

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用)

1 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する事業所（高齢者あんしんセンター）の概要

事業所名	高齢者あんしんセンター若宮苑
所在地	高崎市上大類町759番地
介護保険事業所番号	1000200038
管理者名	塚田 明嗣
連絡先	電話：027-352-1119 FAX：027-352-8995
開設日時	月曜から金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで
休業日	土曜日・日曜日・国民の祝日・年末年始（12月29日から翌年1月3日まで）
担当地域	城東・東部

【法人の概要】

法人名	医療法人 十薬会
代表者名	理事長 矢島 祥吉
所在地	高崎市上大類町 759番地
連絡先	電話：027-352-1019

2 事業所（高齢者あんしんセンター）の職員体制等（令和7年2月1日 現在）

職 種	人 員
管理者	1名（常勤職員のうちから選任）
保健師 その他これに準ずるもの	2名以上（常勤 2名、非常勤 名）
社会福祉士 その他これに準ずるもの	2名以上（常勤 2名、非常勤 1名）
主任介護支援専門員 その他これに準ずるもの	2名以上（常勤 2名、非常勤 名）
事務職員	名（常勤 名、非常勤 名）
認知症地域支援推進員	1名（常勤職員のうちから選任）

3 事業の目的、提供方法及び内容

(1) 事業の目的

利用者に対し、要介護状態の予防と、可能な限り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ことができるよう、介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）を作成します。また、介護予防サービス等の提供が確保されるようサービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

(2) 事業の提供方法及び内容

- ① 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する相談を受ける場所は、利用者の居宅又は事業所の相談室、その他必要と認められる場所とします。
- ② 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の心身の状況、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努力します。
- ③ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、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、提供されるようサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。
- ④ 利用者及びその家族との面談によりアセスメントを実施し、利用者を支援すべき総合的な課題を把握し、自立した日常生活を営むために必要な目標を設定します。
- ⑤ アセスメント結果等を踏まえ、サービス担当者会議を通じ、目標を達成するために行うべき支援内容及び期間等を記載したケアプランを利用者等と調整し作成します。
ケアプランの内容、利用者負担等について、利用者及びその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。また、ケアプランを利用者及びサービス事業者等に交付します。
- ⑥ 利用者は、ケアプランの作成にあたって、事業者に対して複数のサービス事業者等の紹介を求めることができます。
- ⑦ 利用者は、ケアプランの作成にあたって、事業者に対してサービス事業者等の選定理由を求めることができます。
- ⑧ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、医療サービスとの連携に十分配慮し、利用者が医療サービス等の利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合にはこれに従い、ケアプランを作成し、この意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付します。
- ⑨ 事業者は、サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、主治医若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとします。
- ⑩ 事業者は、ケアプランの作成後においても、利用者及びその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、ケアプランの実施状況を把握するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じてケアプランの変更、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。
- ⑪ 前項のケアプランの実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。
- ⑫ ケアプランに位置付けた期間のおおよそ中間にあたる月及び終了時に、当該ケアプランの目標の達成状況等について評価します。

- ⑬ 事業者は、障害福祉サービスを利用してきた者が介護予防サービス等を利用する場合には、特定相談支援事業者と密接に連携し、サービスが円滑に提供されるよう連絡調整等を行います。

4 利用者負担金

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負担金はありません。ただし、介護保険料の滞納等がある場合に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを利用したときは、初回利用月 _____ 円（委託連携加算含む場合は _____ 円）、2ヶ月目以降 _____ 円を事業者にお支払いいただくことがあります。後日、市役所の窓口申請していただく払い戻しされる場合があります。

5 虐待への対応

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置を講じ、虐待又は虐待が疑われる事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認するなどし、市に情報提供するとともに相互に連携し、適切な対応をとります。

6 ハラスメントへの対応

ご利用者又はご家族様等からのハラスメント行為（身体的・精神的な暴力やセクシャルハラスメント、事業を運営する上で著しい迷惑行為等）が確認できた場合には、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

7 秘密保持

事業者及び担当職員その他の従業者であった者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

8 事故発生時の対応

事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

9 第三者評価について

福祉サービス第三者評価は、実施しておりません。

10 サービスの中止（キャンセル）等

- (1) 利用者がこの介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る訪問等のサービス提供を中止する場合は、事前に次の連絡先までご連絡ください。

担当職員： _____ 連絡先： _____

- (2) ケアプランの変更、サービス事業者との連絡調整等について利用者が行った依頼等を取り消す場合も、速やかに上記の連絡先までご連絡ください。

(3) 利用者は、3日以上の予告期間があれば、契約全体を解約することもできます(契約書第13条)。

(4) サービス提供のキャンセル又は契約の解約の場合にも、キャンセル料等は必要ありません。

1.1 入院時における医療機関との連携

利用者又はその家族は、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、次のとおり、事業者の担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所にお伝えください。

担当職員： _____ 連絡先： _____

1.2 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連絡先：
緊急連絡先	氏名： 連絡先：

1.3 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

高齢者あんしんセンター 相談・苦情等窓口	電話番号：027-352-1119 FAX 番号：027-352-8995 相談員（責任者）：塚田 明嗣（管理者）
-------------------------	---

○行政機関その他の苦情受付機関は次のとおりです。

高崎市 長寿社会課 地域包括支援担当	〒370-8501 高崎市高松町 35 番地 1 TEL：027-321-1319（直通） FAX：027-326-7387 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで（土、日、祝日、年末年始を除く）
高崎市 介護保険課 介護サービス担当	〒370-8501 高崎市高松町 35 番地 1 TEL：027-321-1250（直通） FAX：027-321-1166 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで（土、日、祝日、年末年始を除く）
群馬県国民健康保険団体 連合会（国保連） 介護保険課（苦情専用） （介護予防支援について）	〒371-0846 前橋市元総社町 335 番地 8 TEL：027-290-1323（直通） 受付時間：午前 9 時から午後 4 時 30 分まで（土、日、祝日、年末年始を除く）

【 重要事項説明書 説明確認欄 】

年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明し、
交付しました。

事業者 医療法人 十薬会

事業所（事業所番号：1000200038） 高齢者あんしんセンター若宮苑

説明者 _____ 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、同
意し受領しました。

利用者 氏 名 _____ 印

代理人又は立会人

氏 名 _____ 印