釧路市東部北地域包括支援センター

（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

当事業所は介護保険の指定を受けています
（釧路市指定事業所番号第0104100052号）

当事業所は利用者に対して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。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援１」「要支援２」と認定された方及び事業対象者が対象となります。

目　　次

１．事業者
２．事業所の概要
３．職員の体制
４．契約締結からサービス提供までの流れ
５．当事業所が提供するサービスと利用料金
６．サービスの利用に関する留意事項
７．サービス提供における事業者の義務
８．事故発生時の対応・損害賠償について
９．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）
10．苦情の受付について
11．虐待の防止について
12．ハラスメントの防止について
13．業務継続計画の策定について
14．感染症対策・災害対策について
15．第三者評価の実施状況について

１．事業者

（1）法人名　　社会医療法人　孝　仁　会
（2）法人所在地　　〒085-0061　釧路市芦野１丁目番２７号１号
（3）電話番号　　０１５４－３７－５５１２（代表）
（4）代表者氏名　　理事長　　齋　藤　孝　次
（5）設立年月日　　平成３年１１月１日

２．事業所の概要

（1）事業所の種類　　指定介護予防支援事業所・平成18年4月1日指定・第0104100045号
（2）事業の目的　　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、介護保険法令に従い、利用者が居宅において、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、サービスを提供します。
（3）事業所の名称　　釧路市東部北地域包括支援センター
（4）事業所の所在地　　〒085-0821　釧路市鶴ケ岱１丁目１０番４６号
（5）電話番号　　０１５４－４２―０６００
（6）管理者氏名　　箭　原　純　子
（7）当事業所の運営方針
①ご利用なされる方の心身の状況、その置かれている環境及びご希望を勘案しながら自立した日常生活を営むために必要なサービス計画を作成致します。
②サービス計画に基づいた居宅・施設サービスの提供が確保されるよう、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。
（8）開設年月日　　平成１８年 ４月 １日
（9）通常の事業の実施地域　釧路市内の東部南地区一円とする。（別表　釧路市地域包括支援センター担当圏域一覧のとおり）
(10) 営業日及び営業時間　　月曜日～金曜日（祝日及び市の年末年始の休日を除く）
［受付時間］　　月曜日～金曜日・午前９時００分～午後５時００分
［サービス提供時間帯］　月曜日～金曜日・午前９時００分～午後５時００分

３．職員の体制

当事業所では、利用者に対して介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	常勤 （専従/兼務）	非常勤 （専従/兼務）	職務の内容
（1）管理者	１名 （担当職員が兼ねる）	０名/０名	職員の管理・利用申込調整等
（2）担当職員	８名/０名	０名/０名	介護予防サービス・支援計画の作成等
（3）事務職員	０名/０名	１名/０名	各種事務

４．契約締結からサービス提供までの流れ

（1）契約締結から「介護予防サービス・支援計画（以下、支援計画とする。）」の決定までの流れは次の通りです。

① 担当職員または担当介護支援専門員が、支援計画の作成の開始にあたり、複数の指定介護予防サービス事業者等紹介を求めることが可能である旨を説明、同意を得た上で、当該地域における複数の指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者又はその家族に対して提供するとともに、契約者にサービスの選択を求めます。

↓

②担当職員または担当介護支援専門員は、利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、利用者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ支援計画の原案を作成します。

↓

③担当職員または担当介護支援専門員は、前項で作成した支援計画の原案に位置付けた介護予防サービス等の選定理由の説明を求めることが可能である旨を説明、同意を得た上で、必要な場合は選定理由の説明を行うとともに、位置付けたサービスが保険給付の対象となるか否かの区分を明確にし、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族等に対して説明、利用者の同意を得た上で決定・交付するものとします。

（2）「介護予防サービス・支援計画」作成後のサービス提供の流れは次の通りです。

○利用者及びその家族等、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、支援計画の実施状況を把握します。

○支援計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。

○利用者の意思を踏まえて、要支援認定者及び事業対象者の更新申請等に必要な援助を行います。

↓

○利用者が支援計画の変更を希望した場合、または事業者が支援計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意に基づき、支援計画を変更します。

○事業者は、利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設等への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設等への紹介その他の便宜の提供を行います。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）利用料

要支援認定者及び事業対象者は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、１か月につき下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書に基づき、後日全額払戻を受けられます。

①　介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費　４，４２０円（月額）
ただし、初回の介護予防サービス・支援計画作成時は　３，０００円　加算する。
また、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所へ業務委託を行った際に連携を図った場合は、初回に限り３，０００円加算する。

②　介護予防ケアマネジメント費（簡易型）　　２，０００円　（初回月及び評価月）
ただし、初回の介護予防サービス・支援計画作成時は　３，０００円　加算する。
また、サービス担当者会議を実施した場合は１,３００円、モニタリングを実施した場合は１,０００円を加算する。

③　介護予防ケアマネジメント費（初回のみ）　１，５００円

④　介護職員処遇改善加算 加算率　2.1%
介護職員の処遇改善に取り組む事業所は、利用料に加算する。

６．サービスの利用に関する留意事項

（1）担当職員または担当介護支援専門員の交替

①利用者からの交替の申し出

選任された担当職員または担当介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該担当職員または担当介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して担当職員または担当介護支援専門員の交替を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の担当職員または担当介護支援専門員の指名はできません。

②事業者からの担当職員または担当介護支援専門員の交替

事業者の都合により、担当職員または担当介護支援専門員を交替することがあります。担当職員または担当介護支援専門員を交替する場合は利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

（2）障害者総合支援法から介護保険法に移行される利用者

障害者総合支援法において従来支援を行っていた相談支援専門員と連携する等、制度間のサービス継続が円滑に行われるよう十分に配慮するものとします。

（3）利用者の主体的なサービスの選択

利用者に対し、訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者、その他生活支援サービス事業者等を紹介する場合は、2ヶ所以上のサービス事業者等を紹介し、利用者の主体的なサービス選択ができるような支援を行うよう十分に配慮するものとします。

（4）入院時の医療機関との連携

介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、あらかじめ、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めることについての説明を行い、同意を得た上で、ご協力をいただくよう対応いたします。

（5）サービス担当者会議

サービス担当者会議は、利用者及び家族の参加を基本といたします。

（6）必要時の主治医等への利用者情報の提供

訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の必要と認める事項について、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供することといたします。

7．サービス提供における事業者の義務

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①利用者の生命、身体、生活環境等の安全・確保に配慮します。

②利用者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結の日から5年間保管するとともに、利用者又は代理人の請求に応じ、事業所の運営法人が定める個人情報保護規程に基づいて開示します。なお、事業所の運営法人が定める個人情報保護規程に基づいて情報開示を行わない場合もあります。

③事業者及び担当職員または担当介護支援専門員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者または家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません。担当職員または担当介護支援専門員であった者についても同様と致します(守秘義務)。ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。また、利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ利用者の同意を得ます。

8．事故発生時の対応・損害賠償について

当事業所において、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、釧路市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定介護予防サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、当該事故の状況とともに記録するものと致します。

また、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者にも故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(損害賠償がなされない場合)

以下の場合には、事業者の責めに帰すべき事由が認められない限り、利用者に生じた損害を賠償いたしません。

①利用者が、契約締結時に、ご自身の心身の状況や病歴等について、故意に告げず、または虚偽に告げたことが主な原因として発生した損害
②利用者が、サービスの実施にあたって必要な事項(その日の体調や健康状態等)を事業者が確認する際に、故意に告げず、虚偽に告げたことが主な原因として発生した損害
③利用者の、急な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由を主な原因として発生した損害
④利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為を主な原因として発生した損害

9．サービス利用をやめる場合

(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要支援認定及び事業対象者の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

①利用者が死亡した場合
②要介護認定または要支援認定により利用者の心身の状況が非該当または要介護1～5と判定された場合(ただし、基本チェックリスト等で事業対象者と決定された場合を除く)
③基本チェックリスト等の実施により事業対象者でなくなった場合
④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
⑤事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑥契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1)利用者からの解約・契約解除の申し出

契約有効期間であっても、利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに申し出て下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

①担当職員または担当介護支援専門員が正当な理由なく本契約に定める介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施しない場合
②担当職員または担当介護支援専門員が守秘義務に違反した場合
③担当職員または担当介護支援専門員が故意又は過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（2）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくは担当職員または担当介護支援専門員の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
③契約者・利用者・家族等より以下のような行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合
・暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける、手を払いのける等）
・セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動 等）
・その他（ストーカー行為等）

（3）契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

10. 苦情の受付について

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自ら提供した居宅介護支援または居宅介護支援サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

（1）苦情処理の流れ

1．サービス利用者（家族）からの相談・苦情の申し出
2．相談・苦情内容，利用者の意向等の確認と記録
3．事実確認と原因究明を迅速に行い､具体的な対応について適切に説明
4．受け付けた相談・苦情及びその改善状況等責任者へ報告・助言。必要があれば第三者委員への報告・助言。

［職　名］　苦情対応担当職員　　倉　知　あ　ゆ　み
○電話番号　　０１５４－４２－０６００
○ＦＡＸ　　０１５４－４２－０８００
○受付時間　　午前９時００分～午後５時００分

（2）行政機関その他苦情受付機関

釧路市福祉部介護高齢課 高齢福祉係	所 在 地　釧路市黒金町７丁目５番地
	電話番号　０１５４－２３－５１８５
	ＦＡＸ　０１５４－３２－２００３
	受付時間　午前８時５０分～午後５時２０分
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
	電話番号　０１１－２３１－５１７５（直通）
	０１１－２３１－５１６１（代表）
	ＦＡＸ　０１１－２３３－２１７８
	受付時間　午前９時００分～午後５時００分

11．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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。

（1）虐待防止に関する虐待防止対応責任者を選定しています。

虐待防止対応責任者	（　箭　原　純　子　）

（2）虐待防止に関する虐待防止受付担当者を選定しています。

当事業所に対する虐待防止に関するご相談は以下の専用窓口で受け付けます。
○虐待防止受付窓口（担当者）森　山　美　保　子 ［職　名］ 虐待防止受付担当者
○電話番号　０１５４－４２－０６００
○ＦＡＸ　０１５４－４２－０８００
○受付時間 毎週月曜日～金曜日（※祝日・年末年始を除く）◇午前９時００分～午後５時００分

（3）虐待防止検討委員会を設置しています。

（4）従業者に対する虐待防止及び身体拘束廃止を啓発･普及するための研修を実施しています。

（5）その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

（6）虐待通報の流れ

１.利用者及びその家族等からの虐待通報受付

２.虐待内容、利用者及びその家族等の意向の確認と記録

３.虐待防止対応責任者への虐待内容の報告。

４.虐待防止対応責任者への虐待改善状況の報告

12. ハラスメントの防止について

当事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、指針を定め職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲をこえたものにより、職員の就業環境が害されることを防止するための必要な措置を講じます。

また、職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しても同様の案件として取り扱い措置を講じます。

13. 業務継続計画の策定について

ＢＣＰ(業務継続計画)策定について、ＢＣＰ計画やガイドラインに基づき、家族、地域、行政と協力し、利用者の安全の確保に努めていきます。

14. 感染症対策・災害対策について

感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設置しています。

感染症や災害への対応について 感染症や災害に備え、従業者に対し研修会や訓練を実施し、必要なマニュアルを整備します。

15 第三者評価の実施状況について

<table>
<tr><td rowspan="3">第三者評価の実施の有無</td><td rowspan="2">1.有</td><td>直近の実施日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>評価機関名称</td><td></td></tr>
<tr><td>評価結果の開示</td><td>1.有　2.無</td></tr>
<tr><td>2.無</td><td></td><td></td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

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。

釧路市東部北地域包括支援センター 説明者氏名
委託指定居宅介護支援事業所 事業所名 住　　所 電話番号 担当介護支援専門員 説明者氏名 （委託の場合のみ使用）

私は、本書面に基づいて地域包括支援センター担当職員または地域包括支援センターが業務を委託した指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員から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した。

利　用　者 住　　所 氏　　名
署名代行者（利用者との関係　　） （署名代行の理由　　） 住　　所 氏　　名