

## 重要事項説明書 (介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

利用者に対する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あたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1 法人（事業者）の概要

法人名	社会福祉法人 常陸太田市社会福祉協議会
代表者職氏名	会長 石川 八千代
所在地	常陸太田市稲木町33（総合福祉会館内）
電話番号	0294-73-1717

### 2 事業所の概要

事業所名	常陸太田市地域包括支援センター
指定事業所番号	0801200023
事業所開設年月日	平成21年4月1日
所在地・電話番号	<b>【本所】</b> 所在地 常陸太田市稲木町33（総合福祉会館内） 電話番号 0294-72-8881 <b>【サブセンター】</b> 所在地 常陸太田市町田町163-1（市役所水府支所内） 電話番号 0294-70-5678
管理者の氏名	川上 千奈美
営業日	月曜日～金曜日（国民の祝日及び12月29日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
通常の事業の実施地域	常陸太田市

### 3 職員体制

保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員、その他

### 4 事業の目的と運営方針

#### (1) 事業の目的

高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のための必要な援助、支援を包括的に行うことを目的とします。

#### (2) 運営方針

- ① 高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、利用者の立場になって、公正・中立かつ適切な支援を行います。

- ② 事業の実施にあたっては、心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、高齢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多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、その調整に努めます。
- ③ 事業の実施にあたっては、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが提供される「包括的かつ継続的なサービス体制」を確立するよう努めます。

## 5 提供するサービス内容

- (1) 介護の相談、介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）の作成を行います。
  - ① 介護相談を含め、利用者及び家族等からの話を伺います。
  - ② 利用者自身がサービスを選択することを基本に支援し、サービスの内容、利用料等の情報を適正に提供します。
  - ③ ケアプランの内容、利用料金、介護保険の適用などを説明し、同意を得ます。
  - ④ 利用者の同意を得て、主治の医師から意見を伺う場合があります。
  - ⑤ 介護支援専門員等に関して業務上不適切と認められる事由その他理由があり、介護支援専門員等の変更を希望する場合は、その旨を事業者に対して申し出ることができます。
- (2) 福祉サービス等の情報提供を公正・中立に行います。
- (3) 要支援認定の更新申請又は介護予防・生活支援サービス事業の利用申請及び区分変更申請の代行を行います。
- (4) 少なくとも3か月に1回は利用者の居宅を訪問し、面談のうえ、サービスの利用状況、目標に向けた進行状況、生活上の変化などを確認します。

また、利用者の状態が安定しているなど、一定の要件を満たしたうえで、利用者の同意及びサービス担当者会議において、主治医、担当者その他の関係者の合意を得た場合は、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことができます。その際は、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集します。なお、少なくとも6か月に1回は利用者の居宅を訪問します。
- (5) 関連事業者等との連絡調整を行います。
- (6) 給付管理票の作成及び提出（国民健康保険団体連合会）を行います。

## 6 業務の委託

利用者の同意を得たうえで、上記の業務の一部を居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

## 7 利用料及びその他の費用

### (1) 利用料金

要支援認定又は介護予防・生活支援サービス事業対象者認定の利用者は、介護保険制度から全額給付されるため自己負担はありません。（事業者は、法律の規定に基づいて、介護保険制度からサービス利用料金に相当する給付を直接受領〔法定代理受領〕することになっています。）ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない（法定代理受領ができない）場合は、一旦1か月あたりの要介護度に応じた利用料金をお支払いいただき、事業者から利用料金等を記載した介護予防支援提供証明書もしくは介護予防

ケアマネジメント提供証明書を利用者に交付いたします。この提供証明書を後日、常陸太田市の窓口へ提出することで、全額払い戻しが受けられます。

## (2) 加算料金

利用料金同様、自己負担はありません。

### ① 初回加算

新規\*にケアプランを作成した場合。

※ 新規とは、契約の有無にかかわらず、利用者について過去2か月以上、指定居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていないときに利用者に対してケアプランを作成した場合を指します。

### ② 委託連携加算

利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託するときに、利用者の必要な情報を提供し、ケアプランの作成等に協力した場合。

## (3) 交通費

前記、「2 事業所の概要」の「通常の事業の実施地域」にお住まいの方（常陸太田市内の住所特例施設に入居されている方を含む。）は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員等がお伺いするために自動車を使用した場合は、交通費（常陸太田市の境界から往復精算して1kmあたり30円）として実費が必要です。

## (4) その他

記録の謄写費用などをいただくことがあります。

## 8 解約料

利用者の都合によりケアプランの作成途中で解約した場合は、交通費等実費について精算していただく場合があります。

## 9 個人情報の保護

サービスを提供する際に、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議等において、利用者やご家族等に関する個人情報が必要となります。このため、個人情報の使用について、あらかじめ別紙の個人情報使用同意書に記名押印いただきます。

## 10 人権の擁護及び虐待防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- (1) 人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者を選定します。
- (2) 虐待防止等を図るための委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底します。
- (3) 職員に対する虐待防止の啓発及び普及のための研修を実施します。
- (4) 虐待防止のための指針を整備します。

## 11 感染症等予防及びまん延防止のための措置

感染症及び食中毒の予防並びにまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 感染症及び食中毒の予防並びにまん延防止を図るための委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底します。

- (2) 職員に対する感染症及び食中毒の予防並びにまん延防止のための研修及び訓練を定期的  
実施します。
- (3) 感染症及び食中毒の予防並びにまん延防止のための指針を整備します。

### 1 2 業務継続計画の策定

感染症又は非常災害の発生において、非常時の体制においても利用者に対するサービスの提供  
を継続的に実施するための業務継続計画を策定し、その業務継続計画に従い、必要な措置を講じ  
ます。

また、職員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的  
に実施します。

### 1 3 苦情申立の制度

- (1) 提供されたケアプラン及びサービスに関して、苦情や要望があれば申し出ることができま  
す。

区 分	氏 名	住所・電話番号等
窓口担当者	井上 佳信 (総務グループ長)	名 称 常陸太田市社会福祉協議会
		住 所 常陸太田市稲木町33
		電話番号 0294-73-1717
第三者委員	生天目 操	住 所 常陸太田市下利員町1052
		電話番号 0294-76-1358
	斎藤 広美	住 所 常陸太田市徳田町1500-1
		電話番号 0294-82-2697

- (2) サービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

受付機関	住所・電話番号
常陸太田市福祉事務所 高齢福祉課 介護保険係 (介護予防支援、介護予防ケアマネジメント)	住 所 常陸太田市金井町3690 電話番号 0294-72-3111 (内線154, 156)
茨城県国民健康保険団体連合会 (介護予防支援のみ)	住 所 水戸市笠原町978-26 電話番号 029-301-1565

- (3) 受付時間

いずれも、月曜日～金曜日（国民の祝日及び12月29日～1月3日を除く）  
午前8時30分～午後5時15分

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にかかる契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を行いました。

事業者 常陸太田市地域包括支援センター

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受け、同意しました。

**【利用者】**

住 所 常陸太田市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

**【署名代理人】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)