指定介護予防支援事業所
まり居宅介護支援事業所
重要事項説明書

《2024年7月1日現在》

1. 事業所の概要

運営主体の法人名 (事業者名)	シャカイイリョウホウジン シャダン ショウナンカイ 社会医療法人 社団 沼南会	
運営主体の所在地	広島県福山市沼隈町大字常石 1083 番地	
運営主体の代表者氏名	理事長 檜谷鞠子	
代表電話番号・FAX	TEL 084-987-0045	FAX 084-987-3851
(フリガナ) 事業所名	マリキョタクカイゴシエンジギョウショ まり居宅介護支援事業所	
管理者の役職・氏名	管理者 藤井義弘	
事業所の所在地 電話番号・FAX	広島県福山市沼隈町大字中山南 469 番地 3 TEL 084-988-0065 / 090-5370-7166 FAX 084-988-1238	
緊急連絡先	24 時間体制にて受付	
介護保険の指定番号	3471510465	
指定年月日	2024 年 7 月 1 日	

2. 職員の体制に関する事項

管理者	1 名
主任介護支援専門員	1 名以上
介護支援専門員	3 名以上

3. 介護予防支援の内容

介護予防支援

項目	業務内容
利用申込受付・契約	介護認定審査会（基本チェックリスト）において要支援認定を受けた利用申込者に対し、重要事項説明書を説明交付し、契約を締結いたします。
アセスメント	※市町村から認定審査会結果および主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者と家族に対してアセスメントを行います。 ただし、基本チェックリスト等を使用し、必要に応じて主治医との連携を図ります。
計画書原案作成	アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成します。
サービス担当者会議	サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取します。
計画書交付	利用者又は家族に説明し同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者又は家族に交付します。
サービス調整	介護予防サービス事業所に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。
モニタリング	3ヶ月に1回は利用者宅を訪問し面接いたします。それ以外の月は電話等で利用状況を把握いたします。また、サービス事業所からも月1回聴取いたします。

評価	3～6ヶ月に1回、サービス計画の達成状況について評価を行います。
----	----------------------------------

4. サービスの内容等に関する事項

運営の方針と 事業所の特色など	<p>1. 事業所の職員は、可能な限り利用者の居宅において、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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所から総合的かつ効率的に提供されるよう援助を行います。</p> <p>2. 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立って利用者提供される指定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所に不当に偏することのないよう公平中立に行います。又、市町村、介護保険施設等との連携にも努めます。</p> <p>※ 介護予防サービス作成にあたり、利用者は担当者から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ができます。また、介護予防サービス計画に位置付けられ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。</p>	
営業時間	月～土曜日 9：00～18：00	
(窓口対応可能時間)	特記事項	年末年始 12 / 31～1 / 3 を除く
サービス提供地域	福山市	
損害賠償保険へ加入	あり	
苦情・相談対応窓口の 名称・連絡先・対応時間	事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口	苦情相談窓口（担当者：藤井義弘）
		電話 084-988-0065 FAX 084-988-1238
		対応時間 月～土曜日 9:00～18:00
	外部に設置された苦情・相談対応窓口	福山市介護保険課
		連絡先電話番号(084-928-1166)
		対応時間：月～金曜日 8:30～17:00 ※土日祝日を除く
		福山市高齢者支援課
	国保連苦情・相談対応窓口（介護サービス苦情相談窓口）	連絡先電話番号(084-928-1065)
		対応時間：月～金曜日 8:30～17:00 ※土日祝日を除く
広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課		
事故発生時の対応	連絡先電話番号(082-554-0783)	
	対応時間 月～金曜日 9:00～17:00 ※土日祝日を除く	
	担当職員は、利用者に対する指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ管理者に報告します。	
業務継続計画の策定	事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支	

	<p>援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。</p> <p>また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。</p> <p>定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。</p>		
感染症の予防及びまん延の防止のための措置	<p>事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。</p> <p>①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね半年間に1回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。</p> <p>②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。</p> <p>③介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。</p>		
虐待の防止	<p>事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。</p> <p>①事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。</p> <p>②事業所における虐待防止のための指針を整備します。</p> <p>③介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。</p> <p>④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。</p>		
身体的拘束等の適正化	<p>事業所は、身体的拘束等の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。</p> <p>①事業所における身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。</p> <p>②事業所における身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。</p> <p>③介護支援専門員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。</p> <p>④身体的拘束等の適正化の措置を講じるための担当者を置きます。</p> <table border="1" data-bbox="539 1675 1449 1727"> <tr> <td>担当者</td> <td>管理者 藤井義弘</td> </tr> </table> <p>⑤利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急をやむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならない。緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合、態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要事項の記録を行います。</p>	担当者	管理者 藤井義弘
担当者	管理者 藤井義弘		
秘密の保持	<p>担当職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ個人情報利用同意書により得ます。</p>		
個人情報の使用	<p>1. 使用目的</p>		

	<p>利用者の介護予防支援計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議等、主治医とサービス事業者との連絡調整等において必要な場合。</p> <p>2. 使用する期間 サービスの提供を受けている期間</p> <p>3. 使用する条件 (1) 個人情報の提供, 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事のないよう細心の注意を払います。 (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等経過を記録いたします。</p>
利用料	<p>基本的に利用者負担はありませんが、保険料の滞納等により利用者負担が発生する場合があります。</p> <p>指定介護予防支援 介護予防支援費（一ヶ月につき）4,720円</p> <p>ただし、</p> <p>① 新規に指定介護予防支援を行なった場合は、初回加算として3,000円が加算されます。</p>

介護予防支援の提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業所

まり居宅介護支援事業所

所在地

広島県福山市沼隈町中山南 469 番地 3

説明者

_____ ㊞

私は、本書面により、事業者から介護予防支援についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住 所		
	名 前		㊞
代理人	住 所		
	名 前	続柄 ()	㊞

申請代行委任状

利用者及びその家族は、次に定める条件にあつて、必要最低限の範囲内で要介護認定等の申請代行を希望します。

1. 申請代行の理由

利用者及びその家族等が申請書を提出することが困難な場合であつて申請代行を依頼された場合

2. 申請代行する書類等の範囲

- ・ 要介護認定更新・変更申請書
- ・ その他()

3. 申請代行を行なう期間

- (1) 居宅介護（予防）支援契約の契約締結の日から、利用者の要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」といいます）の有効期間満了日
- (2) 契約満了日の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新される

年 月 日

事業所

まり居宅介護支援事業所

利用者 _____ ⑩

代理人 _____ ⑩