

介護予防ケアマネジメント重要事項説明書 【2024 年度改定版】

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 042-345-0691 (月～土曜日 8:30～17:00)

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 指定介護予防ケアマネジメント事業所の概要

(1) 指定介護予防ケアマネジメント事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	小平市地域包括支援センター中央センター
所在地	小平市小川町2-1333 小平市健康福祉事務センター1階
介護保険指定番号	1304300054
管理者	センター長 藤田哲子
サービス提供地域	小川東町住居表示未実施地区、小川町2丁目、学園東町1丁目

(2) 当事業所の職員体制

担 当	資 格	配置人数
管 理 者	介護予防支援担当を兼ねる	1人
介護予防ケア マネジメント 担当職員	保健師または看護師	1人以上
	社会福祉士	1人以上
	主任介護支援専門員	1人以上
	介護支援専門員	1人以上

※上記職員は、地域包括支援センター業務を兼ねる

(3) サービス提供時間

月曜日～土曜日	午前8時30分～午後5時00分
休業日	日曜日・祝日及び国民の休日・12月29日～1月3日

※ ただし、土曜日は各種申請受付や緊急な相談の対応に限る

※ 緊急時の連絡先及び電話番号 042-345-0691 (1の電話に同じ)

3 指定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と主な内容

※概要

介護予防ケアプランの作成についての利用申込み

介護予防ケアプランの流れ、サービス内容について説明をし、ご利用者及びそのご家族等の同意を得たうえで、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」に記入していただきます。

併せて、当事業者と介護予防支援事業・第1号介護予防支援事業利用契約を交わします。



介護予防ケアプランの作成及び交付

担当者は、ご利用者宅に訪問し、ご利用者及びそのご家族等に面接をして、日常生活のうえで解決しなければならない課題の把握及び分析を行い、ご利用者及びそのご家族等とともに目標を設定し、その目標達成に向けて介護予防ケアプランを作成します。



介護予防サービス事業所等との調整

介護予防サービス事業所等についてのサービス内容等の情報を提供します。

ご利用者及びそのご家族等の同意を得たうえで、選択した介護予防サービス事業所の担当者と、介護予防ケアプラン及び介護予防サービスの提供に関して必要な連絡調整を行います。

介護予防サービス事業所の調整を行う際、ご利用者及びそのご家族は複数の事業所の紹介を求めることが可能です。

また、当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能です。



介護予防サービス事業所によるサービス提供

介護予防サービス事業所による、ご利用者への個別のサービス計画が作成され、サービスが提供されます。



介護予防ケアプランの実施状況の把握

介護予防ケアプラン作成後も、ご利用者、そのご家族等及び介護予防サービス事業所等と適宜、訪問や電話などで連絡を取り、介護予防ケアプランの実施状況について把握を行います。



介護予防ケアプランにおいて設定した目標についての評価

一定期間ごとに、ご利用者及びそのご家族等の意向を確認し、利用者の生活の自立を支援する観点で、介護予防ケアプランにおいて設定した目標が達成されたかどうかを評価し、必要に応じて介護予防ケアプランの変更や、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を適切かつ効果的に提供します。

4 利用料金

(1) 利用料

要支援認定又は事業対象者認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので基本的に自己負担はありません。

※ 保険料の滞納等によりいったんお支払いいただく場合がありますが、諸手続きにより償還払いを受けられます。

(2) 解約料

ご利用者は文書で申し出ることにより、いつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話等でお申し込みください。介護予防ケアマネジメント事業所の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

①ご利用者の都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

②当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します。

ア ご利用者がグループホーム等に入所した場合

イ ご利用者の要支援認定区分が非該当（自立）または要介護と認定されるなど、介護予防ケアマネジメントの対象者でなくなった場合

ウ サービス提供地域外に転居した場合

エ ご利用者が死亡した場合

④その他

ご利用者やご家族等が事業所や当事業所の介護予防ケアマネジメント担当職員に対して、相互の信頼関係を損壊する行為（暴力又は乱暴な言動、セクシャルハラスメント、ストーカー行為など）をし、その改善が見込めない場合は、文書で通知することにより1か月の予告期間を置き、サービスを終了させていただく場合があります。

6 サービス内容に関する苦情

（1）当事業所の苦情担当及び苦情解決制度の窓口

当事業所のサービスに関するご相談、苦情及び介護予防ケアプランに基づいて提供している各サービスについてのご相談や苦情は、担当者または管理者までお気軽にご相談ください。

また、法令に基づく苦情解決制度の窓口は、次のとおりです。

- | | | |
|------------|-----|------------------------|
| ①苦情受付窓口担当者 | 氏 名 | 瀬沼 桃（小平市社会福祉協議会 福祉総務課） |
| | 電話 | 042-344-1217 |
| ②受付時間 | 月～金 | 9：00～17：00 |
| ③苦情解決責任者 | 氏 名 | 島田 義之 |
| ④第三者委員 | 氏 名 | 有馬哲雄、小川由美 |

（2）その他

当事業所以外に、以下の苦情受付機関連絡先に、苦情を相談することもできます。

①小平市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当

電話番号：042（346）9539 受付時間：月～金 8：30～17：00

②東京都国民健康保険団体連合会

電話番号：03（6238）0177 受付番号：月～金 9：00～17：00

7 その他事業所内での取組

（1）感染対策に関する取組

感染症の予防及びまん延の防止のための取組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。

（2）業務継続に向けた取組

感染症や災害が発生した場合にあっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続計画の策定、研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。

（3）高齢者虐待防止に関する取組

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めます。

※虐待防止管理責任者 藤田哲子（センター長）

8 事故発生時等の対応

利用者の緊急時の連絡先に事故発生状況を連絡するとともに管理者に報告します。また、事業所はサービス提供に伴い、事業所の責めに帰すべき事由により利用者等に賠償すべき損害を与えた場合には、速やかに賠償するものとします。

9 プライバシーの保護

業務上知り得た個人情報に関する事項は、厳密に守ります。

10 サービス計画の作成等の委託について

当事業者は介護予防ケアプランの作成事務、ご利用者宅へ訪問して行う経過観察及びこれらに付随する事務を居宅介護支援事業所に委託します。

以下、委託する場合のみ記入。

(1) 委託する居宅介護支援事業所の概要

名称

所在地

代表者名

電話番号

營業時間

(2) 担当介護支援専門員

氏名

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所

【事業者名】小平市地域包括支援センター中央センター

【所在地】小平市小川町2-1333 小平市健康福祉事務センター1階

【説明者名】印

事業所より上記の内容について口頭にて説明を受け、同意しました。

利用者

【住所】

【氏 名】印

代理人

【住所】

【氏 名】 _____ 印 _____

情報提供同意書

介護予防ケアマネジメントの作成上取得させていただいたご利用者、ご家族等の個人情報は、以下の利用目的の範囲で使用させていただきます。

- 1 ご利用になる介護予防サービス事業所に対して、基本情報・身体状況・留意点等を情報提供させていただきます。
- 2 ご利用になる介護予防サービス事業者へ介護予防ケアプラン、サービス提供票、サービス担当者会議録等を提出させていただきます。
- 3 より良いサービス提供を目的とした連携（サービス担当者会議、利用サービス事業所等からの照会）に使用させていただきます。その際は、紙面、電話及びテレビ電話等の通信機器等を用いて情報提供させていただく場合があります。
- 4 サービス計画について主治医に意見、助言等を求める場合に使用させていただきます。
- 5 ご家族等への身体状況等の説明に使用させていただきます。
- 6 東京都国民健康保険団体連合会への給付管理票・レセプトの提出に使用させていただきます。
- 7 東京都国民健康保険団体連合会または保険者からの照会の回答に使用させていただきます。
- 8 損害保険会社等への事故等の報告、相談、届出等に使用させていただきます。
- 9 保険者、関係機関等への情報提供（苦情・事故等の報告、相談等）として使用させていただきます。
- 10 事業所内部の情報共有会議や介護支援専門員等の内外の研修会で事例検討に使用させていただきます。（個人が特定されない十分な配慮の上使用させていただきます。）
- 11 その他、緊急時（生命または身体に重大な危険が生じている場合等）の対応で事業者が必要と判断した場合に必要な機関に対して使用させていただきます。

令和 年 月 日

本書面について説明いたしました。

【事業者】 所在地 小平市小川町2-1333 小平市健康福祉事務センター1階
名 称 小平市地域包括支援センター中央センター
説明者

本書面について説明を受け同意いたしました。

【利用者】 住所
氏名 印

【代理人】 住所
氏名 印

【家族代表】 住所
氏名 印