

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

倉吉中央地域包括支援センター（上灘・成徳）

あなたに説明する重要事項は以下のとおりです。

1. 事業所の概要

| | | |
|---------------------|---|--|
| 運営主体の法人名 (事業者名) | (フリガナ) キョウサイカイ 共済会 | |
| 法人の種類 | 医療法人 | |
| 運営主体の所在地 | 倉吉市宮川町129番地 | |
| 代表者電話番号・FAX 番号 | TEL 0858-22-6161 | FAX 0858-22-3030 |
| 運営主体の ホームページアドレス | ある | http://www. shimizuhospital.jp |
| 運営主体の開設年月 | 1960年11月 | |
| 運営主体の代表者氏名 | 清水正人 (理事長) | |
| (フリガナ) 事業所名 | クラヨシチュウオウチイキホウカツシエンセンター(ウワナダ・セイトク) 倉吉中央地域包括支援センター (上灘・成徳) | |
| 管理者の役職・氏名 | 社会福祉士 藤井太陽 | |
| 事業所の所在地 | 倉吉市宮川町129番地 | |
| 交通の方法 | バス：昭和町バス停又は宮川町バス停下車 徒歩3分 | |
| 代表電話番号・FAX 番号 | TEL 0858-22-6102 | FAX 0858-22-6106 |
| 緊急連絡先 | 時間外でも連絡可能な緊急連絡先：あり (代表番号) | |
| 介護保険の指定番号 | 3100310031 | |
| 指定年月日 | (西暦) 2006年 4月 1日 | |
| 指定更新年月日 | (西暦) 年 月 日 | |
| 運営の方針と事業所の特色など | 担当地域それぞれの特性（上灘：高齢化率は平均以下だが、農村部と賃貸住宅の多い住宅地が混在 成徳：旧市街地で高齢化率が高い）を十分に理解したうえで、住民の介護予防活動の促進や既存の各種サービスや住民活動の結びつけ、地域のネットワークの構築あるいは再生等の取り組みを行う | |

2. 職員の体制に関する事項

| 職名 | 常勤 | 非常勤 | 兼務の別 | 合計 |
|---------------|----|-----|------|----|
| 管理者 | 1名 | 0名 | 1名 | 1名 |
| 保健師（経験のある看護師） | 1名 | 0名 | 0名 | 1名 |
| 社会福祉士 | 1名 | 0名 | 0名 | 1名 |
| 主任介護支援専門員 | 1名 | 0名 | 0名 | 1名 |

3. サービスの内容等に関する事項

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|----|----|-----------|----|
| 営業時間 (窓口対応可能時間) | 月～金曜 | 8時30分～ 17時30分 | 土曜 | 休み | 日曜・ 祝日 | 休み |
| | 特記事項 | 年末年始休み ※緊急時連絡先：0858-22-6102 休日、夜間の電話連絡は、携帯電話へ転送となります。 | | | | |
| サービス提供地域 | 倉吉市 成徳地区・上灘地区 | | | | | |
| 損害賠償保険の加入・ その他() | 有 (訪問看護事業共済会 三井住友海上) | | | | | |
| サービス内容に関する相談、苦情について | 利用するサービスに関する苦情は、次の機関に申し立てることができます。 ①鳥取県国民健康保険団体連合会 電話:0857-20-2100 ②倉吉市福祉保健部長寿社会課 電話:0858-22-7851 ③鳥取県社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会 電話:0857-59-6335 | | | | | |
| 事故発生時の対応 | 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は速やかに倉吉市役所、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。 | | | | | |
| 秘密の保持 | 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。 | | | | | |
| 利用料 | 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。 | | | | | |

4. 提供するサービスの内容

- (1) 事業者は、当該業務の担当職員を選任し、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの作成を支援します。
- (2) 事業者は、担当職員を選任し、又は変更する場合は、利用者の状況とその意向に配慮して行ないます。
- (3) 担当職員は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの作成に当たり、次の各号に定める事項を遵守します。
 - ① 利用者の居宅を訪問し、利用者及び利用者の家族に面接し、利用者の生活機能や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び利用者の家族の意欲及び意向を踏まえて、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題の把握に努めること。
 - ② 当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容・利用料の情報を、特定の事業者のみを有利に扱うことなく、公正中立の立場で適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めること。
 - ③ 利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及び利用者の家族の意向を踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、利用者及び指定介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの原案を作成すること。
 - ④ 上記原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、サービスの種類、内容、利用料等について利用者又は利用者の家族に対し説明し、文書により利用者の同意を受けること。
 - ⑤ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合にはこれに従うこと。
 - ⑥ その他利用者及び利用者の家族の希望をできる限り尊重すること。

5. サービス担当者会議の開催

- (1) 担当職員は、次に掲げる場合においては原則として、サービス担当者会議（担当職員が介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの作成のために介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行なう会議をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共にするとともに、当該介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるものとします。ただし、次に掲げる場合については、やむを得ない理由がある場合を除きサービス担当者会議を開催します。
 - ① 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを新規に作成する場合
 - ② 利用者が要支援更新認定を受けた場合
 - ③ 利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

(2) 担当職員は、次に掲げる場合においては、原則として、サービス担当者会議の開催により介護予防サービスの計画及び介護予防ケアマネジメントの変更の必要性について、担当者から専門的な意見を求めるものとします。ただし、やむを得ない理由がある場合については担当者に対する照会等により意見を求めるものとします。

① 利用者が要支援更新認定を受けた場合

② 利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

6. 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント作成後の援助

(1) 担当職員は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント作成後においても利用者及び利用者家族と継続的に連絡を取り、利用者の実情を常に把握するように努めます。

(2) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントに基づき指定介護予防サービス事業者が作成すべき個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取します。

(3) 担当職員は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護予防サービスの計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行いません。

(4) 担当職員は、利用者が介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの変更を希望する場合は、再評価を行い、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの変更、要支援認定区分の変更申請、関連事業者に連絡するなど必要な援助を行います。

(5) 担当職員は、第3項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及び利用者の家族、指定介護予防サービス事業者との連絡を継続的に行なうこととし原則、次に定めるところにより行いません。

① 少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に変化があったときには、利用者の居宅を訪問し、利用者面接します。

② 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所介護事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者面接するように努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施します。

③ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録します。

(6) 担当職員は、モニタリングの結果及び第2項に規定する指定介護予防サービス事業者等からのサービスの実施状況や利用者の状態等に関する報告に基づき、給付管理票を作成し提出するなどの給付管理業務を行うとともに、関連機関との連絡調整を行います。

(7) 担当職員は、適切なサービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、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る場合又は利用者が介護保険施設への入所又は入院を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行いません。

(8) 担当職員は、利用者が要介護認定を受けた場合には、利用者に対し必要な情報を提供します。

個人情報利用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報の利用については、下記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 使用目的

- (1) 介護予防サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護予防サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状態を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)ほか、居宅介護支援事業所又は介護予防サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に介護予防サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントに掲載されている介護予防サービス事業所
- (2) 業務委託先の居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

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あたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 所在地 倉吉市宮川町129
名 称 倉吉中央地域包括支援センター（上灘・成徳）

説明者氏名 _____ 印
(自署の場合は押印不要)

上記のとおり説明を受け、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ついて同意しました。

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

※自署の場合は押印不要

あなたの介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

担当者 氏名 _____ 連絡先（電話）0858-22-6102

管理者 氏名 藤井 太陽 _____ 連絡先（電話）0858-22-6102