

# 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

○第○地域包括支援センター

(電話 ○○-○○○)

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務（以下「介護予防支援等」といいます。）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」の規定に基づき、契約締結に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

## 1 介護予防支援等を提供する事業者及び事業所について

### (1) 事業者について

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| 事業者名称        |                           |
| 代表者氏名        | 理事長                       |
| 所在地<br>(連絡先) | 堺市<br>(電話 072- FAX 072- ) |

### (2) 事業所の名称、所在地及び連絡先など

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| 事業所名称        | ○第○地域包括支援センター             |
| 指定事業所番号      | 堺市指定 2706                 |
| 所在地<br>(連絡先) | 堺市<br>(電話 072- FAX 072- ) |
| 事業実施地域       | ○○校区、○○校区                 |

## 2 事業所の営業時間等について

|      |  |
|------|--|
| 営業日  | 月曜日から金曜日 (土、日、祝日休み)<br>12月29日から翌年の1月3日までは休みとします。 |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後5時30分                                 |

### 3 事業の目的および運営方針

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <p>事業の目的</p>            | <p>要支援者等からの相談に応じて、お客さまやその家族の意向等を基に、介護予防サービス等を適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保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等その他の便宜の提供を行います。</p>  |
| <p>方 針</p>              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. お客さまが、要支援状態等になった場合においても、状態の軽減または悪化の防止に資するよう、お客さまが可能な限りその居宅において、尊厳を保持し、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に配慮したものとします。</li> <li>2. お客さまの心身の状況、その置かれている環境等に応じて、お客さま自ら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配慮します。</li> <li>3. お客さまの意思及び人格を尊重し、常にお客さまの立場に立って、お客さまに提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の指定介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。</li> <li>4. 事業を行うにあたっては、お客さまの所在する市町村、医療機関、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者等との連携に努めます。</li> </ol> |
| <p>高齢者虐待防止<br/>について</p> | <p>事業者は、お客さま等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研修などを通じて、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。</li> <li>2. 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</li> <li>3. 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がお客さま等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</li> </ol>  |

#### 4 秘密の保持と個人情報の保護について

|                           |   |
|---------------------------|---|
| ① お客さま及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たお客さま及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p>  |
| ②個人情報の保護について              | <p>事業者は、お客さまから予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、お客さまの個人情報を用いません。また、お客さまの家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でお客さまの家族の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、お客さま及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>事業者は、お客さまが、医療サービス（介護予防訪問看護等）の利用を希望している場合、その他必要な場合には、お客さまの同意を得て主治の医師等より意見を求めます。</p> |

#### 5 お客さまの居宅への訪問頻度のめやす

お客さまの要支援認定有効期間中、少なくともサービス提供開始月、サービスの期間終了月及びサービス提供開始月の翌月から起算して三月に一回は、訪問させていただきます。また、訪問しない月であっても電話等によりお客さま自身に「介護予防サービス・支援計画」の実施状況について確認を行います。

#### 6 事故発生時の対応について

当事業所がお客さまに対して行う介護予防支援等の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所がお客さまに対して行った介護予防支援等の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 7 介護予防支援等の内容及び利用料について

| 介護予防支援等の内容              | 提供方法                        | 介護保険適用有無                                   | 一月あたりの料金   | 一月あたりの利用料(介護保険適用の場合は利用者負担)                       |
|-------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| ①「介護予防サービス・支援計画」の作成     | 「介護予防支援等の実施方法等について」を参照ください。 | 左記の①～⑦の内容は、介護予防支援等の一連業務として、介護保険の対象となるものです。 | 4,686円<br>(初回のみ)<br>7,896円。<br>ただし、委託連携加算を算定した場合は、<br>11,106円) | 介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。(全額介護保険により負担されます。) |
| ②介護予防サービス事業者等との連絡調整     |                             |  |  |  |
| ③サービス実施状況の把握、評価         |                             |  |  |  |
| ④利用者状況の把握               |                             |  |  |  |
| ⑤給付管理                   |                             |  |  |  |
| ⑥要支援(要介護)認定申請等に対する協力、援助 |                             |  |  |  |
| ⑦相談業務                   |                             |  |  |  |

## 8 その他の費用について

|         |  |
|---------|--|
| 交通費について | お客さまの居宅が、通常の実施地域以外の場合に、公共交通機関又は、タクシーを利用した場合は、お客さまから費用の実費(交通費)を徴収する場合があります。 |
|---------|--|

## 9 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法

|                     |   |
|---------------------|---|
| ①利用料、その他の費用の請求について  | <p>ア 利用料、その他の費用はお客さま負担のある支援業務提供ごとに計算し、利用のあった月の合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月 28 日までにお客さま宛てにお届けします。ただし、請求額のない月はお届けしません。</p>                        |
| ②利用料、その他の費用の支払いについて | <p>ア お客さま負担のある支援業務提供の都度お渡しする「お客さま控え」と内容を照合のうえ、請求月の翌月 15 日までにお支払いください。</p> <p>イ お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p> <p>※ 支払い方法につきましては、その都度御相談させていただきます。</p> |

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から二月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

## 10 事業所の職員体制

|             |                      |   |
|-------------|----------------------|---|
| 管 理 者 氏 名   |                      |   |
| 主任介護支援専門員   | 地域での包括的ケアマネジメント支援業務等 | 人 |
| 保 健 師 等     | 介護予防ケアマネジメント業務等      | 人 |
| 社 会 福 祉 士 等 | 高齢者の総合相談業務、権利擁護業務等   | 人 |
| 事 務 職 員     | 上記に係る事務              | 人 |

## 11 介護予防支援等に関する苦情・相談の窓口

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
| <p>苦情又は相談があった場合は、お客さまの状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、お客さまの立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、お客さまへは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡します。）</p> |                 |   |
| <b>【事業者の窓口】</b><br>地域包括支援センター  | ○第○地域包括支援センター   | 堺市○区○○○ ○—○<br>電話 FAX<br>受付時間 午前○時○分～午後○時○分   |
|  | 法人内窓口名称等        | 堺市○区○○○<br>電話 午<br>受付時間 午   |
| <b>【市町村の窓口】</b><br>堺市健康福祉局長寿社会部  | ○○区役所地域福祉課介護保険係 | 堺市○区○○○ ○—○<br>電話 FAX<br>受付時間 午前○時○分～午後○時○分   |
|  | 堺市役所介護保険課       | 堺市堺区南瓦町3-1<br>電話 072-228-7513 FAX 072-228-7853<br>受付時間 午前9時00分～午後5時30分                |
|  | 堺市役所長寿支援課       | 堺市堺区南瓦町3-1<br>電話 072-228-8347 FAX 072-228-8918<br>受付時間 午前9時00分～午後5時30分                |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府国民健康保険団体連合会   |                 | 大阪府中央区常盤町1-3-8<br>(中央大通 FN ビル内)<br>電話 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417<br>受付時間 午前9時～午後5時 |

## 12 重要事項説明を行った「年 月 日」

|                 |          |
|-----------------|----------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 年 月 日 |
|-----------------|----------|

この重要事項説明書の内容について、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」の規定に基づき、事業者である○第○地域包括支援センターに代わって、お客さまに説明を行いました。

|                     |       |   |
|---------------------|-------|---|
| 指定居宅<br>介護支援<br>事業者 | 事業所名  |   |
|                     | 説明者氏名 | 印 |

この重要事項説明書の内容の説明を事業者から確かに受けました。

|      |    |   |
|------|----|---|
| お客さま | 住所 |   |
|      | 氏名 | 印 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代筆者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|          |  |
|----------|--|
| お客さまとの関係 |  |
| 代筆の必要な理由 |  |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |