

# 重要事項説明書

## この契約の趣旨について

- 「要支援1」「要支援2」の認定を受けた方または、「介護予防・生活支援サービス事業対象者」となった方は、「介護予防サービス」「介護予防・生活支援サービス」をご利用いただくことになります。
- 「介護予防サービス」「介護予防・生活支援サービス」の利用にあたっては、「介護予防サービス・支援計画書」の作成等を行う必要がありますが、これらの業務は「地域包括支援センター（または地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所）」があなたと契約を締結して作成することになっています。

## 1. 事業所の概要

|                |                                                                                                          |                                                                             |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 運営主体の法人名(事業者名) | (フリガナ)                      フジコセイカイ<br>富士厚生会                                                             |                                                                             |
| 法人の種類          | 社会福祉法人                                                                                                   |                                                                             |
| 運営主体の所在地       | 富士宮市上井出 2029-1                                                                                           |                                                                             |
| 代表電話番号・FAX 番号  | TEL 0544 - 54 - 6600                                                                                     | FAX 0545 - 54 - 6601                                                        |
| ホームページアドレス     | ある・なし                                                                                                    | <a href="http://www.fujikoseikai.or.jp/">http://www.fujikoseikai.or.jp/</a> |
| 運営主体の開設年月      | (西暦) 1975年8月8日                                                                                           |                                                                             |
| 運営主体の代表者氏名     | 理事長 吉川 雄二                                                                                                |                                                                             |
| (フリガナ)<br>事業所名 | フジシフジカワチイキホウカツシエンセンター<br>富士市富士川地域包括支援センター                                                                |                                                                             |
| 管理者の役職・氏名      | センター長 仲亀 牧子                                                                                              |                                                                             |
| 事業所の所在地        | 富士市岩淵137-1                                                                                               |                                                                             |
| 交通の方法          | JR 富士川駅より徒歩10分                                                                                           |                                                                             |
| 代表電話番号・FAX 番号  | TEL 0545 - 81 - 4820                                                                                     | FAX 0545 - 81 - 4808                                                        |
| 介護保険の指定番号      | 2202300105                                                                                               |                                                                             |
| 指定年月日          | (西暦) 2016年 4月 1日                                                                                         |                                                                             |
| 指定更新年月日        | (西暦) 2022年 4月 1日                                                                                         |                                                                             |
| 運営の方針と事業所の特色など | 可能な限りその居宅において、(能力に応じた)自立した生活を営むことができるよう、適切な介護予防サービス及び支援計画書を作成し、介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者等との連絡調整を行います。 |                                                                             |

## 2. 職員の体制に関する事項

|                    |              |       |     |       |
|--------------------|--------------|-------|-----|-------|
| 所属する担当職員<br>の人数・構成 | 保健師の人数       | 常勤    | 非常勤 | 常勤換算  |
|                    |              | 1 人以上 | 0 人 | 1 人以上 |
|                    | 主任介護支援専門員の人数 | 常勤    | 非常勤 | 常勤換算  |
|                    |              | 1 人以上 | 0 人 | 1 人以上 |
|                    | 社会福祉士の人数     | 常勤    | 非常勤 | 常勤換算  |
|                    |              | 1 人以上 | 0 人 | 1 人以上 |
|                    | その他の職員の人数    | 常勤    | 非常勤 | 常勤換算  |
|                    |              | 0 人以上 | 0 人 | 0 人以上 |

## 3. サービスの内容等に関する事項

|                           |                                            |                                                    |             |
|---------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|
| 営業時間<br>(窓口対応可能時間)        | 月曜日～金曜日<br>(祝日、12/29～1/3を除く)<br>8:30～17:15 | サービス提供地域                                           | 富士市富士川・松野地区 |
| 緊急時の対応                    | 営業時間外の緊急の相談等については、携帯電話への転送等により対応します。       |                                                    |             |
| 苦情・相談対応窓口の<br>名称・連絡先・対応時間 | 事業所又は法人に設置され<br>た苦情・相談対応窓口                 | 担当者 仲亀 牧子                                          |             |
|                           |                                            | 連絡先電話番号( 0545 - 81 - 4820 )                        |             |
|                           |                                            | 対応時間 ( 8 : 30 ~ 17 : 15 )<br>(土、日、祝日、12/29～1/3を除く) |             |
|                           | 市の苦情・相談対応窓口<br>(介護保険制度全般に関するこ<br>と)        | 名称 富士市 介護保険課                                       |             |
|                           |                                            | 連絡先電話番号( 0545 - 55 - 2767 )                        |             |
|                           |                                            | 対応時間 ( 8 : 30 ~ 17 : 15 )<br>(土、日、祝日、12/29～1/3を除く) |             |
|                           | 市の苦情・相談対応窓口<br>(事業者指導に関すること)               | 名称 富士市 福祉総務課 福祉指導室                                 |             |
|                           |                                            | 連絡先電話番号( 0545 - 55 - 2863 )                        |             |
|                           |                                            | 対応時間 ( 8 : 30 ~ 17 : 15 )<br>(土、日、祝日、12/29～1/3を除く) |             |
|                           | 市の苦情・相談対応窓口(介<br>護予防ケアマネジメントにつ<br>いて)      | 名称 富士市 高齢者支援課                                      |             |
|                           |                                            | 連絡先電話番号( 0545 - 55 - 2951 )                        |             |
|                           |                                            | 対応時間 ( 8 : 30 ~ 17 : 15 )<br>(土、日、祝日、12/29～1/3を除く) |             |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                              | 国保連苦情・相談対応窓口<br>(介護サービス苦情相談窓口)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 名称 静岡県国民健康保険団体連合会<br>連絡先電話番号(054-253-5590)<br>対応時間 ( 9:00 ~ 17:00 )<br>(土、日、祝日、12/29~1/3を除く)<br>※介護保険サービスの指定を併せて受けている事業所に対する苦情のみとなります。 |  |
| 事故発生時の対応                     | 担当職員は、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により事故が発生した場合には速やかに市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |  |
| 秘密の保持                        | 担当職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ個人情報利用同意書により得ます。                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |  |
| 利用料                          | 基本的に利用者負担はありませんが、保険料の滞納等により利用者負担が発生する場合があります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |  |
| 介護予防サービス事業所の選択について           | 担当職員は、利用者の意思に基づいた契約とするため、利用者やその家族に対してケアプランに位置付ける介護予防サービス事業所について、複数の事業所の紹介をすることや、その事業所をケアプランに位置付けた理由を説明します。                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |  |
| 医療機関との連携について                 | 入院時における医療機関との連携のために、入院時に担当職員の氏名等を入院先医療機関に提供をしてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                        |  |
| 状況の把握                        | ●介護予防支援業務、介護予防ケアマネジメントプランA<br>担当職員は、3か月に1回は利用者宅を訪問して利用者面接し、状況の把握をします。利用者宅を訪問しない月においては、サービス事業所を訪問する等の方法で利用者面接するよう努めるとともに、面接が出来ない場合には電話等により利用者との連絡をし状況の把握をします。ただし、健康づくりデイトレーニングのみの利用者に対してはこの限りでなく、必要に応じて利用者宅の訪問、電話、または、サービス事業所を訪問する等の方法で状況の把握をします。<br>●介護予防ケアマネジメントプランB、介護予防ケアマネジメントプランC<br>担当職員は、必要に応じて利用者宅の訪問、電話、または、サービス事業所を訪問する等の方法で状況の把握をします。 |                                                                                                                                        |  |
| 虐待防止について                     | 利用者の人権擁護等、虐待防止等の観点から、必要な職員研修を実施するとともに、関係機関等との連携を図ります。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        |  |
| 感染症対策について                    | 事業所において感染症が発生し、または、まん延しないように必要な措置を講じます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |  |
| 業務継続計画について                   | 感染症や自然災害が発生した場合も業務継続に向け、必要な措置を講じます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                        |  |
| 身体的拘束等について                   | 利用者又は他の利用者等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は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |  |
| ハラスメント行為防止について               | 適切な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確保する観点から、ハラスメント行為への対策を講じます。                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |  |
| 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの委託の有無 | ( あり ・ なし )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 委託先の居宅介護支援事業者                                                                                                                          |  |

(事業者)

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、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

所在地          富士市岩淵137－1

名称            富士市富士川地域包括支援センター

説明者氏名      \_\_\_\_\_ 印

(利用者)

私は、本書面により、事業者から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します。

住 所            \_\_\_\_\_

氏 名            \_\_\_\_\_ 印

(代筆者)

住 所            \_\_\_\_\_

氏 名            \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_(利用者との関係)\_\_\_\_\_

令和          年          月          日