

# 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MWS日高南
所在地	高崎市吉井町馬庭2204 日高リハビリテーション病院内
介護保険事業所番号	1000200160
管理者名	小野 陽忠
連絡先	電話：027-381-8826 FAX：027-381-8827
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	南八幡地域 吉井地区一部（馬庭・南陽台）

## 【法人の概要】

法人名	株式会社エムダブルエス日高
代表者名	代表取締役 五十嵐 正雄
所在地	高崎市日高町349
電話番号	027-362-0691

## 2 事業所（高齢者あんしんセンター）の職員体制等 （令和6年 4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	1 名以上（常勤 1 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 1 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	1 名以上（常勤 1 名、非常勤 名）
事務職員	1 名 （常勤 名、非常勤 1 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 7,731円（委託の場合は10,857）、2ヶ月目以降 4,605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。なお、介護保険法の改正等により利用料金に変更となった場合には、本契約は自動更新されるものとします。

#### 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

ご契約者又はご家族からの職員に対するハラスメント行為（身体的・精神的な暴力やセクシャルハラスメント等の著しい迷惑行為）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 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。

担当窓口：高齢者あんしんセンターMWS日高南      連絡先： 027— 381— 8826

(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。

#### 8 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生じた場合には、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。

担当窓口：高齢者あんしんセンターMWS日高南      連絡先： 027— 381— 8826

#### 9 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：

#### 10 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：027-381-8826 FAX 番号：027-381-8827 相談員（責任者）： 小野 陽忠
-------------------------	---

○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）

1 1 第三者評価の実施状況 なし

【 説明確認欄 】

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ました。

事業者 株式会社エムダブルエス日高

事業所 高齢者あんしんセンターMWS日高南（1000200160）

説明者 \_\_\_\_\_

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

代理人又は立会人

氏 名

# 個人情報使用同意書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成(変更)及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、担当職員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

### 2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る。）

### 3 使用する期間

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から契約終了日まで

### 4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- (4) 契約終了後も必要に応じて、医療機関及びサービス事業者等の関係者と連携を要する場合などに必要最低限の個人情報を提供することもある。

令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

事業者 \_\_\_\_\_ 高齢者あんしんセンターMWS日高南 担当者（ \_\_\_\_\_ ）

利用者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※代理人を選任した場合は、上記に記載してください。

利用者家族 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

(続柄： \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_