

# 重要事項説明書

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

## 1 事業の目的

高齢者が要介護状態の予防と可能な限り居宅において自立した日常生活を営み続けるために、利用者の選択に基づいて必要な介護サービス等が適切に利用できるよう支援することを目的とします。

## 2 運営の方針

- (1) 利用者の心身の状況、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、適切な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配慮いたします。
- (2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類及び特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。
- (3) 事業の運営に当たっては、福島市、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みとの連携に努めます。
- (4) 利用者の個人情報の取り扱いに関しては、適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護に努めます。

## 3 事業所の名称及び所在地

事業所名	福島市北信西地域包括支援センター
所在地	福島市本内字西河原 5-76
電話番号	024-552-5544
ファックス番号	024-552-1780
担当地域	北信支所管内(本内・丸子・鎌田・北矢野目・南矢野目)
事業所番号	0700100076

#### 4 事業所の職員体制

職名	常勤	非常勤	兼務の別	業務内容
管理者 兼 社会福祉士 兼 地域支え合い推進員	1名		有	業務管理、総合相談、権利擁護、生活支援推進事業
主任介護支援専門員 兼 地域支え合い推進員	1名		有	包括的・継続的ケアマネジメント、生活支援推進事業
認知症地域支援推進員兼 地域支え合い推進員	1名		有	認知症総合支援事業、生活支援推進事業
保健師 兼 地域支え合い推進員	1名		有	介護予防ケアマネジメント、生活支援推進事業
介護支援専門員		1名	無	介護予防支援事業給付

#### 5 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日 午前8時30分～午後5時30分
休業日	日曜日 及び 年末・年始(12月30日から1月2日)

#### 6 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)実施方法

- ① 保健師等の専門職員が利用者のお宅を訪問し、利用者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いたします。
- 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、利用者及び介護予防サービス事業者等に交付します。
- 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います。

#### 7 利用料金

##### (1)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。

※ 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円と、業務委託をする初回月のみ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いたします。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

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、10日までに前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

## 8 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

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いたします。

(3) 自動終了

以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。

- ・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担当職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為(カスタマーハラスメントを含む)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、あらかじめご了承ください。

## 9 サービス内容に関する苦情受付

(1) 当事業所のお客様の相談・苦情窓口

担当者	中村 由美
電話	024-552-5544
ファックス番号	024-552-1780
受付日	月曜日から金曜日
受付時間	8時30分から17時30分

## (2) 苦情受付体制

	氏 名 (所 属)	電 話
苦情解決責任者	山家 弘幹 (ハッピー愛ランド施設長)	024-552-2466
第 三 者 委 員	阿部 正美 (社会保険労務士)	024-593-1481
第 三 者 委 員	中村 ミネ (福島市民生委員)	024-553-1209

## (3) 行政その他の苦情受付機関

機 関 名	電 話	住 所
福島市役所介護保険課	525-6587	五老内町3-1
福島県社会福祉協議会運営適正化委員会	523-2943	渡利字七社宮111
福島県国民健康保険団体連合会	528-0040	中町3-7

## 10 個人情報保護及び情報の開示

個人情報については、個人情報保護推進委員を設置し、組織的な安全体制の整備に努めるとともに、職員への意識啓発と教育を行います。

情報開示申請が行われた場合については、「個人情報にかかる開示申請等に関する規則」に基づき対応いたします。

### (1) 個人情報相談窓口

個人情報統括責任者	土田 美幸 ( 法人本部事務局 総務部長 )
担 当 者	中村 由美
電 話	024-552-5544
ファックス番号	024-552-1780
受 付 日	月曜日から金曜日
受 付 時 間	9時00分から17時00分

## 11 虐待防止に対する対応

- (1) 虐待防止のための指針を整備し、当該指針のもと、担当者を配置のうえ、事業所内で虐待防止委員会をおおむね3か月に1回開催し、虐待を防止するための様々な検討・協議を行うとともに、介護支援専門員等向けの研修を年1回実施する等、利用者に対する虐待の未然防止に努める。
- (2) 管理者及び職員は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたって、利用者が、職員又は利用者、家族等の擁護者、介護予防サービス等の担当者などから虐待を受けたと思われるときは、すみやかに市町村へ通報するものとする。

## 12 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急措置、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、再発防止のための対策を講じます。

## 13 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時に利用者に対して、サービスを継続的に提供行う、早期に提供再開できるようにするための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、非常時においても安定的にサービスを提供するために必要な措置を講じます。

## 14 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・支援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) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント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な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いたします。
- (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いたします。

## 15 法人の概要

事業所	社会福祉法人北信福祉会
代表者名	理事長 上西 和子
所在地	福島市南矢野目字オノ後 6-2
電話番号	024-573-0809
ファックス番号	024-553-7760

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。

事業所

住 所 福島市本内字西河原 5-76

名 称 福島市北信西地域包括支援センター

説明者氏名

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いたします。

利用者

住 所

氏 名

印

ご家族

住 所

氏 名

印

(続柄:

)