介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント提供にあたり、益田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を定める条例第５条に基づいて、事業所の概要を説明します。

１．事業所の概要

事業所の名称	益田市匹見地域包括支援センター （匹見指定介護予防支援事業所）
所在地	益田市匹見町匹見イ１２０８番地
代表者名	社会福祉法人　益田市社会福祉協議会 会長　末　成　弘　明
管理者名	竹　田　こ　ず　え
電話番号	０８５６－５６－０５３９
ファクシミリ番号	０８５６－５６－０７０１
指定年月日・指定番号	平成１８年４月１日　　３２００８００２１
営業日及び営業時間	月曜日から金曜日まで （ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び１２月２９日から翌年の１月３日までの期間を除く。） 午前８時３０分から午後５時３０分まで
通常の事業の実施地域	益田市匹見町

２．職員の種類、人員及び職務内容

職員の職種	員数	区分		常勤換算後の人数	保有資格の内容
		常勤			
		専従	兼務		
管理者	1		1	1	社会福祉士 介護支援専門員
介護支援専門員	1		1	０．５	介護支援専門員

（１）管理者　　１名（常勤）

管理者は、センターの職員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたるものとする。

（２）担当職員　１以上の員数の必要な数

担当職員は、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたる。

３．当事業所の目的及び運営の方針、実施概要等

（１）事業所の目的

○介護予防支援等に関する知識を有する担当職員が要支援状態等にある高齢者等（以下、「利用者」という。）に対し、適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供することを目的とします。

（２）運営の方針

○利用者が要支援認定者及び事業対象者となられた場合、可能な限り居宅において、その能

力に応じた自立した生活が営むことが出来るように配慮し、要支援状態の軽減・悪化の防止・予防に資するよう、利用者の選択により、適切な介護予防サービス、保健医療サービス及び施設サービス等との連携を得て、総合的かつ効果的に介護予防サービス計画を策定します。

○利用者の意志及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供されるサービスの種類等が特定の事業者に不当に偏らないよう公正中立に事業を実施します。

○秘密の保持については、当事業所は、職員であった者に業務上知り得た利用者及びその家族の秘密及び個人情報を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容としております。

（３）介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施概要等

○介護予防サービス計画の作成の開始にあたって、利用者や家族のサービスの希望、並びに利用者について把握された課題に基づき、当地域における指定介護予防サービス事業所等に関する情報を適正に提供し、サービスの目標、達成時期、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ介護予防サービス計画の原案を作成します。

　なお、介護予防訪問看護、介護予防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される場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を求めます。

○利用者は、複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス計画に位置づけた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。

○介護予防サービス計画作成後においても、利用者、家族、介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、実施状況の把握を行うとともに、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、事業者との連絡調整、その他の便宜を図ります。

○利用者が病院等に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院等に伝えられるように提示します。

○利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められた場合、要支援状態の区分変更認定の申請等を行い、必要なサービスの提供を行います。

４．利用料金

○利用料金

　要支援認定及び事業対象者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。

※保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、１ヶ月につき、厚生労働大臣が定める基準額に応じて金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。

　このサービス提供証明書を後日市の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

（10 円/1 単位）

種　　類	事業対象者 要 支 援 1 要 支 援 2	内　　容
・介護予防支援費 ・介護予防 ケアマネジメント費 （介護予防ケアマネジメントＡ・Ｃ）	４４２単位/月	指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を行った場合 （介護予防ケアマネジメントＡ・Ｃ）
・初回加算	３００単位/月	新規に介護予防サービス計画を作成し、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を行った場合 （介護予防ケアマネジメントＡ・Ｃ）
・委託連携加算	３００単位/月	地域包括支援センターが委託する個々の指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供について、居宅介護支援事業者との情報連携を行った場合 （介護予防ケアマネジメントＡ）

〇交通費

益田市匹見町内にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域を超えて行う事業に要した交通費は、その実費を利用者の同意を得て徴収させていただきます。費用の支払いを受ける場合には、利用者又は家族に対して事前に文書で説明をしたうえで、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

料金：自動車を利用した場合の交通費　１ｋｍあたり１５円

（算定の範囲は、匹見町を超えた場合とします。）

〇解約料

契約者は契約をいつでも解約することができ、一切料金はかかりません。

５．事故発生時の対応

職員は、利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には、速やかに益田市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

６．感染症や災害への取組について

（１）感染症対策の取組について

感染症の発生及びまん延等に関する取組のために、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に努めます。

（２）業務継続に向けた取組について
感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するために、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に努めます。

７．身体的拘束等の取組について

○事業者は、利用者又は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、身体的拘束等を行いません。

○身体的拘束等を行う場合には、その形態及び時間、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の記録を行います。

○事業者として、身体的拘束等の適正化のための研修を実施する等の必要な措置を講じます。

８．サービス内容に関する相談・苦情

（１）苦情の受付
当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。
○苦情受付窓口　　電話　０８５６－５６－０５３９
［担当者］　益田市匹見地域包括支援センター　管理者　竹田　こずえ
［苦情解決責任者］　益田市社会福協議会匹見支所　支所長　西川　志摩子

○受付時間　毎週月曜日～金曜日　８時３０分～１７時３０分
○第三者委員
渡辺　隆　益田市匹見町紙祖イ１０６９　０８５６－５６－０３４９
山下　惠　益田市匹見町道川イ２０５-５　０８５６－５８－００１４

（２）利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等について

アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組		あり	
益田市介護相談員派遣事業の実施取組	あり	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

（３）行政機関その他苦情受付機関

益田市役所高齢者福祉課 事業者指導係	所在地　益田市常盤町１－１ 電話番号　０８５６－３１－０２１８ ＦＡＸ　０８５６－２４－０１８１ 受付時間　８時３０分～１７時１５分 （土・日・祝、１２月２９日～１月３日を除く）
島根県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地　松江市学園１丁目７－１４ 電話番号　０８５２－２１－２８１１ ＦＡＸ　０８５２－６１－９０５１ 受付時間　９時～１７時（土・日・祝を除く）

島根県運営適正化委員会	所在地　　松江市東津田町１７４１－３ 電話番号　０８５２－３２－５９１３ ＦＡＸ　　０８５２－３２－５９９４ 受付時間　８時３０分～１２時、１３時～１７時 （土・日・祝を除く）

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のサービスの提供の開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明者　氏名

私は、本書面により、事業所から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意しました。

島根県運営適正化委員会	所在地　　松江市東津田町１７４１－３ 電話番号　０８５２－３２－５９１３ ＦＡＸ　　０８５２－３２－５９９４ 受付時間　８時３０分～１２時、１３時～１７時 （土・日・祝を除く）

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のサービスの提供の開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明者　氏名

私は、本書面により、事業所から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意しました。

利用者　　住　所

氏　名