

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

社会福祉法人 悠生会

大野城市東地区地域包括支援センター

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所の種類	指定介護予防支援事業所
事業所の名称	大野城市東地区地域包括支援センター
指定事業者番号	4003200054
代表者氏名	社会福祉法人 悠生会 理事長 篠原 和孝
管理者氏名	管理者 山崎 加奈
事業所の所在地	〒816-0906 福岡県大野城市中2丁目3番1号
電話番号	(092) 504-5858
FAX番号	(092) 504-2727
通常の事業実施地域	原則として大野城市東コミュニティ地区

2. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（但し、国民の祝祭日、年末年始 12月31日～1月3日を除く）
営業時間	8:30～17:30

3. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者 兼 社会福祉士	・事業所及び業務の一元的管理業務 ・総合相談支援及び権利擁護にかかる業務 ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務	1名
社会福祉士	・総合相談支援及び権利擁護にかかる業務 ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務	1名
保健師	・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務	1名
主任介護支援専門員	・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務	0名
介護支援専門員	・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務	3名
生活支援コーディネーター 兼 認知症地域支援推進員	・多様な地域資源を活用した高齢者の生活支援業務 ・認知症早期対応等、地域での生活持続の支援業務	1名
事務員	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務が円滑に行えるよう補佐	1名

4. 事業の目的、運営方針

事業の目的	利用者が、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営む事ができるよう、利用者の意思を尊重しながら、その選択に基づき、保健医療福祉サービス及び介護サービス、総合事業サービス、市の独自施策、民間企業により提供される生活支援サービスも含め、利用者の状況にあつた適切なサービスが総合的かつ効率的に受けられるように支援することを目的としています。
-------	--

運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険法令を遵守いたします。 ○常に利用者の立場に立つとともに利用者の意思及び人権を尊重します。 ○利用者に提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立なサービス提供を行います。 ○入院時における医療機関との連携促進のため入院時に担当ケアマネージャーの氏名等を入院先の医療機関に提供してください。 ○介護予防のための効果的な支援を得るため主治医等の判断が必要と担当ケアマネージャー等が判断した場合は、主治医等に情報提供を行います。 ○医療系サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護）の利用を希望されている場合等は主治医等の意見を求め、この意見を求めた医師に対して介護予防サービス・支援計画書を交付します。
------	--

5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの内容

（1）介護予防サービス・支援計画書の作成

利用者の自宅を訪問し、利用者の心身の状況やその置かれている環境及び利用者の意向等を把握したうえで、利用者が自立した生活を営むために必要な介護予防サービス及びその他の保健医療福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう、介護予防サービス・支援計画書を作成します。

また、介護予防サービス・支援計画書の作成にあたって、利用者は担当者に対し、複数のサービス提供事業者等の紹介を求めることが可能で、介護予防サービス・支援計画原案に位置付けたサービス提供事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

（2）介護予防サービス提供事業者等との連絡調整

介護予防サービス・支援計画書の目標に沿って、円滑にサービスが提供されるよう介護予防サービス提供事業者等との連絡調整を行います。

（3）サービスの実施状況の把握・介護予防サービス・支援計画書の評価、変更

利用者及びその家族と毎月連絡をとり、サービスの実施状況の把握に努めます。また、利用者の状態について定期的に評価を行い、利用者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望した場合や事業者が介護予防サービスの変更が必要と判断した場合は、利用者と事業者の合意のもと介護予防サービス・支援計画書の変更を行います。

また、「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」の定めにより、サービスの実施状況の把握(モニタリング)のため、担当職員は少なくとも3月に1回ご自宅を訪問し、訪問をしない月であっても電話等で状況を把握します。なお、テレビ電話装置等でモニタリングを実施する場合は、少なくとも6月に1回ご自宅を訪問します。

（4）給付管理

サービスの利用実績をもとに、毎月の給付管理票を作成し、福岡県国民健康保険団体連合会もしくは保険者である大野城市に提出します。

（5）要介護認定等にかかる申請の援助

利用者の意思を踏まえ、要介護認定または要支援認定の申請に必要な協力をいたします。

（6）相談業務 介護保険や介護に関するることは、幅広くご相談に応じます。

6. サービス利用料金及び利用者負担

利用料金	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、利用者に介護保険料の滞納等がある場合は、いったん1ヶ月あたりについて下記の料金を頂きます。
	(1) 介護予防支援費 4,605円 介護予防ケアマネジメント費 4,605円 (2) 初回加算 3,126円 ※新規に介護予防サービス計画またはケアプランを作成した場合、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費に加算します。 (3) 委託連携加算 3,126円 ※介護予防支援業務または介護予防ケアマネジメント業務を居宅介護支援事業者に委託した場合、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費に加算します。
交通費	サービス実施地域以外の場合には実費相当の交通費が必要となる場合があります。

7. 個人情報の保護

個人情報の保護	利用者に介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを行う上で知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。 また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、適切に管理し、処分の際にも漏えいの防止に努めます。
個人情報の使用	事業者が介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを行う際に利用者やご家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。このため、その利用には利用者の同意が必要となりますので、別紙の「個人情報使用同意書」に署名をいただきます。

8. ハラスメント対策

事業所は、職場におけるハラスメント防止のために、職場におけるハラスメントの内容及びハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び相談や適切に対応するための必要な体制の整備など、必要な措置を講じ、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
また、利用者やその家族等が事業者の職員に対して行うハラスメントを禁止します。
以下の行為は、ハラスメントに該当します。(介護現場におけるハラスメント対策マニュアルより)
(1) 身体的暴力 体的な力を使って危害を及ぼす行為 (例: 叩く、蹴る、物を投げつける、唾を吐く等)
(2) 精神的暴力 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為 (例: 大声を発する、怒鳴る、特定の職員へ嫌がらせ、理不尽なサービスを要求する等)
(3) セクシュアルハラスメント 意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為 (例: 必要もなく身体を触る、抱きしめる、あからさまに性的な話をする等)

(4) カスタマーハラスメント

利用者や家族からの理不尽なクレームや要求に基づく威圧的な言動（例：威圧的な言動、介護サービスの範囲を超える過剰な要求等）

9. 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。

また、職員に対し、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に実施するよう努めます。

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。

10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

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。

- (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6月に1回以上開催します。その結果を、職員に周知徹底します。
- (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。
- (3) 職員に対し、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に実施します。

11. 虐待の防止

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。

- (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、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

12. 苦情の受付について

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、または、作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供された介護予防サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。サービスの提供に関して苦情や相談がある場合は以下までご連絡ください。

【当事業所の相談窓口】 電話番号 (092) 504-5858

FAX番号 (092) 504-2727

行政機関等にも苦情の申し立てや相談をすることができます。

【大野城市役所 介護支援課 事業所指定指導担当】

住所 大野城市曙町2丁目2番1号

電話番号 (092) 580-1860

【福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口】

住所 福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47

電話番号 (092) 642-7859

重要事項説明確認書

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて、利用者に対して本書面により重要事項の説明を行いました。

この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名または押印の上、各自1通を保有するものとします。

ただし、利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、

ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を可能とします。

イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能とします。

事業所	住所	福岡県大野城市中2丁目3番1号
	事業所名	大野城市東地区地域包括支援センター
	代表者名	社会福祉法人 悠生会 理事長 篠原 和孝
	説明者所属 事業所名	大野城市東地区地域包括支援センター
	説明者	

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受けました。

説明年月日	令和 年 月 日
-------	----------

利用者	住所	大野城市
	氏名	

(自署による場合は押印不要)

代理人	住所	
	氏名	

(自署による場合は押印不要)

(注)「代理人」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っていただく方です。なお、代理人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

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内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

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・支援計画書に基づき、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等において必要な場合

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、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

②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

- ・ 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又は介護予防マネジメント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（基本情報等）
- ・ 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）
- ・ その他の情報

※「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といいます。

令和　　年　　月　　日

[利用者]

住 所	大野城市
氏 名	

(自署による場合は押印不要)

[上記代理人]

住 所		
氏 名	続柄	

(自署による場合は押印不要)