場合には、あらかじめ、利用者にご連絡を差し上げ、業務が滞らないよう対応致します。
- (4) 受託事業所が、都合により業務を遂行できなくなった場合には、当事業所が業務を引き継いで遂行致します。

## 12 法人の概要

|         |  |
|---------|--|
| 事業所     | 医療法人 生愛会   |
| 代表者名    | 理事長 本間 達也  |
| 所在地     | 福島県福島市大笹生字向平13番地の1   |
| 電話番号    | 024-555-2244   |
| ファックス番号 | 024-555-2241   |
| 事業      | 附属介護老人保健施設 生愛会ナーシングケアセンター<br>(一般入所・短期入所療養介護・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション) |
|         | (介護予防短期入所療養介護・介護予防通所リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション)                       |
|         | 医療法人 生愛会 居宅介護支援センター (居宅介護支援)   |
|         | 生愛会 中央医療クリニック (診療所)  |
|         | 生愛会 中央医療クリニック併設 ヘルスケアスクール<br>(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)           |
|         | 生愛会ホームヘルプステーション<br>(訪問介護・訪問型サービス (独自))                               |
|         | 生愛ヒルトップ・ルネサンス (サービス付き高齢者向け住宅)  |

# 同意書

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、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地：福島市大笹生字向平6番地の1

名称：福島市信陵地域包括支援センター

印

説明者

所属：福島市信陵地域包括支援センター

氏名：\_\_\_\_\_

印

私は、本書面により、事業者からの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致します。

令和 年 月 日

利用者

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_

印

<電話番号> \_\_\_\_\_