

重要事項説明書

1 わたしたちの事業所の概要は次のとおりです。

事業所名	地域包括支援センターみやまの里	設置主体	糸魚川市（委託）
所在地	糸魚川市大字大野 1 2 9 番地	電話番号	025-550-6525
指定年月日	平成 2 2 年 5 月 1 日（事業所番号 1501500043 ）		
職員配置	保健師 1 名、社会福祉士 1 名、主任介護支援専門員 1 名		
営業日	月曜～金曜（国民の祝日、振替休日、12 月 31 日～1 月 3 日を除く）		
営業時間	8：30～17：30 （時間外は宿当直職員による連絡対応）		

2 わたしたちの事業者があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

(1) 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントです。介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとは、介護保険法に定める介護予防サービスを提供するに先立って、あなたのできることを共に発見するとともに、あなたの心身の状況を把握し、その結果とあなたの希望に基づいて、あなたができる限り介護が必要な状態になることを予防し、自立した生活を送れるよう、介護予防サービスを提供するための介護予防サービス・支援計画書を作成し、この計画にしたがって、現実適切かつ滞りなくサービスが提供できるよう、介護予防サービスを提供する事業者と連絡や調整を行うとともに、これらの経過を継続的に管理する業務をいいます。

具体的には、次の業務を行います。

【業務の概要】

- ① あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により確認します。
- ② ①で確認した結果と、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、あなたに介護予防サービスを適切に提供するための計画（介護予防サービス計画書）をお作りします。その際、介護予防サービス計画書の内容について共通認識を得るためサービス担当者会議等を開催します。
- ③ 介護予防サービス計画書作成後も、介護予防サービスの提供状況や、あなたの心身の状態やご家族の環境について継続的に把握・管理します。
- ④ わたしたちのみならず、介護予防サービスを提供する事業者についての相談・苦情の窓口となり問題を解決します。
- ⑤ あなたの要支援（要介護）認定申請の相談やお手伝いをします。
- ⑥ あなたの状態が改善・悪化により変化があった場合にも他の事業への仲介等も行います。

なお、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントをあなたに提供するにあたっては、事業者として次の事項を守ります。

【業務取扱方針】

- ① あなたの心身の状況やご家族の環境を踏まえ、あなた自身の選択に基づいて、適切な介護予防サービスが、介護保険サービスのみならず総合的・効率的に提供されるように、努力します。又、保健・医療・福祉等関係者との連携を密にすることを原則と致します。
- ② 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、あなたの意思と人格を尊重することにより、常に利用者の立場に立つとともに、話し合いの上で、提供されるサービスが特定の事業者に限ることなく、公平中立を原則と致します。
- ③ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、あなたの心身の状態がよりよくなるようにする（軽減の観点）、悪化しないようにする（悪化防止の観点）、そして要介護状態にならないようにする（予防の観点）ために提供致します。
- ④ わたしたちは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に際しては常に真摯な態度で臨み、あなたからの相談や苦情について事業を実施するうえでの糧として真剣に受け止め、常に事業者として資質の向上に努めます。

(2) 計画作成担当者

あなたの介護予防サービス・支援計画書を作成する者及びその管理者は次のとおりです。

○計画作成者 氏名	連絡先	5 5 0－6 5 2 5
○管理責任者 氏名 鷲澤 かおり	連絡先	5 5 0－6 5 2 5

ご相談や苦情、ご連絡がある場合は、ご連絡ください。

介護予防サービス・支援計画書の作成を委託した場合の計画作成担当者及びその管理者は次のとおりです。

○計画作成事業者名 及び所在地・連絡先
○計画作成者氏名
○管理責任者

(3) 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費

サービス類型	基本単価	加算	
介護予防支援費	4,420 円	初回加算	3,000 円
		委託連携加算	3,000 円
介護予防ケアマネジメント			
ケアマネジメントA	4,420 円	初回加算	3,000 円
		委託連携加算	3,000 円
ケアマネジメントB	3,070 円	初回加算	3,000 円
		集中支援加算	2,000 円
ケアマネジメントC	1,030 円		

※介護保険給付等扱いのため、利用者負担はありません。

※集中支援加算は短期集中サービスの終了月のみ算定可能

(4) 虐待の防止について

- ① わたしたちは、あなたの人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止担当職員の配置、虐待防止のための指針の整備を行います。また虐待防止対策を検討する委員会ならびに研修会を定期的を開催し、その結果について担当職員に知徹底を図ります。

(5) サービス利用にあたってあなたが注意すべきこと

- ① わたしたちが作成した計画にないサービスを利用する場合や、私たちの作成した計画に盛り込んだサービスを利用しない場合は、あなたの負担が大きくなる場合がありますので、できる限り早めにご連絡ください。
- ② 作成した計画どおりにサービスが提供されるには、あなた自身のご協力が欠かせません。わたしたちや他のサービス事業所からの説明や注意にはできる限り従うようにしてください。

個人情報の使用に係る同意事項

わたし及び家族の個人情報については、次に定める条件により必要最小限の範囲で使用することに同意します。

1 情報の提供先

- (1) 介護予防サービス・支援計画書に位置づけられた事業所
- (2) 介護予防サービス・支援計画書を作成する地域包括支援センター
- (3) 地域包括支援センターが介護予防サービス・支援計画書の作成を委託する居宅介護支援事業所
- (4) 主治医、保険者、介護保険施設

2 使用する目的

サービス担当者会議及び上記相手方との連絡調整

3 使用する期間

令和 年 月 日から契約が終了するまで

4 使用にあたっての条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏らされることのないように、細心の注意をはらうこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと。

「契約書」、「重要事項説明書」、「個人情報の使用に係る同意事項」の内容について説明を受け、同意するとともに、介護予防サービスの提供に関する契約を締結します。

上記契約を証明するために、本契約書を2部（委託の場合は3部）作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1部ずつ保管します。

令和	年	月	日	
(事業者) 所在地				糸魚川市大字大野129番地
事業者名				社会福祉法人 奴奈川福祉会
職・氏名				理事長 本間 政一 印
(説明者) 職・氏名				印
(利用者) ご住所				
お名前				印
(代理人) ご住所				
お名前				印
代理人の資格（1. 同居家族 2. その他の親族 3. 家族以外 ）				

<介護予防サービス・支援計画書作成を委託した場合>

(事業者) 所在地	
事業者名	
管理者職・氏名	印
説明者職・氏名	印