

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)

(令和8年8月1日現在)

1 事業所概要

事業所名 : 市川市高齢者サポートセンター市川第二
所在地 : 千葉県市川市大洲1丁目18番1号
市川市急病診療・ふれあいセンター2階
事業所番号 : 1200800199
連絡先 : 047-320-3105
開設年月日 : 平成28年1月1日
サービス提供地域 : 市川市(市川南1・2・5丁目、新田、平田、大洲、大和田、東大和田、
稲荷木)

2 事業所職員(従事者等)

管理者(兼務) : 1名
専任職員
①主任介護支援専門員その他これに準ずる者 : 1名以上
②保健師その他これに準ずる者 : 1名以上
③社会福祉士その他これに準ずる者 : 1名以上
加配職員(次の①～⑤のいずれかの資格を有するもの) : 5名以上
①上記に掲げる①～③のいずれかの資格を有するもの
②看護師 ③介護支援専門員 ④介護福祉士
⑤その他市の定めた資格、経験を有するもの
事務職 : 1名以上

3 サービス提供日・提供時間

サービス提供日 : 月曜日 ～ 金曜日
サービス提供時間 : 午前8時45分 ～ 午後5時15分
(但し、国民の祝日及び12月29日から翌年1月3日までを除く)
※緊急時の場合、上記以外の時間でも電話による対応は可能です。

4 利用料金

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、介護保険から全額給付をされるため原則として自己負担はありません。

5 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの目的及び内容

- (1) 事業者は、介護保険法等の関係法令及び市川市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則等に従い、利用者に対し、要介護・要支援状態の予防と、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことが出来るように利用者の選択に基づいて必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)(以下「介護予防ケアプラン」という。)を作成します。また、当該介護予防ケアプランに基づいて適切な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) 利用者は介護予防ケアプランに位置付けるサービス提供事業者（指定介護予防サービス事業所）について、複数の事業者の紹介を求めることができます。また、介護予防ケアプランに位置付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もできます。
- (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、利用者の生活機能の状況等を勘案し、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。
- (4) 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することがないよう、公正中立に行います。
- (5) 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、関係機関との連携に十分配慮いたします。
- (6) 事業者は、介護予防ケアプランの作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防ケアプランの実施状況を把握するとともに、利用者の解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防ケアプランの変更、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。
- (7) 前項の介護予防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。
- (8) 利用者は介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービスの開始後に医療機関へ入院された場合、事業者名と担当者名を入院先の担当医師又は医療ソーシャルワーカー等にお伝え下さい。
- (9) 介護予防ケアプランの変更、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、速やかにご連絡ください。

6 指定居宅介護支援事業者への作成依頼

- (1) 利用者が指定居宅介護支援事業者による介護予防ケアプラン原案作成を希望された場合は、すみやかに当該指定居宅介護支援事業者と調整を図ります。
- (2) 事業者は、介護予防ケアプラン原案作成について、指定居宅介護支援事業者に助言・指導するとともに、作成された介護予防ケアプラン原案について内容の妥当性を評価し意見を付します。

7 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの終了

(1) 契約の終了

次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- ・利用者が通常の事業の実施地域外に住所を移転した場合
- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・利用者が要介護認定を受けた場合
- ・利用者が死亡した場合

(2) 利用者の解除権

- ①利用者は、事業者に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合には、30日以上予告期間をもって書面により届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- ②利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合、その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

(3) 事業者の解除権

- ①事業者は、利用者に対し、やむを得ない事情等によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、30日以上予告期間をもって書面により通知し、予告期間満了日に契約は解除されます。また、その場合は責任をもって他の指定介護予防支援事業者を引き継ぎを行います。

②事業者は利用者に対し、利用者又は家族等の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、直ちにこの契約は解除することができます。

8 秘密保持

- (1) 事業者の担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知ることのできた利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知ることのできた利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
- (3) 事業者は、あらかじめ文書により利用者及び家族の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供する指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他必要な範囲内で、個人情報を用いることができるものとします。

9 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して事故が発生した場合は、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故の状況や事故に際してとった処置について記録をします。
- (3) 事業者は利用者に対する指定介護予防支援の提供において、事業者の責に記すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (2) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる態勢を整えるほか、職員がサービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

<虐待防止体制>

虐待防止受付担当者	白井 紀章
虐待防止受付窓口（連絡先）	TEL 047-320-3105 FAX 047-314-0236

11 苦情対応

- (1) 利用者は、提供された介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関して苦情がある場合、又は事業者が作成した介護予防ケアプランに基づいて提供された介護予防サービス等に苦情がある場合には、事業者や市に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
- (2) 事業者は、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- (3) 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。
- (4) サービス内容に関する苦情処理体制について

サービスに関する相談、要望、苦情等について受け付けます。

①事業所お客様相談・苦情担当

苦情受付担当者：白井 紀章

苦情解決責任者：森高 伸明

第三者委員：進藤幸男、谷内弘美

電話番号：０４７－３２０－３１０５

受付時間：月曜日～金曜日 午前８時４５分 ～ 午後５時１５分

（但し、国民の祝日及び１２月２９日から翌年１月３日までを除く）

②法人相談・苦情受付等

社会福祉法人 慶美会 お客様サービス係（特別養護老人ホーム「清山荘」内）

電話番号：０４７－３３７－１２３１

受付時間：月曜日～金曜日 午前９時００分 ～ 午後５時００分

（但し、国民の祝日及び１２月２９日から翌年１月３日までを除く）

当法人以外に、市町村の介護保険担当窓口、千葉県国民健康保険団体連合会でも苦情を伝えることができます。

市 町 村 ： 市川市役所介護保険課 （電話０４７－３３４－１１１１）

千葉県国民健康保険団体連合会 ： 介護保険課 苦情処理係（電話０４３－２５４－７４２８）

私は、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、上記のとおり重要事項を説明しました。

年 月 日

事業所

市川市高齢者サポートセンター市川第二

説明者

印

私は、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、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利用者

印

代理人又は署名代筆者

印

（利用者との関係： ）