

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)

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約の締結にあたっては、「重要事項説明書」の内容について十分に確認され、且つ同意のうえで行っていただきますようお願いいたします。なお、利用者の身体の状況によりご判断等に支障がある場合は、家族または成年後見人等の立ち合いのうえご契約をお願いいたします。介護予防支援サービス提供の開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1 事業所の概要

事業所名	横浜市神之木地域ケアプラザ
所在地 連絡先	横浜市神奈川区神之木町7-1 電話 045-435-2906
事業者指定番号	第 号
管理者	鈴木 正光
サービス提供地域	横浜市神奈川区のうち 松見町・西寺尾1~4丁目・神之木町・神之木台・大口仲町 大口通・西大口・七島町

2 事業所の職員体制等

職 種	従事する業務	人 員
管理者	管理者は業務の管理を一元的に行います	1名
保健師（看護師）	要支援者からの相談に応じるとともに、 介護予防サービス計画の作成を行います	1名
主任ケアマネジャー		3名
社会福祉士		2名
介護支援専門員		3名

3 サービス提供時間

	月曜日～土曜日
営業時間	9:00～17:00

(注) 日曜日、祝日、年末年始（12/29～1/3）はお休みをいただきます。

4 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者の意向を基に介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「介護予防サービス等」という。）を適正に利用できるよう、サービスの種類、内容等を定めた計画を作成するとともに、適正なサービスの提供が

確保できるよう、介護予防サービスの提供者との連絡調整等を行うことを目的とします。

(2) 運営方針

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、介護予防支援等の提供に当たっては、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。

5 利用者の居宅への訪問頻度のめやす

担当介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度は、おおむね3か月に1回となります。（サービス提供を開始する月、提供開始月の翌月から起算して3か月に1回などがめやすになります。）但し、上記の回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、利用者の居宅を訪問することができます。

6 提供する介護予防支援等の内容

(1) 介護予防支援サービス計画等の作成

- ① 当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を公平かつ適正に利用者又はそのご家族に対して提供し利用者にサービスの選択を求めます。
- ② 課題の把握にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びご家族に面接して行います。
- ③ 利用者は担当職員に対し、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス等計画の原案に位置づけた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

(2) 介護予防サービス等計画作成後

- ① 介護予防サービス等計画の実施状況の把握（以下、「モニタリング」という）を行い、介護予防サービス等計画の変更、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。
- ② 介護予防サービス等計画に位置付けた支援の期間が終了するときは、計画の達成状況について評価します。
- ③ 利用者の意向を踏まえ、介護保険認定等必要な援助を行います。

7 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はありません。ただし、利用者の保険料未払い等による償還払いサービスになった場合は、費用が発生することもありますので、その際は改めて説明いたします。

8 個人情報の保護

(1) 情報の保護及び利用の制限

事業所は、業務上知り得た利用者及び家族等の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはございません。但し、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので予めご理解ください。

(2) 守秘義務の継続

この守秘義務は、利用者と事業者の契約が終了した後も守られます。また、当事業所は、担当職員であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容とします。

(3) 介護記録の開示

利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者又は身元引受人等の請求に応じて閲覧させます。但し、正当な理由がある場合に限り、複写物を交付します。介護記録開示請求権利者より介護記録開示請求があった場合には、下記のように取り扱わせていただきますので、ご理解ください。

- 1 介護記録開示請求について利用者の意思表示があった場合は、そのご意思を優先します。

2 利用者が故人で生前の意思表示が確認できない、またはご利用中であるが意思表示が出来ない場合で、介護記録開示請求権利者が正当な手続きにより介護記録開示請求があった場合には、その請求に応じ開示致します。

なお当法人は、家族間の考え方の不一致については、家族間で直接解決していただくことを前提にしており、職員が家族間に入り情報伝達や調整等を行わないこともご理解ください。

9 事故発生時の対応

利用者に対する介護予防支援等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する介護予防支援等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10 入院時の連携について

医療機関へ入院する必要がある場合は、担当職員は利用者の退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するために、早期に医療機関と情報共有を行います。利用者は、入院の際に担当職員へ連絡いただくとともに、入院先の医療機関へ担当職員の名前及び連絡先をお伝え下さい。また、その場合に備えて、担当職員の氏名並びに当該事業所の名称及び連絡先等について記載したものを介護保険被保険者証や健康保険被保険者証等とともに保管しておいてください。

11 虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待の防止に関する担当者を選定します。

12 緊急時の対応

サービス適用にあたり事故、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

13 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。

当社お客様相談コーナー	電話番号	045-435-2906
	FAX	045-435-2908
	相談員（責任者）	鈴木 正光
	対応時間	サービス提供時間と同じ

- 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

神奈川県役所福祉保健センター	所在地	横浜市神奈川区広台太田町3番地の8
高齢・障害支援課	電話番号	045-411-7019
横浜市はまふくコール (横浜市苦情相談コールセンター)	所在地	横浜市中区本町6-50-10
	電話番号	045-263-8084

神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447
--------------------------	--------------------------------------

※国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

14 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 若竹大寿会
代表者名	理事長 竹田 一雄
本社所在地 電話	横浜市神奈川区羽沢町550-1 045-548-9233
業務の概要	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、居宅介護支援、 訪問介護、通所介護等の介護保険事業及び地域活動ホームなどの 障害福祉サービスの提供
事業所数	[2026年4月1日現在] 32ヶ所 詳細については担当職員にお聞きいただくか下記ホームページをご参照ください https://www.wakatake.net

15 介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業者

事業所名	
所在地	
事業者指定番号	第 号
管理者・連絡先	

【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かかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所 事業者名 : 横浜市神之地域ケアプラザ 説明者 :

(業務委託先居宅介護支援事業者) 所在地 _____

事業者名 _____ 担当ケアマネジャー _____

※ 居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む）のみ記入

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・交付を受けました。

利用者 _____ 氏 名 _____

代理人又は立会人 _____ 氏 名 _____ (続柄) _____