

介護予防支援・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

(1) 地域包括支援センターの指定番号およびサービス提供地域

事業所	石狩市北地域包括支援センター
所在地	石狩市花川北6条1丁目41番地1 石狩市総合保健福祉センターりんくる内
電話番号	0133-75-6100
介護保険指定番号	0107600058
サービスを提供する地域	花川北・花川東・緑苑台・花畔・新港・志美・親船地区・八幡地区・北生振・中生振・美登位・緑が原

(2) 同事業所の職員体制

	業務内容	計
管理者 主任ケアマネジャー	介護予防サービス計画の作成・支援、 包括的・継続的マネジメント事業等	1名
保健師等	介護予防サービス計画の作成・支援、 介護予防ケアマネジメント事業等	1名
社会福祉士	介護予防サービス計画の作成・支援、 総合相談事業・権利擁護事業等	2名
ケアマネジャー	介護予防サービス計画の作成・支援、 総合相談事業等	1名

(3) 業務日及び業務時間

月曜日 から 金曜日	午前8時40分から午後5時40分まで
------------	--------------------

ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日から翌年の1月3日までの日を除きます。

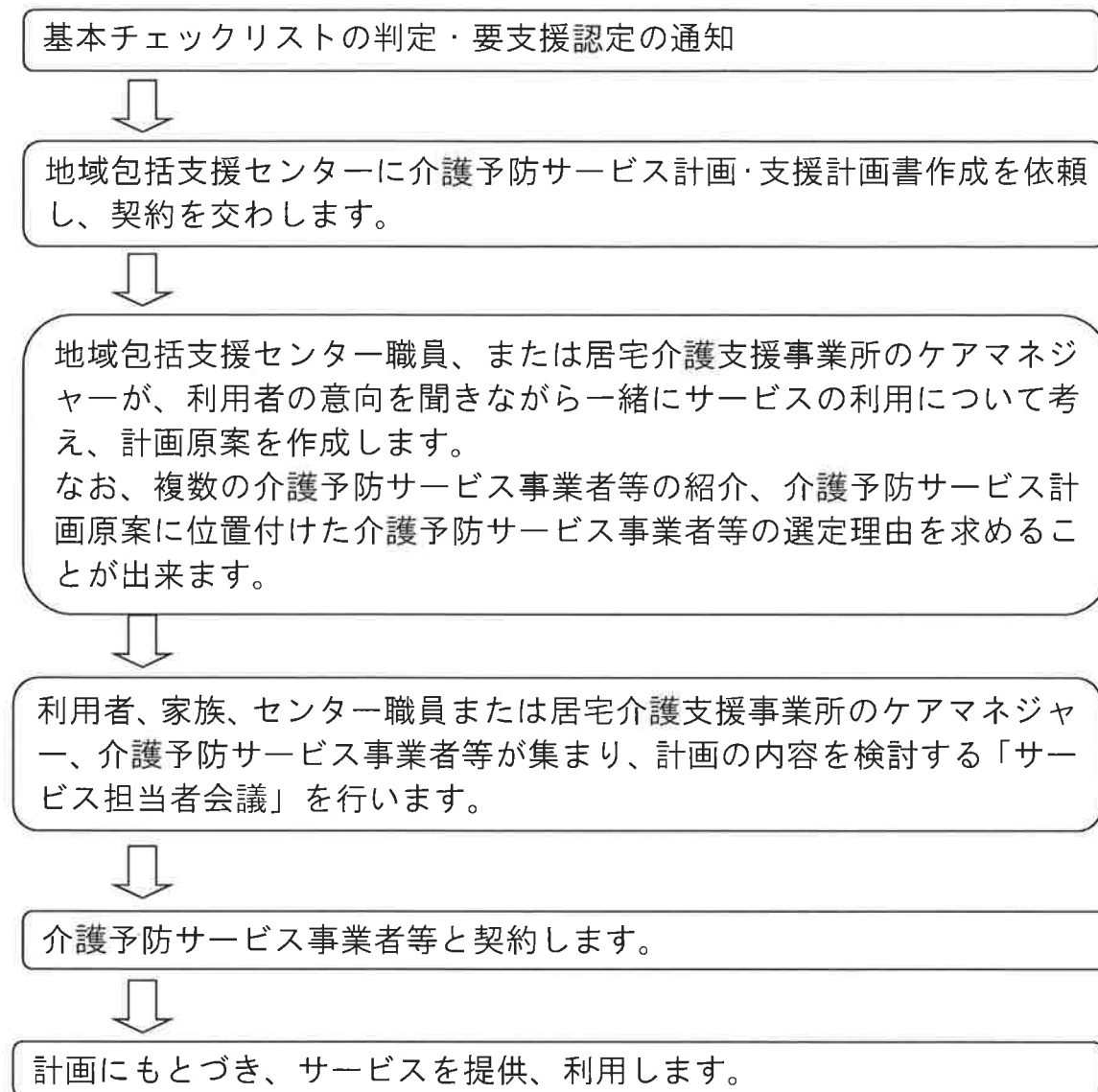
2. 当事業所の介護予防支援の特徴等

運営の方針

要支援認定を受けられた方及び基本チェックリストを実施し事業対象者となった方が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう配慮し、利用者の心身の状況、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が総合的、効果的に提供されるよう支援を行います。

また、関係各機関と綿密な連携を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、提供されるサービスが特定の種類又は特定の介護予防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. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの申し込みからサービス提供までの流れ例



4. 入院時の情報提供

利用者に入院が生じた場合には、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援するため、利用者及びご家族より、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）の氏名・事業所名・連絡先を医療機関へお伝えいただくようご協力下さい。

5. 障害福祉制度の相談支援専門員との連携

障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等において、介護支援専門員（ケアマネジャー）と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携を図っていきます。

6. 利用料金

基本的に利用者負担はありませんが、介護保険料の滞納等により利用者負担が発生する場合があります。

7. 記録の閲覧

介護予防サービス等の提供に際して作成した記録、書類の閲覧、謄写に応じます。ただし、謄写の実費を請求することがあります。

8. サービス内容に関する苦情

(1) 相談・苦情受付担当窓口

当事業所の介護予防支援に関するご相談・苦情および介護予防サービス計画・支援計画書に基づいて提供しているサービス等についてのご相談・苦情をお受けします。

担当 石狩市北地域包括支援センター 電話 0133-75-6100

センター長 菊地 弘毅

(2) その他

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

(1) 石狩市地域包括ケア課 電話 0133-77-7535

(2) 北海道国保連合会 電話 011-231-5161

9. 当事業者の概要

名称・法人種別

医療法人 秀友会

代表者役職・氏名

理事長 藤原 雄介

事業所所在地・電話番号

札幌市手稲区新発寒5条6丁目2番1号

電話 011-685-3333

令和 年 月 日

介護予防支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所 石狩市北地域包括支援センター

所在地 石狩市花川北6条1丁目41番地1

石狩市総合保健福祉センターりんくる内

説明者

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防支援についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 石狩市

氏 名

印

(代理人) 住 所

氏 名

印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約における個人情報利用同意書

私及びその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小限の範囲内で利用することに同意します。

記

1 利用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護予防サービス計画・支援計画書に基づき、介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

2 利用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を利用した会議、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）

- ①氏名、住所、健康状態（心身状況、服薬状況、口腔機能等）、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
 - ②認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定
 - ③ケアプランの交付（医療系サービスの利用等、意見を求めた主治の医師等）
 - ④その他の情報
- ※「個人情報」とは、利用者及び家族個人に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

4 利用する期間

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約の有効期間と同じ。

令和 年 月 日
石狩市北地域包括支援センター 様

利用者 住 所 石狩市 _____
氏 名 _____ 印 _____

上記代理人 住 所 _____
(代理人を選定した場合)
氏 名 _____ 印 _____

利用者家族代表 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____