

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援重要事項説明書

1. 館山市地域包括支援センターたてやまが提供するサービスについての相談窓口

電 話 0470-25-7191

担 当 小川 香織

2. 事業所の概要

(1) 介護予防支援の指定事業者番号及びサービス提供地域

事業所名 館山市地域包括支援センターたてやま

サービス提供地域 館山市内（北条）

介護保険指定事業者番号 千葉県知事指定 1 2 0 1 0 0 0 0 7 0 号

(2) 事業所の職員体制

管理者（下記の職種との兼務） 1 名以上

保健師等 1 名以上

社会福祉士（管理者兼務） 1 名以上

主任介護支援専門員 1 名以上

事務員 1 名

(3) 営業時間

月～金曜日 9時00分～ 17時00分

営業しない日 土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）

3. 法人の概要

法 人 名 医療法人 徳洲会
所 在 地 大阪府大阪市北区梅田1丁目3番1-1200号
連絡先(代表) TEL 06-6346-2888

法 人 種 別 医療法人
代 表 者 理事長 東上 震一
法人の行う 館山病院(病院・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション)
他の業務 訪問看護ステーションたてやま(訪問看護・訪問介護)
ケアプランセンターたてやま(居宅介護支援事業)
介護老人保健施設たてやま(老人保健事業)

4. 事業の目的・運営方針

目 的 要支援状態にある高齢者等に対して、適切な介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を行うこと。

運営方針 ・介護保険法令を遵守いたします。
・公正中立な介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供を行います。
・利用者様が可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう介護予防サービス計画の作成を行います。
・行政・医療・介護・地域等の関係者との連携に努めます。
・利用者様の自立に向けて設定された目標を達成するために総合的かつ効率的にサービスが提供されるように取り組みます。

5. 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の申込みからサービス提供までの流れ
 申込み受付⇒ 介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援契約⇒ 課題分析
 ⇒ 介護予防サービス計画の作成⇒ サービス担当者会議⇒ サービス提供事業者への業務依頼
 ⇒ サービス提供開始

6. サービス利用の方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でご相談ください。担当職員がお伺いいたします。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

以下の場合、双方の通知がなくてもサービスを終了します。

- ・利用者が死亡した場合。
- ・利用者が介護保険施設等へ入所した場合。
- ・利用者が要介護認定を受けた場合。
- ・利用者が要支援認定又は館山市介護予防・日常生活支援総合事業対象者特定を取り消された場合。

7. 介護予防サービス計画作成委託先の事業所について(委託しない場合には記載しません)

事業者名	
所在地	
連絡先	
管理者名	
担当者名	

8. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者様の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者様の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9. 損害賠償について

事業者が利用者様に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第9条に基づき、事業者は金銭等により賠償をいたします。

当センターは以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

- 加入保険名
損保ジャパン株式会社 介護事業者賠償責任保険
- 保険の内容
「介護予防支援・地域包括業務等実行時に起因する事故」
- 賠償できる事項
「業務遂行中における事故、業務の結果に起因する事故、人格権の侵害、経済的損失、財物に対する事故、預かった現金に対する事故等。」

10. サービスの内容に関する苦情

- ① 当地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援に関するご相談・苦情及びサービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当 館山市地域包括支援センターたてやま 管理者 (小川 香織)
電話 0470-25-7191

- ② 当地域包括支援センター以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることが出来ます。

館山市健康福祉部高齢者福祉課介護保険係 0470-22-3489

- ③ 介護保険サービスの苦情について

千葉県国民健康保険団体連合会 連絡先 043-254-7428

____年 ____月 ____日

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援について重要事項の説明を受けました。

利用者 氏 名 _____ 印

代理人 氏 名 _____ 印

説明担当者 館山市地域包括支援センターたてやま 担当 _____ 0 印