

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書

筑波地域包括支援センター

この「重要事項説明書」は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務について契約の締結をするに当たり、御利用者にあらかじめ説明しなければならない内容を示したものです。

1 この契約の趣旨について

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの事業は、利用者ができる限り居宅において、自立した日常生活を継続できるよう支援するものです。利用者の心身の状況や環境等に応じて、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を、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供するためのものです。

2 運営方針について

- (1) 地域包括支援センター（以下「センター」という。）の担当職員は、利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- (2) 事業の実施に当たっては、利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- (3) 事業の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に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若しくは地域密着型介護予防サービス事業者若しくは介護予防・生活支援サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
- (4) 事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- (5) 事業の運営にあたっては、関係市町村、他のセンター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組みを行う者等との連携に努めます。
- (6) 事業の運営に当たっては、利用者の権利擁護の視点に立ったサービス提供に努め、また、虐待防止の措置に必要な体制整備及び事業者等との連携を行います。

3 あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センターの概要

センター名称	筑波地域包括支援センター	介護保険指定 事業所番号	(つくば市指定) 0802000034
法人名	社会福祉法人 恵愛会		
代表者氏名	宮本 浩		
所在地	〒300-4231 茨城県つくば市北条1184-1 電話 029-828-5806 FAX 029-828-5807		
管理者	松原恵子		
提供実施地域	つくば市内		
営業日	月曜日から金曜日まで ※12月29日から1月3日 までを除く。	営業時間	午前8時30分 ～午後17時15分
職員体制	管理者、事務職、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員		

4 介護予防支援（介護予防サービス計画の作成等）又は介護予防ケアマネジメント（事業による介護予防ケアマネジメント等）を行う事業者とその事業所

（1）介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントをつくば市地域包括支援センターから受託する事業者

事業者の名称	
代表者名	
所在地	

（2）介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを提供する事業所

事業所の名称		介護保険指定 事業所番号	
管理者			
所在地			
計画作成 担当者			
営業日		営業時間	

5 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの内容及び利用料等

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント支援の内容	提供方法	介護保険等適用の有無	1か月当たりの利用料	
			介護予防支援	ケアマネジメント
①介護予防サービス計画の作成	別紙契約書に掲げる内容を参照してください。	①～⑦は、一連業務として介護保険又は総合事業の対象となるものです。	委託の場合 月額 4,729円	Aの場合 月額 4,729円
②介護予防サービス事業者との連絡調整				Bの場合 月額 4,354円
③サービス実施状況の把握、評価			居宅との契約の場合 月額 5,050円	
④利用者状況の把握				
⑤給付管理				
⑥要介護認定等の申請に対する協力援助				
⑦相談業務				
■月額利用料のほか、加算の算定取扱については以下のとおり ア 初回加算 3,210円（1回） ・新規に介護予防サービス計画を作成する場合 ・過去2月間（歴月）に、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を受けていない場合 イ 委託連携加算 3,210円（1回） ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所への委託が初回の場合 ・地域包括支援センターが、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施する場合は、加算されません ■要支援認定を受けられた方、又は第1号介護予防支援事業の対象となる方は、保険給付費または地域支援事業費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保険給付金が直接当事業所に支払われない場合には、月ごとに当該保険給付分の支払いを請求し、1か月ごとに月末に利用料をお支払いいただきます。 ■介護支援専門員が通常のサービス提供地域を越える地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払が必要となる場合があります。				

6 利用者の居宅への訪問頻度の目安

計画作成担当者が、利用者の状況把握のため利用者の居宅に訪問する頻度は、介護予防支援及びケアマネジメントAについては少なくとも6月に1回、ケアマネジメントBについては間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定します。

但し、上記以外にも、利用者の状況に著しい変化があったときや介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメント業務の遂行に必要と認められる場合には、利用者の居宅を訪問することができます。

7 計画作成担当者の変更

(1) 利用者からの変更申入れについて

利用者は、事業者に対し、1 か月以上の予告期間をもって届け出ることにより、いつでも計画作成担当者の変更を申入れることができます。

(2) 事業者による変更について

事業者は、利用者による暴言や暴力等の行為により、利用者と委託を受けた指定居宅介護支援事業者間の信頼関係を損壊させ、その関係の改善が見込まれず、計画作成担当者が当該介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを継続し難い状況となった場合は、利用者に対し、14 日以上 の 予告期間をもって計画作成担当者を変更することができます。

8 入院時における医療と介護の連携

利用者は、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、計画作成担当者の氏名及び連絡先を、当該病院又は診療所に伝えていただくことになります。

9 指定介護予防サービス事業者等の紹介等

利用者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を受けるに当たり、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることができます。また、当該事業所を介護予防ケアプランに位置付けた理由についても求めることができます。

10 要介護・要支援認定及び要介護・要支援認定更新申請中の利用等に関する留意事項

審査・判定の結果、非該当及び判定に至らない場合の介護保険サービス事業所及び

介護予防・生活支援サービス事業所の利用に掛かる費用並びに区分支給限度額を超えたサービス利用費については保険外となり、当該サービス事業所の定める方法により費用負担が生じることがあります。

11 秘密の保持と個人情報の保護

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び担当職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、使用することはありません。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。

(2) 個人情報の保護について

事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、介護予防支援業務または介護予防ケアマネジメント業務において、利用者の個人情報を用いません。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報を含む文書については、管理者が責任を持って管理し、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。

12 緊急時及び事故発生時の対応

(1) 利用者に病状の急変が生じた場合には、速やかに主治医に連絡をとり、その指示に従います。また、必要な場合には、利用者、家族が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(2) 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(3) 緊急時または事故発生時の状況について記録を作成します。

13 介護予防支援または介護予防ケアマネジメント業務に関する相談窓口・苦情対応について ※営業日は各窓口によって異なります。

筑波地域包括支援センター	所在地 つくば市北条1184-1 電話番号 029-828-5806 受付時間 8:30~17:15 (月~金曜日)
事業者の窓口	所在地 電話番号 受付時間
市町村の窓口 つくば市役所 (高齢福祉課)	所在地 つくば市研究学園一丁目1番地1 電話番号 029-883-1111 (代表) 受付時間 8:45~16:30 (月~金曜日)
公的団体の窓口 茨城県国民健康保険団体連合会	所在地 水戸市笠原町978番地26 (茨城県市町村会館内) 電話番号 029-301-1565 受付時間 9:00~16:30 (月~金曜日)

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、説明者より契約書及び本書面により重要事項の説明を受け、同意いたします。

説明年月日 年 月 日

適用日 年 月 日

説明者 _____

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者の家族もしくは代理人・立会人)

住所 _____

氏名 _____ 印