

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

当事業所は、介護保険法で定める介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供します。
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

(1) 事業所の概要

運営主体の事業者名	愛知県厚生農業協同組合連合会
運営主体の代表者氏名	代表理事理事長 宇野 修二
運営主体の所在地	愛知県長久手市平池 901 番地
代表電話番号	0561-62-3161
事業所名	豊田厚生地域包括支援センター
管理者の氏名	小林 宏美
事業所の所在地	豊田市浄水町伊保原 500 - 1
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0565-43-5022 FAX 0565-43-5025
介護保険の指定番号	第 2303000034 号
指定年月日	(西暦) 2006 年 3 月 31 日
サービス提供地域	豊田市 浄水地区
事業の目的	利用者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な介護予防支援、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。
運営方針	①利用者が可能な限り自立した生活を営めるように配慮して行います。 ②利用者の自立に向けて設定された目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。 ③常に利用者の立場に立って、特定の事業者に偏ることのないよう公正中立に行います。 ④事業の運営に当たっては、市、他の介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

(2) 職員の体制に関する事項

	常勤	非常勤	兼務
保健師等	1 名	— 名	— 名
主任介護支援専門員	1 名	— 名	— 名
社会福祉士	2 名	— 名	— 名
その他(事務員)	— 名	— 名	2 名

(3) 営業日及び営業時間

営業時間 (窓口対応可能時間)	平日(月～金)	午前 8 時 30 分～午後 5 時
休業日	土曜日、日曜日、祝・祭日、特定休日(8/15)、年末年始(12/30～1/3)	
備考	提供時間外の電話連絡は転送されます。	

2. サービスの内容等に関する事項

主なサービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族より話を伺い、解決すべき課題を把握します。 ・利用者は計画書に位置付けるサービス事業所について、当該事業所を計画書に位置付けた理由、複数の事業者等の紹介について依頼があった場合は、速やかに説明します。 ・介護予防サービス支援計画書の原案を作成し、原案の内容について利用者又は利用者家族に説明の上、決定します。 ・サービス担当者会議を開き、サービス計画原案に対して、サービス事業者、主治医の確認と意見を求め、適切に援助が実施されるよう調整します。 ・サービス利用状況を訪問または電話等で定期的に把握します。(原則 3 か月月に 1 回ご自宅を訪問させていただきます。) <p>※テレビ電話装置等でのモニタリングを行う場合は、少なくとも 6 か月に 1 回は利用者宅を訪問します。</p> <p>利用者の同意を得た上で、サービス担当者会議等で次に挙げる事項について主治医や担当者等からの同意を得ている場合に限り実施します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①利用者の心身状態が安定していること ②利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通ができること ③テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けていること <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて介護保険認定等の申請代行を行ないます。 ・利用者の同意を得た上で、居宅介護支援事業者に対し、業務の一部を委託することができるものとします。
利用料	基本的に利用者負担はありませんが、保険料の滞納により利用者負担が発生する場合があります。(利用料は介護報酬の告示上の額とする。)
医療との連携	医療機関との連携をはかるため、入院時に入院先医療機関へ担当職員の氏名や連絡先等を伝えてください。
秘密の保持	業務上知り得た利用者の個人情報には正当な理由がない限り秘密を保持します。また、利用者の個人情報を利用する場合は利用者の同意を、利用者ご家族の個人情報を利用する場合は該当ご家族の同意を得ます。
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には速やかに市町村、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。
虐待防止のための措置	虐待の発生又はその再発を防止するために、次の措置を講じます。 <ul style="list-style-type: none"> 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を定期的に開催し、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(年 1 回以上)実施します。 ④上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
ハラスメント防止対策	職員から利用者・ご家族等へのハラスメント、および利用者・家族等からの職員へのハラスメントの両方をさします。詳細は別紙「地域包括支援センターからのお願い」のとおりです。

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、下記に記載するところにより使用することに同意します。

(使用目的)

- 当センターでの使用
 - 当センターが利用者に提供するサービス
 - 介護保険事務
 - 事故・苦情等の報告
 - 利用者のサービスの向上
- 関係機関への情報提供
 - 関係機関（行政、医療機関、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、障がい者相談支援事業所等）との連携
 - 関係機関からの照会への回答
 - 診療等にあたり医師の意見・助言を求める場合
 - 家族等への心身の状況説明
 - その他の業務委託
- 介護保険事務等
 - 審査支払機関へのレセプトの提出
 - 審査支払機関または保険者からの照会への回答
 - 保険事務の委託
 - 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出
- 上記以外の使用目的
 - 提供するサービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - 当センターにて行われる学生等の実習への協力
 - 当センターにおいて行われる事例検討
 - 外部監査機関への情報提供
 - 当院 Instagram での写真等の掲載、広報誌の発行等（事前に報告相談）
 - 一人暮らし高齢者登録や配食サービス等の市が行うサービス等の利用

(使用条件)

個人情報の使用は、上記記載の目的の範囲内で行うこととし、関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うものとする。

(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・介護予防ケアマネジメント等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等
- 基本チェックリスト結果、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
- その他の情報

(使用する期間)

使用期間は、サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

令和 年 月 日

【事業者】 豊田厚生地域包括支援センター

利用者	住 所	
	氏 名	
署名代行者	氏 名	
	続 柄	
利用者 家族代表	氏 名	
	続 柄	

利用者家族遠方のため、電話にて同意確認し、利用者に代筆いただいた。

業務継続計画の策定等	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施、及び非常時の体制で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、従業員に対し、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の実施します。さらに、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。	
感染症の予防及びまん延防止のための措置	事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。 ①事業所における感染症の予防及びまん延の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します。）をおおむね 6 か月に 1 回以上開催するとともに、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 事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。	
苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間	事務所又は法人に設置された窓口	名称 豊田厚生地域包括支援センター 連絡先電話番号 (0565-43-5022)
	外部に設置された窓口	名称 豊田市 介護保険課 連絡先電話番号 (0565-34-6634) 対応時間 (8時30分～17時15分) 土日祝日を除く
		名称 愛知県国民健康保険団体連合会 連絡先電話番号 (052-971-4165)
		対応時間 (9時00分～17時00分) 土日祝日を除く
	国保連窓口（介護サービス苦情相談窓口）	名称 愛知県国民健康保険団体連合会 連絡先電話番号 (052-971-4165)
		対応時間 (9時00分～17時00分) 土日祝日を除く

令和 年 月 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、本書面にに基づき重要事項を説明しました。

事業所名 豊田厚生地域包括支援センター
所在地 豊田市浄水町伊保原500-1

説明者氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防支援・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、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住 所	
	氏 名	
署名代行者	氏 名	
	続 柄	