

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. 事業所概要

事業所名 : 市川市高齢者サポートセンター南行徳第二
所在地 : 市川市日之出17-9 アルテ102
事業者番号 : 1200800090
連絡先 : 047-712-8022
開設年月日 : 平成27年10月1日
サービス提供地域 : 行徳駅前、入船、日之出、福栄、新浜、塩浜

2. 事業所職員

管理者 : 1名 (主任介護支援専門員兼務)
主任介護支援専門員 : 1名以上
保健師又は看護師 : 1名以上
社会福祉士 : 1名以上
介護支援専門員 : 1名 (非常勤)
事務員 : 1名

(令和6年4月1日現在)

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)

4. 利用料

- (1) 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されるため原則として自己負担はありません。
- (2) 事業者のサービス提供地域を越える地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費(実費)の支払いが必要になる場合があります。

5. 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。

- ①利用者がサービス提供地域外に住所を移転した場合
- ②利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ③利用者が要介護認定を受けた場合
- ④利用者が死亡した場合

(2) 利用者の解除

- 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、1ヶ月以上の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

- 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1ヶ月以上の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、その場合に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、利用者又は、その身元引受人ないし家族、その他関係者が、暴力行為ならびにハラスメント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、この契約を解除することができます。

6. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント提供の留意事項

- (1) 利用者は、サービス利用にあたり、複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることができます。
- (2) 利用者は、ケアプラン原案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を求めることができます。
- (3) 医療機関に入院する必要がある場合は、担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先を利用者・もしくは家族より医療機関へお伝えいただきますよう、ご協力をお願いします。

7. 相談・苦情等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、下記窓口までお申し出下さい。

《事業者の相談・苦情等の窓口》

相談・苦情等連絡先 047-712-8022

窓口担当者(管理者) 中川 恵子

《市川市の相談・苦情等の窓口》

市川市福祉部介護保険課 047-334-1111 (代表)

《千葉県相談・苦情等の窓口》

千葉県国民健康保険団体連合会苦情処理係 043-254-7404

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。

令和 年 月 日

事業者 医療法人友康会
市川市高齢者サポートセンター南行徳第二
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：)

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。

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（ケアマネジメント結果等記録表）の作成（又は変更）、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、介護支援専門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

令和 年 月 日から契約満了日まで

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。

令和 年 月 日

医療法人友康会 市川市高齢者サポートセンター南行徳第二 様

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人又は署名代筆者 住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者との関係：)

家 族 住所 _____

氏名 _____ 印

(続 柄：)