

## 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 事業所の概要

事業所名	福井あたご包括支援センター
所在地	福井市明里町9番20号
事業者指定番号	1800100131
管理者・連絡先	皆川 瑞恵 ・ 0776-33-6800
サービス提供地域	足羽・湊地区

### 2 事業所の職員体制等

管理者
保健師
看護師
主任介護支援専門員
社会福祉士
介護支援専門員

### 3 サービス提供時間

平日（月曜日～金曜日） 午前8時30分～午後5時15分  
＊休業日 ・ 土曜日 日曜日 祝祭日  
・ 年末年始（12/29～1/3）

### 4 利用者負担金

- (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、原則として利用者の負担はありません。
- (2) 事業者の担当地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

### 5 事業所のサービスの方針等

- (1) 「福井市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」を遵守し、要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、その心身の状況、その置かれている環境等を勘案し介護予防サービス計画を作成するとともに、当該介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう支援します。
- (2) 要支援者及び事業対象者に対して、心身の状況、置かれている環境等に応じて、生活機能の改善、自立支援を目指し、介護予防・生活支援サービスのほか一般介護予防事業等も含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行い、「福井市介護予防・日常生活自立支援総合事業ケアマネジメントマニュアル」に基づき、介護予防ケアマネジメントを提供します。

### 6 サービス計画の作成について

サービス計画の原案作成にあたり、次の点に配慮します。

- (1) 利用者の自宅への訪問、利用者及びその家族に面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
- (2) 利用するサービス等の選択にあたっては、当該地域におけるサービス事業者等に関する情報を利用者またはその家族に提供します。
- (3) 利用者に対してサービスの内容が特定の種類、事業者に偏るような誘導を行いません。
- (4) 利用者等が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、サービス計画書を提出し情報共有させていただきます。

### 7 サービスの利用にかかる留意点

サービスのご利用にあたり、次の点にご留意をお願いします。

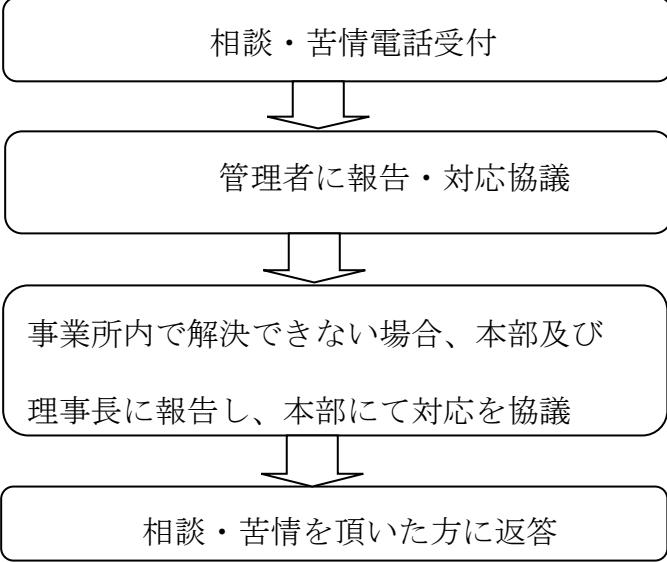
- (1) 担当者（地域包括支援センター職員又は介護支援専門員）の連絡先等を、介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管しておくようお願いします。
- (2) サービス計画の作成にあたり、利用者等は複数のサービス事業者等の紹介を求めることや、サービス計画原案に位置付けたサービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。
- (3) 利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当者の氏名と連絡先を入院先にお伝えください。

## 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、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

## 9 相談・苦情窓口と対応概要

○ 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。

苦情窓口	電話番号 0776-33-6800 fax 番号 0776-33-6801 管理者 皆川 瑞恵 対応時間 随時
対応概要	

○ 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。

福井市地域包括ケア推進課 福井市大手3丁目10-1 20-5400

福井県国民健康保険団体連合会 福井市西開発4丁目201-1 57-1614

## 10 虐待防止について

事業所は、利用者的人権の擁護・虐待防止のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

- (1)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底
- (2)虐待防止のための指針の整備
- (3)虐待防止のための研修会を定期的に実施
- (4)虐待防止担当者の設置 ■担当者 介護予防支援事業所管理者 皆川瑞恵

## 11 事業所の法人の概要

名称・法人種別	医療法人社団 泉水会
代表者名	理事長代行 小森吉顕
本社所在地・電話	福井市花堂東2丁目408番地 0776-34-3500
業務の概要	介護保険サービス
事業所数	5

## 12 居宅介護支援事業者（契約書第10条により委託した場合）

事業者名

所在地

事業者指定番号

管理者・連絡先

担当者

本書交付の証として本書2通を作成し、当事者記名押印のうえ、各自1通を保有するものとします。

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関する契約にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 福井あたご包括支援センター

説明者及び担当者 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利用者 氏名 印

(代理人) 印