

## 重要事項説明書

### 1 法人および地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の概要

運営法人	社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会
法人所在地	福岡市中央区荒戸3丁目3-39
法人連絡先	電話092（751）1121
事業所名	福岡市城南第2地域包括支援センター （いきいきセンターふくおか）
所在地	福岡市城南区七隈4丁目7番8号 萬元ビル1階
連絡先	電話092（866）8511
事業者指定番号	福岡市第4001300070号
管理者	吉津 翼
営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前9時～午後5時
休日	土曜日、日曜日、祝日および年末年始（12月29日～1月3日）
サービス提供地域	福岡市城南区 金山小学校校区・七隈小学校校区

### 2 事業所の職員体制等

（令和7年4月1日現在）

職 種	従事する事務内容等	常勤	非常勤	合計
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名	0名	1名
予防給付等担当職員	指定介護予防支援等の提供にあたる。	5名 以上	3名 以上	8名 以上
その他職員	① 法人責任者は、運営の統括等を行い、事故トラブル解決責任、苦情解決責任を担う。また、欠員等の発生時に予防給付等担当業務も行う。 ② 事務職員は、必要な事務を行う。	1名	1名	2名

※指定介護予防支援等…介護予防支援・第1号介護予防支援事業

### 3 事業の目的

- （1）事業者は、介護保険法等の関係法令、介護予防支援・第1号介護予防支援事業利用契約書及び重要事項説明書に従い、利用者に対し可能な限り居宅において利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むため、また、要支援状態の軽減若しくは悪化を防止するために、必要な介護予防サービス及び特定介護予防・日常生活支援総合事業が適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて、介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）を作成するとともに、当計画に基づいて適切な介護予防支援等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。
- （2）事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者の被保険者証に記載された認定審査会の意見に従って、利用者に対し介護予防支援等を提供します。

#### 4 運営の方針

- (1) 事業所の担当職員は、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ます。
- (2) 事業の実施にあたっては、利用者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- (3) 事業の実施にあたっては、利用者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者等の立場に立って利用者等に提供される指定介護予防サービス等（法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等を言います。）が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることがないように、複数の事業所を紹介し、利用者の選択のもとに利用できるよう公正中立に支援します。
- (4) 事業の運営にあたっては、福岡市、地域包括支援センター、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組みとの連携に努めます。

#### 5 指定介護予防支援等の提供方法

- (1) 管理者は、担当職員に介護予防サービス・支援計画書作成に関する業務を担当させます。
- (2) 生活状況等の調査にあたり、利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行います。
- (3) 担当職員は、利用者の希望及び生活状況等の調査結果に基づいて、介護予防サービス・支援計画書原案を作成します。
- (4) 担当職員は、原則として、サービス担当者会議の開催、指定介護予防サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等に対する照会要等により、利用者の状況等に関する情報を共有するとともに、専門的な見地からの意見を求めます。
- (5) 医療系サービスを計画に位置付けるに際し、主治医等に意見を求めます。
- (6) 担当職員は、介護予防サービス・支援計画書の原案の内容を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得ます。介護予防サービス・支援計画書を作成した際には、利用者及び指定介護予防サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等に交付します。
- (7) 担当職員は、医療系サービスを位置づけた際に意見を求めた主治医に対し介護予防サービス・支援計画書を交付します。
- (8) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者及び特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者に対して介護予防サービス・支援計画書に基づき、指定介護予防サービス等基準及び福岡市の第1号事業に関する指定の基準において位置づけられている計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも一月に一回聴取します。
- (9) 担当職員は、サービス事業所等から伝達された利用者の状況等について主治医等、歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝達します。
- (10) 担当職員は、介護予防サービス・支援計画書作成後、介護予防サービス・支援計画書の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更、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。
- (11) 介護予防サービス・支援計画書の実施状況の把握にあたり、三月に一回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の自宅を訪問し、利用者

に面接します。利用者の自宅を訪問しない月においては、第1号通所事業、指定介護予防通所介護又は指定介護予防通所リハビリテーション事業者等を訪問し、利用者に面接するように努めるとともに、面接ができない場合は電話等により利用者との連絡を実施します。又、その結果については、少なくとも一月に一回記録を行います。

## 6 業務の委託

利用者の同意により、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。委託する場合、指定居宅介護支援事業者名、担当者名等は別途お知らせします。その場合は、サービスに関するお問い合わせ、不明な点等の連絡は、委託先の担当者が窓口になります。

## 7 利用料金（介護予防サービス・支援計画書作成に関する費用）

- (1) 要支援認定又は事業対象者の判定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。但し、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月につき下記の料金をいただき、当事業者からサービス提供証明書を発行致します。償還払い等につきましては、各区役所の福祉・介護保険課にお問い合わせください。

利用料（1月につき）	4, 7 2 9 円
------------	------------

※新規に指定介護予防支援等を行った場合は、3, 2 1 0 円加算されます。

- (2) 介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを利用することになり事業所に引き継ぎした際は、3, 2 1 0 円加算されます。
- (3) 担当職員がお伺いする場合の交通費は無料です。

## 8 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	医療機関の名称 主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 (続柄： ) 連絡先

※入院された場合は、利用者もしくは家族より入院先医療機関へ、担当職員の氏名等を必ずお伝えください。

## 9 秘密保持

- (1) 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間中及び契約終了後においても第三者に漏らすことはありません。
- (2) 事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、介護予防サービス等を提供する事業者との連絡調整及びその他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができます。

## 10 賠償責任

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

## 11 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談は、次の窓口にご連絡願います。

福岡市城南第2 地域包括支援センター	電話番号 092-866-8511 FAX 092-866-8512 対応時間 午前9時から午後5時（土・日曜日・祝日を除く）
-----------------------	---

○ 公的機関について、次の機関において苦情申出等ができます。

城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市城南区鳥飼6-1-1 電話番号 092-833-4170 FAX 092-822-2133 対応時間 午前9時から午後5時（土・日曜日・祝日を除く）
福岡県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7800 FAX 092-642-7852 対応時間 午前9時から午後5時（土・日曜日・祝日を除く）

（注）年末年始（12/29～1/3）は祝日扱いとなります。

### 【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防支援・第1号介護予防支援事業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 事業者名 福岡市城南第2地域包括支援センター 印

説明者 \_\_\_\_\_

介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人又は立会人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印