

# 重要事項説明書

## 1 地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の概要

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 事業所名     | 福岡市城南第1地域包括支援センター                  |
| 所在地      | 福岡市城南区別府3-6-15<br>アクション別府駅前プレミアム1階 |
| 事業者指定番号  | 福岡市 第 4001300047 号                 |
| 管理者・連絡先  | 大塚 侑里<br>電話： 092-847-8011          |
| サービス提供地域 | 城南・別府・鳥飼（中央区内を除く）                  |

## 2 事業所の職員体制等（令和7年4月1日現在）

| 職種        | 従事する職務内容等                 | 常勤 | 非常勤 | 合計  |
|-----------|---------------------------|----|-----|-----|
| 管理者       | 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。 | 1名 | 0名  | 1名  |
| 予防給付等担当職員 | 指定介護予防支援等の提供にあたる。         | 8名 | 4名  | 12名 |
| 事務担当職員    | 指定介護予防支援等に必要な事務を行う。       | 0名 | 0名  | 0名  |

※指定介護予防支援等…指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業

## 3 営業日及び指定介護予防支援等の提供時間

- （1）営業日：月曜日から金曜日（ただし、祝日及び12/29～1/3を除く。）  
（2）指定介護予防支援等の提供時間：午前9時から午後5時

## 4 指定介護予防支援等の提供方法

- （1）管理者は、担当職員に介護予防サービス・支援計画書作成に関する業務を担当させます。
- （2）生活状況等の調査にあたり、利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行います。
- （3）担当職員は、利用者の希望及び生活状況等の調査結果に基づいて、介護予防サービス・支援計画書の原案を作成します。
- （4）担当職員は、原則として、サービス担当者会議の開催、指定介護予防サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を共有するとともに、専門的な見地からの意見を求めます。
- （5）担当職員は、介護予防サービス・支援計画書の原案の内容を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得ます。介護予防サービス・支援計画書を作成した際には、利用者及び指定介護予防サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等に交付します。
- （6）担当職員は、指定介護予防サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者に対して、介護予防サービス・支援計画書に基づき、指定介護予防サービス等基準及び福岡市の第1号事業に関する指定の基準において位置づけられている計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1か月に1回、聴取します。
- （7）担当職員は、介護予防サービス・支援計画書作成後、介護予防サービス・支援計画書の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更、指定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。

- (8) 介護予防サービス・支援計画書の実施状況の把握にあたり、3か月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の自宅を訪問し、利用者に面接します。利用者の居宅を訪問しない月においては、第1号通所事業を行う事業所、指定介護予防通所介護又は指定介護予防通所リハビリテーション事業者等を訪問し利用者に面接するように努めるとともに、面接ができない場合は電話等により利用者との連絡を実施します。又、その結果については、少なくとも1か月に1回記録を行います。

## 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、指定居宅介護支援事業者名、担当者名等は別途お知らせします。その場合は、サービスに関するお問い合わせ、不明な点等の連絡は、委託先の担当者が窓口になります。

## 6 利用料金(介護予防サービス・支援計画書作成に関する費用)

- (1) 要支援認定又は事業対象者の判定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるため、自己負担はありません。

但し、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、1か月につき下記の金額をお支払いいただき、当事業者からサービス提供証明書を発行致します。償還払い等につきましては、各区役所の福祉・介護保険課にお問い合わせください。

|             |        |
|-------------|--------|
| 利用料（1か月につき） | 4,729円 |
|-------------|--------|

※地域包括支援センターが居宅介護支援事業者と個々のケアプランについて情報連携等を行った場合は、上記料金に3,210円加算されます。

※新規に指定介護予防支援等を行なった場合は、上記料金に3,210円加算されます。

- (2) 担当職員がお伺いする際の交通費はいただきません。

## 7 事業の目的

- (1) 事業者は、介護保険法等の関係法令、指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書及び重要事項説明書に従い、利用者に対し可能な限り居宅において、利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むため、また、要支援状態の軽減若しくは悪化を防止するために必要な介護予防サービス及び特定介護予防・日常生活支援総合事業が適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な介護予防支援等の提供が確保されるよう、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。
- (2) 事業者は、利用者の被保険者証に記載された認定審査会の意見に従って、利用者に対して指定介護予防支援等を提供します。

## 8 運営の方針

- (1) 担当職員は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- (2) 事業の実施にあたっては、利用者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、適切な保健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配慮します。
- (3) 事業の実施にあたっては、利用者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者等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（法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等を言います。）が、特定の種類又は特定の指定介護予防サービス事業者等に不当に偏ることがないように公正中立に行います。また利用者等へ介護予防サービス・支援計画原案に位置付けたサービス事業者等の選定理由の説明を行います。

- (4) 事業の運営にあたっては、福岡市、地域包括支援センター、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、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組みとの連携に努めます。

## 9 緊急時の対応

指定介護予防支援等・サービスの提供にあたり事故、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 | 名称<br>主治医等の氏名<br>連 絡 先 |
| 緊急連絡先 | 氏 名<br>連 絡 先           |

## 10 賠償責任

事業者は、指定介護予防支援等の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

## 11 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談は、次の窓口にご連絡願います。

|                        |                                                                            |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 福岡市 城南第1<br>地域包括支援センター | 電話番号： 092-847-8011<br>ファックス番号：092-833-4099<br>対応時間： 午前9時～午後5時（土・日曜日、祝日を除く） |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

○ 公的機関において、次の機関において苦情申出等ができます。

|                         |                                                                                                    |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 区保健福祉センター苦情申出窓口         | 所在地： 福岡市城南区鳥飼6-1-1                                                                                 |
| 城南区保健福祉センター<br>福祉・介護保険課 | 電話番号： 092-833-4105<br>ファックス番号：092-822-2133<br>対応時間： 午前9時～午後5時（土・日曜日、祝日を除く）                         |
| 福岡県国民健康保険団体連合会（国保連）     | 所在地： 福岡市博多区吉塚本町13-47<br>電話番号： 092-642-7800<br>ファックス番号：092-642-7852<br>対応時間： 午前9時～午後5時（土・日曜日、祝日を除く） |

注）年末年始（12/29～1/3）は「祝日」の扱いとなります。

## 12 その他の重要事項

- (1) 利用者に満足していただけるサービスを提供するため、介護支援事業等担当職員へは定期的に研修を実施します。
- (2) 利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げる必要な措置を講じます。
  - ①虐待防止に関する責任者は、管理者を選定しています。
  - ②成年後見制度の利用を支援します。
  - ③業務従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修や人権の擁護に係る研修を実施しています。
  - ④苦情解決体制を整備しています。
  - ⑤虐待防止のための指針を整備し、虐待防止検討委員会を設置しています。

- (3) 感染症の予防及びまん延防止のため、次に掲げる必要な措置を講じます。
- ①感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する会議を開催し、その内容を業務従事者に周知します。
  - ②感染症及びまん延防止のための指針を整備します。
  - ③業務従事者に対する感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。
- (4) 感染症や非常災害の発生時において、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を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期に業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に基づき、必要な措置を講じます。
- (5) 契約書第10条に規定する「この契約を継続し難いほどの背信的行為（刑法等の法令違反または事業者に対する暴力的な行為若しくは脅迫行為または暴言等）」とは次のような行為をさします。
- ①身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為（物をなげる、蹴る、たたく、つねる、ひっかく、刃物を見せる・振り回すなど ※回避したため危害を免れた場合も含む）
  - ②精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為（大声を発して威圧する、威圧的な態度で長時間話続ける、脅迫的な物言いをする、誹謗中傷するなど）
  - ③セクシャルハラスメント：性的な誘いかけ・いやがらせ、好意的態度の要求（不必要に体をさわる・裸を見せる、性的な話をする・画像を見せる、不必要な接触を求めるなど）
  - ④介護保険では提供できないサービスをケアプランに位置付けることを強要する、不当な金銭等の要求をする、不必要につきまとうなど
- (6) 事業所は、利用者の同意により、必要に応じて、介護予防支援の指定を受けた指定居宅支援事業所等との連絡調整及び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。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

|     |                        |   |
|-----|------------------------|---|
| 事業者 | 事業者名 福岡市城南第1地域包括支援センター |   |
|     | 説明者                    | 印 |

指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

|     |           |   |
|-----|-----------|---|
| 利用者 | 住 所 福岡市 区 |   |
|     | 氏 名       | 印 |

|                   |     |   |
|-------------------|-----|---|
| 上記代理人（代理人を選任した場合） | 住 所 |   |
|                   | 氏 名 | 印 |

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 立会人 | 住 所 |   |
|     | 氏 名 | 印 |

注) 「立会人」欄には、利用者とともに指定介護予防支援等契約の内容を確認する方がいる場合に記載して下さい。尚、立会人は当該契約に関する法的な義務等を負うものではありません。