

池田町社協 介護予防センター
重要事項説明書（兼 契約書）
(介 護 予 防 支 援)

（令和 7年 4月 1日 現在）

当事業所は介護保険の指定を受けています。

介護予防支援 指定地域連合 第2172600187号

【当事業所がご提供するサービスについてのご相談窓口】

電話	： (0585) 45-8123
受付時間	： 午前8時30分～午後5時15分(平日)
担当	： 三輪 徳次(管理者・介護支援専門員) 遠藤 千摩(介護支援専門員)

※ご不明な点は、お気軽におたずねください。

1. 介護予防支援

「要支援状態等となった場合においても、ご利用者がその有する能力に応じて可能な限り、居宅での自立した日常生活を営んでいただけるように、介護予防サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービス等を総合的に適切にご利用いただけるように、ご利用者の立場に立って、以下のとおり、サービスを提供するものです。」

- * ご利用者のご家庭を訪問し、心身の状況や、ご利用者やそのご家族等のご希望をお伺いして「介護予防サービス支援計画表」を作成します。
- * ご利用者の「介護予防サービス支援計画表」に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご利用者、そのご家族等および指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、実施状況を把握します。
- * 必要に応じて、ご利用者、サービス事業者双方の合意に基づき、「介護予防サービス支援計画表」を変更します。

2. 事業所の概要

(1) 当事業所の名称・所在地等

名称	池田町社協 介護予防センター
所在地	〒503-2417 岐阜県揖斐郡池田町本郷1628番地の2 池田町福祉センター 電話 (0585) 45-8123 FAX (0585) 45-9604 E-mail syakyou@town.ikeda.gifu.jp ホームページ http://www.town.ikeda.gifu.jp/shakyou/
開設年月日	平成12年4月1日
サービス提供地域	池田町全域

開設者 及び代表者氏名	社会福祉法人 池田町社会福祉協議会 会長 坪井 一雄
併設事業所・施設	<ul style="list-style-type: none"> ・池田町社協 訪問介護事業所 ・介護サポート いけだ ・池田町相談支援事業所 結愛 ・池田町障害福祉サービス事業所 ふれ愛の家 ・池田町放課後等デイサービス とらいあんぐる ・池田町病児・病後児保育室 ひまわり ・しあわせ相談センター ・池田町ボランティアセンター

(2) 当事業所の職員体制

職種	勤務形態	業務内容
管理者 /介護支援専門員	常勤 1名 (兼務)	従業員管理、業務管理、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援業務
介護支援専門員	非常勤 1名 (専従)	介護予防・介護予防ケアマネジメント業務

(3) 営業時間

平 日	午前8時30分 ~ 午後5時15分
土・日・祝祭日	休業 (但し、12月29日～1月3日は休業です。) * なお、営業時間外の急なご依頼について、可能な限り対応します。

3. 当事業所の運営方針

1	ご利用者が、心身の能力に応じ、介護予防に取り組まれ、できるかぎり自立した日常生活を営んでいただけるように、ご利用者やご家族のご希望を考慮し、必要な情報を活用して介護予防サービス支援計画表を作成します。
2	ご利用者へのサービス提供が適切に総合的に継続されるよう、主治医他、保健・医療・福祉サービス提供機関や相談機関等と密接な連携を保つよう努めます。
3	ご利用者的人権と意志を尊重し、常にご利用者の立場に立ち、不当に特定の介護予防サービス事業者等に偏るなどのことがないよう、公正・中立に努めます

4. 介護予防支援の流れ（お申込みからサービスご提供まで）

1	ご利用者予定者から「介護予防支援サービス計画作成依頼（変更）届出書」を池田町役場民生部保険年金課高齢福祉係へ提出。
2	当事業所の介護支援専門員が、あらかじめ電話でご都合をお聞きし、ご家庭を訪問。
3	重要事項説明書等により、わかりやすく当事業所のサービスを説明後、介護保険証を提示いただき、当事業所ご利用について書面で承諾。

4	ご利用者の心身の状況、ご利用者・ご家族のご希望等をもとに、課題（アセスメント）を分析、介護予防サービス事業者、その他介護保険内外のサービス担当者等と調整の上、総合的な見地からの「介護予防サービス支援計画表」の原案をご提示。（原案作成前に、地域の介護予防サービス事業者のサービス内容・利用料金・空き情報ご説明し、ご利用者のサービス選択のお手伝いをします。）
5	ご利用者・ご家族と介護予防サービス事業者、主治医も含めて「サービス担当者会議」を開催する等、ご希望があれば原案を修正変更し、ご利用者の同意を得た上で、「介護予防サービス支援計画表」を確定し、ご利用者に交付。
6	確定した介護予防サービス支援計画表を基に、介護予防サービス事業者、その他介護保険内外のサービス担当者に、ご利用者への介護予防サービス提供の依頼。
その後	<p>ご利用者および介護予防サービス事業者、主治医等との継続的な連携を持ち、常にご利用者の心身の変化に応じた適切な介護予防サービスが提供されるよう調整します。定期的に評価（モニタリング）を行い、必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更を実施します。毎月電話や訪問などで、介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握につとめ、3ヶ月に1度はご自宅を訪問します。サービス評価期間終了月及び必要時に評価を行い、必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更を実施します。</p> <p>★ご利用者のご希望により、要支援認定の更新や変更・介護申請に必要な援助もご提供（※）します。</p> <p>※当事業所のサービスは要介護認定を受けられていることが前提ですが、要介護認定の未申請の方については、申請等の援助も可能です。</p>

5. サービスご提供期間

介護予防サービスご提供期間は、要支援認定の有効期限内です。また更新または変更・介護申請により、有効期限が変更になった場合はその期間となります。ただし、池田町以外に転居されたとき、不幸にもご利用者が死亡されたときは、自動的にサービスのご提供を終了とします。

又 次の場合は、サービスのご提供を中止します。

- (1) ご利用者のご希望により当事業所のサービスを受けない旨、文書にて通知された場合。
- (2) 当事業所のやむを得ない理由でサービスのご提供が困難な状態になった旨、1か月前までに理由を記した文書で通知させていただいた場合。
- (3) ご利用者やご家族による過度の背信行為等により、当事業所によるサービスのご提供が、継続困難となった場合。

6. ご利用料金等

(1) ご利用料金

要支援認定を受けられた方は、「介護予防サービス支援計画表」のご利用料金は介護保険制度により全額給付されますので、自己負担はありません。

※保険料の滞納等により通常の全額給付（法定代理受領によるもの）ができなくなった場合、1か月ごとに厚生労働省が定める金額（基準額は1か月あたり要支援1または2は4,720円/月でサービスのご提供状況等により金額の差異が定められています。）を頂き、当事業所から領収書とサービス提供証明書を発行します。後日、池田町役場 民生部 保険年金課 高齢福祉係の窓口にご提出いただき、払い戻し等についてご相談下さい。

(2) 交通費

池田町内にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員が訪問する為の交通

費として実費をいただきます。尚、自動車を使用した場合は料金をいただきます。

(片道 概ね 10km未満 : 500 円、10km 以上 : 1,000 円)

(3) キャンセル料

ご利用者のご都合によって、介護予防サービス支援計画表の作成段階途中、または月途中でのキャンセルの場合、上記厚生労働省が定める金額の 50%のキャンセル料をいただく場合があります。

(4) その他の料金

原則として不要です。必要な場合、ご利用者のご了解のもとに実費負担をお願いする場合があります。

7. ご利用に関する個人情報の使用について（別紙：個人情報使用同意書）

ご利用者の心身の状況をふまえ、またご利用者・ご家族等のご希望に添った「介護予防サービス支援計画表」等を作成するために、またご利用者の心身の状況の変化にも適切に対応した介護予防サービス等が継続的に提供されるよう、ご利用者の要支援認定に係る認定調査や主治医意見書等の情報、認定審査会結果、その他当事業所に提供いただいた個人情報を、主治医、サービス事業者等と共有し、「サービス担当者会議」等において、必要最小限のご利用者やご家族等の個人情報を使用させていただきます。なお、それ以外で知り得たご利用者やご家族等の情報を、ご承諾無しに他に漏らすことはありません。サービスご提供期間が終了した場合または担当した職員が退職後も同様です。また、サービスご提供に関する記録は関係法令により 5 年間適切に管理します。その期間ご利用者の求めに応じ、内容を開示します。（開示に関して必要なコピー料金等はご利用者の負担となります。）

8. サービス内容等に関する苦情の受付

* 当事業所の苦情相談は、下記の者が承ります。

解決責任者	事務局長 岡崎 弘晃	電話 (0585) 45-8123 F A X (0585) 45-9604
受付担当者	管理者 三輪 徳次	
第三者委員	小森 正悟 森 玲子	

* 池田町役場相談窓口へ相談・苦情を申し出させていただくことができます

相談窓口	池田町役場 民生部 保険年金課 高齢福祉係	電話 (0585) 45-3111
------	-----------------------	-------------------

* 下記に苦情を申し立てることができます。

苦情受付	揖斐広域連合	電話 (0585) 23-0188
	岐阜県国民健康保険団体連合会	電話 (058) 275-9826
	岐阜県運営化適正化委員会	電話 (058) 278-5136

9. 損害賠償について

介護予防支援の提供に伴って、事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

10. 高齢者虐待防止対策について

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防

止に関する措置（虐待防止委員会の開催、高齢者虐待防止のための指針の整備、虐待防止研修の実施）を講じます。

1 1. 身体拘束等の原則禁止について

利用者もしくは他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項の記録を行います。

1 2. 業務継続の取り組み（B C P）について

感染症や自然災害の発生時においても、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供ができるための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定します。当該業務継続計画に沿った研修及び訓練を実施します。

1 3. 感染症の予防及びまん延防止対策について

事業所において感染症が発生またはまん延をしないように、措置（感染対策委員会の開催、指針の整備、研修及び研修の実施）を講じます。

1 4. ハラスメント防止対策について

当事業所内におけるハラスメントの防止のため、職員に対し周知・啓発を行い、適切な対策を行います。

1 5. 主治医及び医療機関等との連携

当事業所と利用者の主治の医師又は関係医療機関との間において、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うために、疾患に関する情報について必要に応じて連絡をとらせていただきます。そのために、入院、受診時等には、当該事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えて頂きますようお願いいたします（医療保険証、お薬手帳等に当該事業所の介護支援専門員の名刺を添付する等の対応をお願いします。）。

**この説明書は、双方が承諾・署名・押印後、各々1通ずつを保持します。
大切に保管してください。**

令和 年 月 日

以上、介護予防サービスのご提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要な事項をご説明いたしました。ご利用者等のご承諾・ご署名後、サービスのご提供を開始いたします。

事業者	所在地	岐阜県揖斐郡池田町本郷1628番地の2 池田町福祉センター内
	法人名	社会福祉法人 池田町社会福祉協議会
	代表者名	会長 坪井一雄 (印)
	事業所名	池田町社協 介護予防センター
	説明者氏名	

私は、本書面により、事業者から介護予防サービスについての重要事項の説明を受け、内容について了承しました。サービス提供開始を依頼します。

利用者	住 所	岐阜県揖斐郡池田町
	氏 名	(印)

保証人	住 所	
	氏 名	(印) (ご利用者との関係 :)

家族代表	住 所	
	氏 名	(印) (ご利用者との関係 :)

個人情報に関する同意書

池田町社協 介護予防センター 殿

私（利用者）、及びその家族の個人情報について、池田町社協 介護予防センターが下記の第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。

記

1. 利用目的

- ・介護サービス計画作成、サービス担当者会議、関係者・事業者間での連絡調整において必要な場合
- ・介護保険施設等への入所に伴う情報提供が必要な場合
- ・事故発生時における関係機関への情報提供や報告が必要な場合
- ・介護支援専門員実務研修における実習生の受け入れに使用する場合
- ・その他本人の状況に応じた適切な介護保険及び高齢者保健福祉サービスの提供に必要な場合

2. 提供する第三者

地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医、その他介護保険及び高齢者保健福祉サービスに係る関係者

3. 提供する個人情報

アセスメントシート、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、利用者基本情報、基本チェックリスト、基本健康診査結果、介護サービス計画書等の個人に関する記録

4. 使用する期間

重要事項説明書で定める期間

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 摂斐郡池田町

氏 名

(家族の代表：続柄)

住 所

氏 名

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって署名を代筆しました。

(署名代筆者/保証人)

住 所

氏 名