

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

1 菅病院在宅ケアセンターの概要

名 称	菅病院在宅ケアセンター
所 在 地	岡山県井原市井原町 1 2 4 番地
代 表 者 名	兼武 尚美
電 話 番 号	0 8 6 6 - 6 2 - 2 8 7 6
フ ァ ッ ク ス 番 号	0 8 6 6 - 6 2 - 6 3 0 1
業 務 日	1月4日から12月30日までの月曜から金曜、土曜午前 (休日・祝日を除く)
業 務 時 間	午前8時30分から午後5時30分まで
事 業 の 実 施 地 域	井原市内、矢掛町、笠岡市
職 員 の 体 制	管理者（兼務） 1名 介護支援専門員 1名以上 主任介護支援専門員 1名以上 社会福祉士 1名以上 保健師 1名以上 理学療法士 1名

2 事業の目的、運営の方針

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の出来るように配慮し、適正な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供します。

また、利用者の心身の状況、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、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効果的に提供出来るように配慮するとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち介護予防サービス等が特定の種類や事業所に不当に偏ることのないよう公平中立に行います。

3 業務内容

介護保険法に関する法令及び井原市介護予防ケアマネジメント実施要綱の定めるところにより、利用者に対し下記の業務を行います。

- ① 課題の把握及び介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防ケアプラン」という。）の作成と定期的な評価の下に、必要に応じて介護予防ケアプランを変更。
- ② サービス担当者会議等による連絡調整
- ③ 施設入所の場合は、紹介等の支援
- ④ 必要に応じて要介護認定又は要支援認定の申請援助

4 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用料金

(1)介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用料は、介護予防サービス等の提供開始以降1ヶ月あたり次の通りですが、原則として自己負担はありません。ただし、保険料の滞納等により、下記のサービス料金の全額を一旦お支払頂く場合があります。

利用料金(お一人につき)	4,300円(介護予防支援/月額) 3,900円(介護予防ケアマネジメント/月額)
初期加算	3,000円
介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	3,000円 ※対象となった場合のみ加算

※ 初回加算は、新規に介護予防ケアプランを作成した場合に限ります。

(2)介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる業務を行うため、通常サービス提供の実施地域を超える地域に訪問し、また出張する必要がある場合にはその交通費(実費相当)を頂きます。

5 連携機関について

病院、診療所、保険医療課、社会福祉協議会、サービス事業所等と連携を図りながら事業を行っていきます。

6 緊急時の対応

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供中に、利用者の病状の急変や事故が発生した場合等の緊急時は、速やかに関係機関、主治医等に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告するものとします。

7 秘密保持について

正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。契約終了後についてもこの守秘義務は継続します。

ただし、サービス担当者会議等で個人情報を用いる場合は、事前に同意を得るものとします。

8 苦情及び相談の対応

《介護予防支援に関する苦情や相談窓口》

井原市地域包括支援センター	受付時間	平日の午前8時30分から午後5時15分まで
	電話番号	0866-62-9552
	F A X	0866-65-0268

私（利用者）は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に同意します。

また、私及び家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

事業所が、介護保険法に関する法令及び井原市介護予防ケアマネジメント実施要綱に従い、介護予防ケアプランに伴うサービス担当者会議等必要な場合において、介護予防サービス等を円滑に実施するため。

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、上記 1 に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、情報提供の際は関係者以外に決して漏れるこのとないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭環境、家族構成等
- ・ 認定調査票（74項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）

平成 年 月 日

菅病院在宅ケアセンター 殿

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族又は代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との関係（続柄） _____