

大館市地域包括支援センターひない
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

＜令和５年４月１日現在＞

1. 事業所の概要

事業所名	大館市地域包括支援センターひない
所在地	秋田県大館市比内町扇田字上扇田 49 番地 1 いきいきシルバーサポートひない内
連絡先	電話：0186-55-0665 fax：0186-57-8071
事業者指定番号	秋田県 0 5 0 0 4 0 0 5 6
管理者	畠山 豊（はたけやま ゆたか）
営業日	月曜日～金曜日 （祝祭日は営業） （但し、12 月 31 日～1 月 1 日を除く）
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 但し、電話による 24 時間体制となっています。
サービス提供地域	大館市比内全域

2. 当事業所の法人概要

法人種別・名称	社会福祉法人 比内ふくし会
代表者名	理 事 長 佐 藤 剛
所在地	大館市比内町新館字真館 21 番地 6
連絡先（代表）	電話：0186-55-0680 fax：0186-59-4538
法人設立年月日	平成 2 年 6 月 4 日

3. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
主任介護支援専門員 （管理者と兼務）	センター職員の管理、介護予防支援等利用申し込みに 係る調整、業務の実施状況管理 介護予防マネジメント・サービス計画作成業務	1 名
社会福祉士	介護予防マネジメント・サービス計画作成業務	2 名
看護師	介護予防マネジメント・サービス計画作成業務	1 名
高齢者保健福祉に関する 相談業務等に 3 年以上従 事した社会福祉主事	介護予防マネジメント・サービス計画作成業務	1 名 （非常勤）

4. 運営の方針

- 1) センターの担当職員は、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続できるよう、利用者の立場にたって支援を行います。
- 2) 事業の実施に当たっては、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保できるよう、その調整に努めます。
- 3) 事業の実施に当たっては、要介護状態になっても、高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「包括的かつ継続的なサービス体制」を確立するよう努めます。

5. 介護予防支援の内容

内 容	提 供 方 法
ケアプランの作成	1. 利用者のお宅を訪問、又は利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。 2. 自宅周辺地域における指定介護予防サービス事業者やインフォーマルサービス事業者が実施しているサービス内容、利用料等の情報を適正に利用者やご家族に提供し、サービスの選択を求めます。 3. 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供するうえでの留意点などを盛り込んだ介護予防サービス（以下「ケアプラン」という。）の原案を作成します。 4. ケアプランの原案に位置づけた指定サービス等について、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明し、意見を伺います。 5. ケアプランの原案は、利用者やその家族と協議したうえで、必要があれば変更を行い利用者から文書による同意を得ます。
指定介護予防サービス事業者との連絡調整・便宜の提供	ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等と調整を行います。
経過観察・再評価	1. 利用者及びその家族と毎月連絡を取り、サービスの実施状況の把握に努めます。 2. 利用者の状態について定期的に評価を行い、利用者の申し出により又は状態の変化等に応じてケアプランの評価、変更を行います。
給付管理	ケアプランの作成後、その内容に基づいてサービス利用票、提供票による給付管理を行うとともに、毎月の給付管理票を作成し、秋田県国民健康保険団体連合会に提出します。
相談、説明	介護保険や介護に関することは、幅広くご相談に応じます。
医療連携、主治医への連絡	ケアプランの作成時(又は変更時)やサービスの利用時に必要な場合は、利用者の同意を得たうえで、関連する医療機関や利用者の主治医との連

	絡を図ります。
権利擁護等への対応	利用者がサービスを利用する際に、その所有する財産の管理や権利擁護について問題が発生し、第三者の援助が必要な場合には、利用者の依頼に基づいて必要な連絡を行います。
ケアプランの変更	利用者がケアプランの変更を希望した場合又は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には、利用者の意見を尊重して、合意のうえ、介護予防サービスの変更を行います。
要介護認定等にかかる申請の援助	1. 利用者の意思を踏まえ、要介護認定または要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）の申請に必要な協力を行います。 2. 利用者の要支援認定有効期間満了の 60 日前には要支援認定等の更新申請に必要な協力を行います。
サービス提供記録の閲覧・交付	1. 利用者は、サービス提供の実績記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。 2. 利用者は、契約終了の際には事業者に請求して直近のケアプラン及びその実施状況に関する書面の交付を受けることができます。
担当職員の変更	担当職員の変更を希望する場合は、相談窓口までご連絡ください。

6. 利用料金

契約書本文第 11 条に定める介護予防支援に要する費用は、介護保険法及び指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 129 号）に基づき下記の額とします。今後、介護保険法及び上記基準に変更があった場合は金額が変更となる場合があります。**介護予防支援に対する、利用者の自己負担はありません。**

項目	単位	1 単位	金額
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント費（1 ヶ月あたり）	438 単位	10 円	4,380 円
初回加算 ＊1	300 単位		3,000 円
委託連携加算 ＊2	300 単位		3,000 円

＊1：新規に介護予防サービス計画を作成する利用者に指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供した場合の加算

＊2：利用者に提供する介護予防マネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際に、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護事業所に提供し、計画作成等に協力した場合の加算

7. 契約の終了

この契約の解約を希望する場合には、いつでも解約することができます。ただし、要支援認定区分が、非該当（自立）もしくは要介護と認定された場合、死亡した場合、サービス実

施地域以外に転居した場合には、自動的に終了します。

8. 秘密保持について

当支援センターは、業務上知り得た利用者又はその家族に関する個人情報並びに秘密については、第三者に漏らすことがないようにします。また、サービス担当者会議等において、利用者及び家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により利用者及び家族から同意がある場合に限り第三者に開示するものとし、それ以外の場合は、契約中及び契約終了後においても第三者に対して秘密を保持します。

9. 緊急時等の対応

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施中の利用者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

10. 事故発生時の対応

介護予防支援等の提供により事故が発生した場合には、速やかに、大館市並びに利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。また、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。守秘義務に違反した場合も同様とします。なお、記録は、5年間保存します。

11. サービスに関する苦情について

・ 苦情処理方法

- 苦情担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。(内容、希望、第三者委員への報告の要否、第三者委員の話し合いへの立会い要否など)
- 苦情受付担当者は受理した苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告します。
- 苦情解決責任者は、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。なお、話し合いがつかない場合は第三者委員を交えて話し合いをします。

お客様相談コーナー (当センターの介護予防支援等に関する要望、苦情をお受けいたします)	・ 苦情受付担当者 畠山 豊 電話 0186-55-0665 ・ 苦情解決責任者 畠山 幸子 電話 0186-55-1670
--	---

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

大館市長寿課 介護保険係 相談窓口	所在地 大館市 字中城 20 番地 電話番号 0186-43-7055 FAX 番号 0186-42-8532
秋田県国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所在地 秋田市山王 4 丁目 2 番地 3 電話番号 018-883-1550 FAX 番号 018-883-1551

12. 居宅介護支援事業者（契約書第5条により委託した場合）

事 業 者 名	
所 在 地	
代 表 者 名	
事 業 所 名	
事業所所在地	
管 理 者 名	
連 絡 先	TEL : FAX :

本書交付の証として本書 2 通を作成し、当事者記名押印のうえ、各自 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

介護予防支援等に関する契約にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所名	大館市地域包括支援センターひない
説明者	氏名 ㊞

介護予防支援等に関する契約にあたり、説明者より契約書および本書面により重要事項の説明を受けました。

利用者	氏名	㊞
家族（代理人）	氏名	㊞