

「指定介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント」重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 事業者名 雨竜町
- (2) 住所 雨竜町字フシコウリウ 104 番地
- (3) 電話番号 0125-77-2211
- (4) 代表者名 雨竜町長 白川 久純

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防支援
介護予防ケアマネジメント
- (2) 事業所の目的
介護保険法に従い、契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを提供します。
- (3) 事業所の名称 雨竜町地域包括支援センター
- (4) 事業所の所在地 雨竜町字フシコウリウ 104 番地
- (5) 電話番号 0125-74-5717
- (6) 管理者名 高見 七美
- (7) 事業所の運営方針
 - ア 介護予防サービス・支援計画作成にあたり、契約者の機能の低下を最小限に止めるよう努めます。
 - イ 契約者の意思及び人格を尊重します。
 - ウ 契約者が明るく清潔な環境で生活できるよう努めます。
 - エ 地域の方々との交流を積極的に進め、契約者の生きがいを高めるよう努めます。
 - オ できる限り契約者の希望に沿うような充実した生活がおくれるよう努めます。

3. 事業の実施地域及び開所時間

- (1) 通常の事業の実施地域 雨竜町
- (2) 開所日及び開所時間

開 所 日	月～金（祝日及び12月31日から1月5日までを除く）
受 付 時 間	月～金 午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	月～金 午前8時30分～午後5時15分

4. 職員の配置状況

- （1） 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員 数	備 考
1. 管理者	1 名	
2. 保健師	1 名以上	
3. 社会福祉士	—	
4. 介護支援専門員	1 名以上	
5. 事務職員	若干名	

5. 事業所が提供するサービスの内容

- （1） 事業者は、契約者が自宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、契約者の心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画を作成するとともに、当該計画に基づいてサービス提供が確保されるよう事業者等との連絡調整その他便宜の供与を行います。
- （2） 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、契約者の選択に基づき、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう努力いたします。
- （3） 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に偏ることがないよう、公正中

立に行います。

- (4) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮します。
- (5) 事業者は、介護予防サービス・支援計画の作成後においても、契約者やその家族、事業者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス・支援計画の実施状況を把握するとともに、契約者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更、事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (6) 前号の介護予防サービス・支援計画の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成、保管し、契約者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。

6. 事業所が提供するサービス利用料金

- (1) 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、契約者の負担はありません。
- (2) 利用の中止、変更、追加
利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防サービス・支援計画の作成を中止又は変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することができます。

7. 秘密保持

- (1) 職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

8. 事故発生時の対応について

- (1) 事業者は、契約者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故や緊急対応が発生した場合、速やかに利用者の家族等や各関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行います。
- (3) 契約者に対する介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

9. 苦情等申立先

相 談 担 当	住民課保健担当
利 用 時 間	月～金 午前8時30分～午後5時15分 (祝日及び12月31日～1月5日を除く)
面 接 場 所	相談室
電 話 番 号	0125-77-2212

令和 年 月 日

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

雨竜町地域包括支援センター

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの開始に同意しました。

契約者

住 所 雨竜町

氏 名 _____ 印

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印