（高原町地域包括支援センターと要支援１・２、事業対象者に認定された方の重要事項説明書）

１　事業者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 |  高原町・地方公共団体 |
| 代表者名 |  高原町長　高 妻 経 信 |
| 所在地・電話番号 |  宮崎県西諸県郡高原町大字西麓８９９番地 ０９８４－４２－２１１１ |

２　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  高原町地域包括支援センター |
| 所在地 |  宮崎県西諸県郡高原町大字西麓３６０番地１ |
| 介護保険事業者番号 |  ４５０１８０００２５ |
| 管理者・連絡先 |  馬　場　倫　代 ０９８４－４２－２５８１ |
| サービス提供地域 |  高原町内 |

※地域包括支援センターから介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部を

受託する居宅介護支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 管理者・連絡先 |  |
| サービス提供地域 |  |

３　事業所の職員体制等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　　　　種 | 職　務　内　容 | 人　　員 |
| 管理者 |  管理業務 |  １名 |
| 保健師等 |  介護予防ケアマネジメント 総合相談支援・権利擁護等 |  １名 |
| 主任介護支援専門員 |  ２名 |
| 社会福祉士等 |  １名 |
| その他職員 | １名 |

４　サービス提供時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　　　　分 | 平　　　　　日 | 土・日曜日、祝祭日 |
| 提供時間 |  ８：３０～１７：１５ | 休み |

（注）年末年始（12/29～1/3）は祝祭日の取扱になります。

５　利用者負担金

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者負担はありません。全額介護保険から給付されます。（ただし、保険料の滞納等がある場合には償還払いや保険給付が制限される場合があります）

６　事業の目的及び運営方針

　介護保険法等の関係法令等に従い、サービス提供地域に居住する利用者に対し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて介護予防サービス・支援計画書（以下「介護予防プラン」という。）を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者及びその他の関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

７　サービス提供の手順

（１）利用者からの申込み

（２）契約等手続き

（３）アセスメントの実施

 利用者の自宅を訪問して、利用者及びその家族と面接します。

（４）介護予防プラン原案の作成

 アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者等と調整し、居宅サービスを利用する場合は複数のサービス事業所を紹介します。また、利用者にその事業所をプランに位置付けた理由を説明し、合意を得た結果に基づき介護予防プラン原案を作成します。

（５）サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

 介護予防プラン原案の内容について、担当者から専門的な意見を聴取し、サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録を行います。

（６）介護予防プラン原案の説明・同意・交付

 介護予防プラン原案の内容を利用者又は家族に説明し、同意を得て介護予防プランを交付します。

（７）サービスの提供

 介護予防サービス事業者等に対し、介護予防プランに基づき適切にサー　　　ビスが提供されるよう連絡調整等を行います。

（８）モニタリング

①３カ月に１回並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者宅を訪問し面接します。

②訪問しない月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カ月に１回、介護予防サービス事業者に対してサービス実施状況について確認を行います。

④少なくとも１カ月に１回、上記の結果を記録します。

８　緊急時の対応

　サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、

家族、主治医、救急機関等に連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等 |  電 話 |
| 緊急連絡先 |  電 話 |

９　相談窓口、苦情対応

　サービスに関する相談や苦情については、次の窓口に連絡して下さい。なお、業務

委託された居宅介護支援事業所がある場合は、そちらの相談窓口へ申し出て下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談窓口 | 電話番号FAX番号 | ０９８４－４２－２５８１０９８４－４２－４５５０ |
| 相談員（責任者）高原町地域包括支援センター 管理者　馬　場　倫　代対応時間 ８：３０～１７：１５ （土・日曜日、祝祭日　12/29～1/3を除く） |
| 相談窓口（業務を委託された　居宅介護支援事業所 | 電話番号FAX番号対応時間 |  |

 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宮崎県国民健康保険団体連合会 | 電話番号FAX番号 | ０９８５－３５－５３０１０９８５－２５－０２６８ |
| 対応時間 ８：３０～１７：００ （土・日曜日、祝祭日　12/29～1/3を除く） |

１０　担当者の変更等

 担当者を選任し、又は変更する場合には利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業所の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡します。

１１　担当者の質の向上

 事務所は、担当者に対し専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意を持ってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

１２　秘密の保持

（１）業務上知り得た利用者およびその家族に関する秘密については、利用者又は第　　　三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約　　　中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

（２）事務所は、担当職員その他事業者であったものが、正当な理由がある場合を除　　　き、その事務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、　　　必要な措置を講じます。

（３）事務所は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサー　　　ビスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した　　　者の個人情報を用いることができるものとします。

１３　記録の保管

　介護予防支援記録書等の書面を作成した後５年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

１４　損害賠償

　介護予防支援の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、利用者の故意又は過失による場合は、この限りではありません。

 令和　　年　　月　　日

 介護予防支援に係る契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

 　　　　　利用者　　氏 名（自署）　　　　　　　　　　　　　印

 　　代理人又は立会人 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 介護予防支援に係る契約の締結にあたり、上記のとおり説明をしました。

 事業者　　事業者名　　高原町

 事業所名 高原町地域包括支援センター　印

 説 明 者

 業務委託先指定居宅介護支援事業者

 所 在 地

 事業者名

 事業所名

 担 当 者

 ※業務委託先指定居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防

プラン原案の作成を希望された場合のみ記入