南小国町地域包括支援センター重要事項説明書

＜令和８年１０月１日現在＞

１　実施事業者の概要

名称・法人種別	南小国町
代　表　者　名	町　　長　　髙 橋　周 二
所在地・連絡先	（住所）　熊本県阿蘇郡南小国町赤馬場１４３ （電話）　０９６７－４２－１１１１

２　事業所の概要

（１）事業所名称及び事業所番号

事業所名	南小国町　地域包括支援センター
所在地・連絡先	（住所）熊本県阿蘇郡南小国町赤馬場１４３ （電話）０９６７－２５－６８７７ (FAX) ０９６７－４２－１１２２
事業所番号	４３０２７００１２７

（２）事業所の職員体制

職種	業務内容	人数
社会福祉士	総合相談・サービス計画等作成業務 ・権利擁護	１名
保健師	総合相談・サービス計画等作成業務 ・介護予防ケアマネジメント	１名
主任介護支援専門員	総合相談・サービス計画等作成業務 ・包括的継続的ケアマネジメント	１名

（３）事業の実施地域

事業の実施地域	南小国町

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

（４）営業日

営業日	営業時間
平日（月曜～金曜）	午前８：３０～午後５：００
営業しない日	土曜日・日曜日・祝祭日・12 月 29 日～1 月 3 日

３　提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容・提供方法

ア　介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成

イ　要介護等認定の申請代行

ウ　給付管理業務

エ　介護予防サービス事業者等との連絡調整

オ　必要に応じた介護保険施設への紹介

４　利用料

要介護（要支援）認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。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は１ヶ月につき要介護度に応じて下記の利用料をお支払ください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

令和６年４月より	要支援１・要支援２
	４，４２０　円

５　事業所の運営方針

・お客様の意思及び人格を尊重し、お客様の立場にたって公正中立にサービスを行います。

・可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活が送れるよう支援します。

・お客様の選択に基づき、多様なサービスが総合的、効果的な提供を行います。

・行政、指定居宅サービス事業者、介護保険施設、関係機関等との連携に努めます。

・正当な理由なく、お客様に対する居宅介護支援の提供を拒否しません。

６　虐待防止に関する事項

事業者は利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、職員研修の実施、苦情処理体制の整備、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

７　非常災害時の対応

事業者は南小国町業務継続計画及び南小国町地域包括支援センター業務継続計画に基づき、震災、風水害、火災その他の災害が発生した場合には、災害対応に当たるとともに、業務が停止することにより利用者も含めた町民の生活に重大な影響を及ぼすことのないよう業務を継続し、適切な業務の執行に努めます。

８　ハラスメントの防止に関する事項

事業者は、職員の利益の保護及び能率の発揮のため、他職員又は利

用者若しくはその家族等から受けるハラスメントの防止及び排除のための措置を講じ、ハラスメント（パワーハラスメント、カスタマーハラスメント、セクシャルハラスメント）に起因する問題が生じた場合に、町の方針に応じて適切に対応するように努めます。

９　感染症の発生の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、南小国町地域包括支援センター業務継続計画に基づき、適切な衛生管理を実施するとともに、感染症の発生の予防及びそのまん延防止に努めます。

１０　苦情の受付について

当事業所における苦情や相談は以下の窓口で受け付けします

南小国町役場 福祉課	所在地　熊本県阿蘇郡南小国町大字赤馬場１４３ 電　話　０９６７－４２－１１１７
熊本県国民健康 保険団体連合会	所在地　熊本県熊本市健軍2丁目4番10号 熊本県町村自治会館　5階 電　話　０９６－２１４－１１０１

１１　お客様へのお願い

・支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明等は、お客様の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明等と一緒に大切に保管してください。

・本契約を証するため、署名または記名押印のうえ本契約書を２通作成し、各１通ずつ保有します。

令和　　年　　月　　日

利用者　住　所

氏　名

代理人（代理人を選任した場合）

続柄（　　）

住　所

氏　名

立会人　住　所

氏　名

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

事業者　所在地　熊本県阿蘇郡南小国町赤馬場１４３

事業者名　南小国町　地域包括支援センター

代表者名　髙　橋　周　二

担当者

個 人 情 報 使 用 同 意 書

私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で使用することに同意します。

１ 使用する目的

① 介護予防支援事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護予防サービス計画に基づき、指定介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議、関係機関との調整等に必要である場合。

② 南小国町（保険者）が、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的（地域ケア会議等）として医師その他の専門職を交えて検討を行う場合。

２ 使用にあたっての条件

① 個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際に関係者以外に決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

② 介護予防支援事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

３ 個人情報の内容（例示）

・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報。

・認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）。

・その他、業務を実施するうえで必要となる情報。

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和　　年　　月　　日

南小国町　地域包括支援センター

髙　橋　周　二 様

利 用 者　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 理 人　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄(　　)

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者家族代表　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿