

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書

1 事業所の概要

センター名称	永平寺町社会福祉協議会 地域包括支援センター
代 表 者	永平寺町社会福祉協議会 会長 吉田 謙治
所 在 地 (連絡先)	永平寺町松岡春日 1－4 (永平寺町役場本庁内) (TEL：0776－61－6166 FAX：0776－61－6167)
営 業 日	月曜日から金曜日 (ただし、祝日及び年末年始の12月29日から1月3日は除きます。)
営業時間	午前8時15分から午後5時15分まで
職員体制	管理者(1名)・看護師(1名)・社会福祉士(1名)・ 主任ケアマネジャー(3名)

2 実施地域：永平寺町

3 提供するサービス内容

介護予防支援及び介護予防支援ケアマネジメントの手順

1. アセスメント (生活機能低下の背景・原因及び課題の分析を行います。)
2. 介護予防サービス・支援計画書 (以下「ケアプラン」という。)の作成 (ご利用者及び家族と面接を行い、希望をお聞きしてケアプランを作成します。)
3. サービス担当者会議の開催 (関係する事業者が共通した援助の目標や役割を理解するために実施します。初回は必ず実施、他は必要に応じ実施します。)
4. 評価 (一定のサービスを実施した後、事業所の事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行い次のケアプラン等につなげます。)
5. 地域包括支援センターの担当職員 (または居宅介護支援事業所の介護支援専門員) がご利用者の状況把握のため、ご利用者の居宅に訪問する頻度は、ご利用者の状況に応じて、おおむね3ヶ月もしくは6ヶ月に1回となります。
但し、上記の回数以外にも、ご利用者からの依頼や介護予防支援業務の遂行に不可欠と認められる場合でご利用者の承諾を得た場合、ご利用者の居宅を訪問します。

4 サービス終了の手順

1. ご利用者の都合で終了する場合は、終了する日の7日以上前に届けていただきます。
2. 事業者の都合で終了する場合は、終了の7日以上前に文書で通知します。
3. 要介護認定で「自立」または「要介護」と認定された場合は、終了となります。

4. 基本チェックリストの結果、事業対象者とならない場合は、終了となります。
5. 職員や他のご利用者等に対して背信行為を行った場合は、終了します。
6. 介護保険施設に入所した場合は、終了となります。
7. 死亡した場合は、終了となります。

5 利用料金

このサービスの利用料は、予防給付または総合事業から全額給付されるので自己負担はありません。

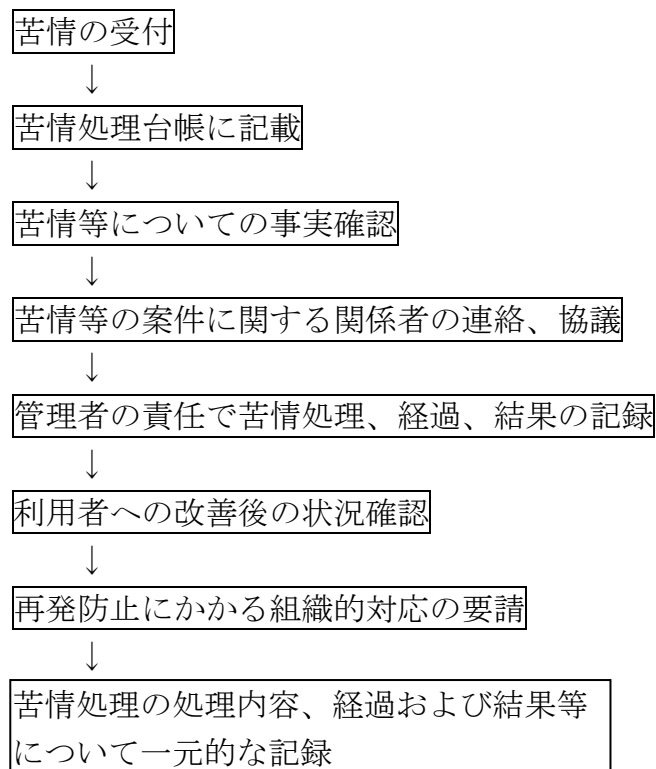
6 相談・苦情窓口および体制

介護予防支援業務に関する相談・苦情窓口について

【地域包括支援センターの窓口】 永平寺町社会福祉協議会協議会 地域包括支援センター	所 在 地 永平寺町松岡春日 1-4 永平寺役場本庁内 責任者 事務局長 小林 政広 相談担当 管 理 者 白崎 恭久 電話番号 6 1 - 6 1 6 6 ファックス番号 6 1 - 6 1 6 7 受付時間 8 時 15 分～17 時 15 分（月～金） 第三者委員 ①奥野 政裕 連絡先 6 1 - 1 1 3 6 ②清水八千子 連絡先 6 4 - 2 4 2 3 ③下山 正幸 連絡先 6 3 - 2 7 5 4
【委託事業者の窓口】 名称	所 在 地 電話番号 ファックス番号 受付時間
【市町村の窓口】 永平寺町福祉保健課	所 在 地 永平寺町松岡春日第 1 号 4 番地 永平寺町役場内 電話番号 6 1 - 3 9 2 0 ファックス番号 6 1 - 3 4 6 4 受付時間 8 時 3 0 分～1 7 時 1 5 分（月～金）
【公的団体の窓口】 福井県国民健康保険団体連合会	所 在 地 福井市西開発 4 丁目 202 番 1 福井県自治会館 4 階 電話番号 5 7 - 1 6 1 4

体制について

苦情処理を行うための処理体制・手順



※苦情に関する対応は迅速に処理することを原則とする。

※苦情に関する情報の管理、サービス事業者への伝達等については利用者の不利益にならないよう最大限配慮する。

7 事故発生時の対応

介護予防支援のサービス提供により事故が発生した場合には、ご利用者のご家族、ご利用者の主治医、保険者等に連絡をすると共に、必要な措置をとります。損害賠償が発生した場合は当事業所が加入する賠償保険で対応します。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

1. 事業者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びその家族に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この契約の終了後も同様です。
2. 事業者は、ご利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報を用いません。

9 重要事項の説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

(事業者)

事業所名 永平寺町社会福祉協議会 地域包括支援センター

説明者氏名 _____

(業務委託先 居宅介護支援事業所)

事業所名 _____

説明者氏名 _____

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

(利用者)

氏 名 _____

(利用者の家族等)

氏 名 _____