

仙北市包括支援センター

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)

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	仙北市包括支援センター
所在地	仙北市角館町中菅沢 8 1 番地 8
介護保険事業所番号	0 5 0 1 2 0 0 0 2 6
連絡先	TEL：0 1 8 7－4 3－2 2 8 3 FAX：0 1 8 7－5 4－1 1 1 7
管理者	伊藤 静
営業日	月曜日～金曜日（祝日、12月29日～1月3日は除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時15分まで
サービス提供実施地域	仙北市内

2. 当事業者の概要

事業者名	仙北市
所在地	仙北市田沢湖生保内字宮ノ後 3 0 番地
連絡先（代表）	TEL：0 1 8 7－4 3－1 1 1 1 FAX：0 1 8 7－4 3－1 3 0 0
代表者	仙北市長 田口 知明

※ 地域包括支援センターから介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部を受託する居宅介護支援事業所

事業者名	
所在地	
介護保険事業所番号	
連絡先（代表）	
サービス提供地域	

3. 職員の職種、職務内容

職種	職務内容	常勤	非常勤	配置
管理者	管理統括	1	0	1 人
保健師	総合相談支援、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント	3	0	2 人以上
社会福祉士	総合相談支援、権利擁護、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント	2	0	2 人以上
主任 介護支援専門員	総合相談支援、包括的継続的ケアマネジメント、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント	2	0	2 人以上

4. サービスの第三者評価

提供するサービスの第三者評価の実施状況	有	無
---------------------	---	---

5. 利用者負担金

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。ただし、保険料の滞納等がある場合には、償還払いや保険給付が制限される場合があります。

6. 事業の目的及び運営方法

介護保険法等の関係法令等に従い、サービス提供地域に居住する利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むために必要な介護予防サービス等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・支援計画書を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるようサービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

7. サービス提供の手順

- (1) 利用者からの申込み
- (2) 契約等手続き
- (3) アセスメントの実施

利用者の自宅を訪問して、利用者及びその家族と面接します。

- (4) 介護予防サービス・支援計画書原案の作成

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等と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画書原案を作成します。

- (5) サービス担当者会議の開催等(ケアマネジメントB、Cの場合は省略可)

介護予防サービス・支援計画書原案の内容について、担当者から専門的な意見を聴取します。(「介護予防支援経過記録」の作成。)

- (6) 介護予防サービス計画原案の説明、同意、交付

介護予防サービス・支援計画書原案の内容を利用者に説明し、同意を得て交付します。

- (7) サービスの提供

介護予防サービス事業者等に対し、介護予防サービス・支援計画書に基づき、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。

担当職員に対し、複数の指定介護予防サービス事業所等の紹介を求めることや、介護予防サービス・支援計画書原案に位置付けた指定介護予防サービス事業所等の選定理由の説明を受けることができます。

- (8) モニタリング(ケアマネジメントCの場合は省略)

① 3ヶ月に1回及びに著しい変化があった時は、利用者宅を訪問し面接します。

② 訪問しない月にあっても少なくとも1ヶ月に1回、サービス実施状況について確認します。

③ 少なくとも1ヶ月に1回、上記②の結果を記録します。

- (9) 評価(ケアマネジメントCの場合は省略)

6ヶ月又は12ヶ月に1回、計画の達成状況について評価を行います。

8. 相談窓口、苦情対応

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。なお、業務を委託された居宅介護支援事業所がある場合は、そちらの相談窓口へ申し出て下さい。

●当事業所の苦情相談窓口

仙北市包括支援センター 担当管理者：伊藤 静	電話番号：0187-43-2283
------------------------	-------------------

●業務を委託された居宅介護支援事業所の苦情相談窓口

担当管理者：	電話番号：
--------	-------

●介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

大曲仙北広域市町村圏組合 介護保険事務所	電話番号：0187-86-3910 受付時間：(平日) 午前8時30分～午後5時15分
秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話番号：018-883-1550 受付時間：(平日) 午前9時00分～午後5時00分

9. 担当者の選任、変更

担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業所の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡します。

10. 担当者の質の向上

事業所は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

11. 虐待の防止について

事業所は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 定期的に研修等を開催して利用者の人権意識の向上や対人援助に関する知識・技術の向上に努めます。
- (2) 高齢者虐待防止のための指針を策定し利用者への適切な援助のために相談できる体制を整えるほか、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (3) 利用者等に対する高齢者虐待に相当する行為や、そのおそれのある状態を知った場合には関係機関と連携し、その解決のために必要な措置を講じます。

12. 身体拘束等の原則禁止について

- (1) 事業所はサービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束そのほかの利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 事業所は緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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な事項を記録します。

13. 業務継続計画

感染症や非常災害の発生でもご利用者への居宅介護を継続的に実施するためと、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 事業所内で業務継続計画を周知するとともに、研修及び訓練を定期的に実施します。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しと変更を行います。

14. 秘密の保持

- (1) 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、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 事業所は、担当職員その他の従事者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整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ものとしします。

15. 入院時の対応

病院または診療所に入院する必要がある場合には、計画作成担当者の氏名及び連絡先を当該病院または診療所に伝えていただくことになります。

16. 記録の保管

介護予防支援記録書等の書面を作成した後5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

17. 事故発生時の対応と損害賠償

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施にあたって事故が発生した場合には速やかに、市・利用者家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また事故の状況や処置について記録し5年間保管します。また利用者の生命・身体・財産の損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業所の故意または過失によらないときは、この限りではありません。

【説明確認欄】（以下に、自筆署名または記名押印してください。）

本重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
----------------	---	---	---

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【事業 者】 事業者名 仙北市

事業所名 仙北市包括支援センター

説 明 者

【業務委託先指定居宅介護支援事業者】

所 在 地

事業者名

(指定登録番号)

説 明 者

※ 居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む。）のみ記入

本重要事項説明書の同意年月日	年	月	日
----------------	---	---	---

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に同意しました。

【利 用 者】 住 所

氏 名

【上記代理人】 住 所

(代理人を選定した場合)

氏 名