

重要事項説明書（指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業）

1 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人市原寮
代表者名	理事長 森 京子
主たる事務所所在地・連絡先	京都市左京区静市市原町 1278 番地 TEL：075-741-2102 FAX：075-741-2633

2 事業所の概要

事業所名	京都市白川地域包括支援センター指定介護予防支援事業所
所在地・連絡先	京都市左京区浄土寺真如町 162 番地 5 アンソレイユ真如堂 101 号室 TEL：075-762-5510 FAX：075-762-5525
事業所番号	2600600064
管理者の氏名	管理者：大島 美枝
サービス提供地域	京都市左京区北白川学区，浄楽学区，及び錦林東山学区

3 当センターの方針等

- (1) 指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業（以下「指定介護予防支援等」という。）は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現できるよう配慮して行います。
- (2) 指定介護予防支援等は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- (3) 指定介護予防支援等は、利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービス、障害者支援サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。
- (4) 指定介護予防支援等の提供に当たっては、利用者の意思等を尊重し、特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
- (5) 事業の実施に当たっては、京都市，関係区役所・支所，地域包括支援センター，在宅介護支援センター，指定居宅介護支援事業者，介護保険施設，指定特定相談支援事業者，住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組等との連携に努めます。
- (6) 指定介護予防支援等において虐待の発生や再発を防止するため，対策を検討し，職員に対する研修を定期的を実施します。
- (7) 指定介護予防支援等の提供に当たっては，介護保険など関連情報その他必要な情報を活用し，適切かつ有効に行うよう努めます。

- (8) 指定介護予防支援等において、感染症や非常災害の発生時においても支援を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を計るための計画を策定し、計画に従って必要な措置を行います。
- (9) 指定介護予防支援等において感染症の発生及びまん延しないよう、対策を検討すると共に指針を整備し、職員に対して研修及び訓練を定期的の実施します。(感染防止対策のため、テレビ電話装置その他の情報通信機器の活用を検討します。)
- (10) 上記のほか「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 37 号)及び国が定める介護予防支援に係るマニュアル並びに京都市が定める指針等(以下「基準等」という。)を遵守します。

4 事業所の職員体制等

職種	資格	員数等
管理者		常勤兼務職員 1 名(主任介護支援専門員を兼務)
保健師等	保健師又は地域保健等の経験のある看護師	常勤兼務職員 1 名、介護予防ケアマネジメント業務と兼務
主任介護支援専門員	主任介護支援専門員	常勤兼務職員 1 名、包括的・継続的ケアマネジメント業務と兼務
社会福祉士	社会福祉士	常勤兼務職員 2 名、総合相談・支援業務及び権利擁護相談業務と兼務
介護支援専門員	介護支援専門員	常勤専従職員 2 名

5 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	午前 9 時～午後 5 時

※ 土曜日、日曜日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日は休業します。

6 利用料金

(1) 指定介護予防支援

ア 指定介護予防支援の利用料金は、下表のとおりです。(1 単位単価＝10.7 円)
ただし、法定代理受領のため、利用者負担は発生しません。

	単位(1月につき)	備考
介護予防支援費	442 単位	
初回加算	300 単位	新規に利用を開始する月に加算されます。
委託連携加算	300 単位	居宅介護支援事業所に委託を開始する際、加算される場合があります。

イ 介護保険料を滞納されると、法定代理受領できなくなる場合があります。この場合は、一旦(1)の額の料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。この証明書を区役所・支所の健康長寿推進課又は京北出張所保健福祉第一担当の窓口へ提出されますと、全額払い戻しを受けることができます。(利用者の介護保険料の滞納の額等によっては、全額が払い戻されない場合があります。)

(2) 第一号介護予防支援事業

利用料金は発生しません。

7 介護予防ケアプランに位置付ける介護予防サービス等

介護予防ケアプランに位置付ける介護予防サービス等について、利用者は、当センターに対して、複数の介護予防サービス事業者等を紹介することを求めることができます。

また、介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

8 医療機関との連携

(1) 病院又は診療所への入院時のお願い

利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、利用者は、当該病院又は診療所に対して、当センターの担当職員の氏名及び連絡先をお伝えください。

(2) 主治の医師、歯科医師又は薬剤師との連携

利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち当センターが必要と認めるものを、当センターから、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対して情報提供します。

利用者が、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対する情報提供を希望されない場合は、当センターにお申し出ください。

9 指定介護予防支援等の委託

(1) 当センターは、必要に応じ、指定介護予防支援等のうち次の業務について、指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

- ① アセスメントの実施
- ② 介護予防ケアプランの原案の作成
- ③ サービス担当者会議の開催
- ④ 利用者に対する介護予防ケアプラン原案の説明
- ⑤ 利用者及びサービス担当者に対する介護予防ケアプランの交付
- ⑥ モニタリングの実施
- ⑦ 介護予防に係る効果の評価
- ⑧ 保険給付等に係る給付管理業務
- ⑨ 利用者及びサービス担当者等との連絡調整
- ⑩ その他

(2) 当センターは、指定介護予防支援等の一部を委託する場合、委託することについて、利用者又はその家族に十分説明し、文書による同意を得るとともに、利用者又はその家族に対して、委託契約を締結している指定居宅介護支援事業者の一覧を提示し、その意向を聴取します。

10 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、関係機関及び当該利用者の家族等に連絡を行います。

11 秘密の保持と個人情報の保護取扱い

(1) 利用者、その家族に関する秘密の保持について、当センターはサービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を、書面だけでなく電磁的記録も含めて、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

(2) 個人情報の保護について当センターは、以下のア～エにおいて、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いせん。また利用者の家族の個人情報についても、以下のア～エにおいて、予め文書で同意を得ない限り用いせん。

- ア サービス担当者会議
- イ 介護予防サービス事業者等との連絡調整
- ウ 指定居宅介護支援事業者への指定介護予防支援等の一部の委託
- エ 利用者が要介護と認定された場合の指定居宅介護支援事業者との連絡調整

- (3) 当センターは、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物（電磁的記録含む）については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

1 2 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

当センター 苦情相談窓口	電話番号	075-762-5510
	FAX番号	075-762-5525
	苦情処理責任者	（センター長）岸 操
	苦情受付担当	（管理者）大島 美枝
	対応時間	午前9時～午後5時

- (2) 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。

京都市左京区役所保健 福祉センター健康福祉 部健康長寿推進課高齢 介護保険担当	所在地	京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7番地2
	電話番号	075-702-1069（直通） ・ FAX番号 075-702-1316
京都府国民健康保険団 体連合会（国保連）	所在地	京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620 COCON 烏丸内
	電話番号	075-354-9090
	FAX番号	075-354-9055

【説明確認欄】

指定介護予防支援等の開始に当たり、利用者に対して重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者 京都市白川地域包括支援センター指定介護予防支援事業所

説明者 _____

私は指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業のサービス内容及び重要事項について説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

年 月 日

（利用者） 氏名 _____

住所 _____

代理人又は立会人

氏名 _____

続柄 _____

住所 _____