介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

１．事業所の概要

運営法人の名称 （事業者）	社会福祉法人函館厚生院
運営法人の所在地	函館市本町３４番８－１号
運営法人の代表者	理事長　中田　智明
センターの名称 （事業所）	函館市地域包括支援センターゆのかわ
センターの所在地	函館市湯川町１丁目１５番１９号
事業者指定番号	０１０１４０００７５
管理者	京谷　佳子
連絡先	電話：０１３８－３６－４３００ FAX：０１３８－５７－００８０
サービス提供地域	【函館市東央部第１圏域】 川原町　深堀町　駒場町　湯浜町 花園町　湯川町１～３丁目　日吉町１～４丁目

２．事業所の職員体制

職種	人数	職種	人数
管理者	１名	保健師等 社会福祉士等 主任介護支援専門員 介護支援専門員	５名以上
事務職員	１名以上		

３．営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日 （日曜日及び１２月３０日～１月３日休業）
営業時間	午前８：４５～午後５：３０

４．介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの内容等

介護予防支援および 介護予防ケアマネジメントの内容	介護保険適用の有無	
	介護予防支援	介護予防 ケアマネジメント
①介護予防サービス・支援計画書の作成 利用者の心身の状況等を勘案して，そのうえで利用するサービスの種類および内容，担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成する。	①～⑥は，一連業務として介護保険の給付の対象となるものです。	①～⑥は，一連業務として地域支援事業の給付の対象となるものです。
②サービス事業者との連絡調整 介護予防サービス・支援計画書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の便宜の提供を行う。		
③サービス実施状況の把握・評価 介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに，利用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・支援計画書の変更，サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。		
④給付管理 サービス事業者へ料金を支払うために必要な書類を作成する。		
⑤要支援認定の申請に係る援助 被保険者の要支援認定に係る申請について，利用者の意思を踏まえ，必要な協力を行う。		
⑥相談業務		

サービス事業者の選定にあたっては、複数の紹介を受けることができます。また、介護予防サービス・支援計画書に位置付けたサービス事業者の選定理由について、説明を求めることができます。

５．利用料およびその他費用

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントについては，原則として利用者の負担はありません。ただし，介護予防支援については，介護保険料の滞納等により，法定代理受領ができない場合は，事業所へ料金をお支払いいただきます。この場合，事業所が発行する「サービス提供証明書」を函館市の窓口へ提出していただくと，払い戻しされることがあります。

６．事業所の運営方針

①高齢者が住み慣れた地域で、その能力に応じ、尊厳のあるその人らしい生活を継続できるよう、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が多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう支援を行います。

②函館市、各サービス事業者、居宅介護支援事業者や介護保険施設等と綿密な連携を図り、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される諸サービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立な業務に努めます。

③感染症の予防及びまん延防止のため、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等、必要な措置を講じます。

④感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を定期的に実施します。感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じます。

⑤高齢者虐待等の発生又はその再発を防止するため、委員会の設置、指針の整備、研修及び担当者の設置等、必要な措置を講じます。

⑥職場や訪問先でのハラスメントの発生または再発を防止するため、指針の整備、相談・対応体制の整備（当事者の保護含む)、マニュアルの整備及び研修の実施等、必要な措置を講じます。

７．入院時における医療と介護の連携について

利用者は、病院・診療所に入院する必要が生じた場合には、介護予防支援または介護予防ケアマネジメント担当者の氏名および連絡先を、当該病院または診療所に伝えていただくことになります。

８．緊急時の対応について

利用者の病状が急変した場合その他必要な場合は，速やかに主治医や利用者の家族に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

９．事故発生時の対応について

事故が発生した場合は，速やかに主治医や利用者の家族に連絡をとるなど必要な措置を講じ，速やかに函館市に報告します。

１０．介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業所

当該業務を居宅介護支援事業所へ委託または委託終了した場合は別紙参照。

１１．介護予防支援および介護予防ケアマネジメントに関する相談・苦情窓口

【介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを行う事業者とその事業所の窓口】		委託の場合は別紙通り 当事業所が担当する場合は下記
【地域包括支援センターの窓口】 函館市地域包括支援センターゆのかわ	所 在 地	函館市湯川町１丁目１５番１９号
	電話番号	(0138)36-4300
	FAX 番号	(0138)57-0080
	受付時間	月～土　8:45～17:30
【市町村の窓口】 函館市保健福祉部高齢福祉課	所 在 地	函館市東雲町４番１３号
	電話番号	(0138)21-3025
	FAX 番号	(0138)26-5936
	受付時間	月～金　8:45～17:30（祝祭日を除く）
【公的団体の窓口】 北海道国民健康保険団体連合会	所 在 地	札幌市中央区南２条西１４丁目 国保会館６階
	電話番号	(011)231-5175
	FAX 番号	(011)233-2178
	受付時間	月～金　9:00～17:00（祝祭日を除く）

１２．高齢者の虐待に係る連絡先

【養護者による高齢者虐待】	連 絡 先 所 在 地	函館市保健福祉部高齢福祉課相談支援担当 函館市東雲町４番１３号
	電話番号	(0138)21-3025
【養介護施設従事者等による高齢者虐待】	連 絡 先 所 在 地	函館市保健福祉部指導監査課高齢者担当 函館市東雲町４番１３号
	電話番号	(0138)21-3926・3927・3923

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり，上記のとおり重要事項を説明いたしました。

令和　　年　　月　　日

事　業　所　　事業所名　函館市地域包括支援センターゆのかわ

説　明　者　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり，上記のとおり説明を受け，同意しました。

利　用　者　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代理人　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿