指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

あなたに対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、山口市川西地域包括支援センターが説明すべき重要事項は次のとおりです。

１　目的及び運営方針

介護保険法等の関係法令等に従い、中立公正な立場から、あなたが可能な限りその居宅において有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように、あなたの選択に基づき、利用するサービスの種類及び内容、これを担当するサービス事業者等を定めた「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表)」（以後、介護予防サービス・支援計画書）を作成するとともに、当該計画書に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう指定介護予防サービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

２　地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）の概要

(1) 事業者の名称等

事業者名	所　在　地　・　連　絡　先
山口市川西 地域包括支援 センター	（所在地）山口市小郡下郷６０９番地５（小郡保健福祉センター内） （電話）083-976-5711　　（FAX）083-976-5712 （電子メール）kawanisi-houkatu@yshakyo.or.jp

事業所番号	３	５	０	０	３	０	０	０	４	５

センター長の氏名	磯部　千恵子
管理者の氏名	藤本　淳也

(2) 事業者の職員体制

職種	人員	職種	人員
管理者 （兼主任介護支援専門員）	１人	社会福祉士等	２人以上
保健師等	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		

管理者は、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用申込みに係る調整、業務の実施状況を一元的に管理します。また、厚生労働省令で定められた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を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。

保健師等、介護支援専門員、社会福祉士等は、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たります。概ね１日当り５人の配置をします。（ただし、土曜日は概ね１人配置とします。）

(3) サービスの提供時間（営業時間）

営業日及び営業時間	平　日	午前８時３０分～午後６時００分

	土　曜	午前８時３０分～午後５時１５分
休業日	日曜日・祝日・年末年始（１２／２９～１／３）	

３　指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供方法及び内容

	内　　容	提供方法
①	指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの申込み・契約の締結	重要事項説明書をお渡しし、内容をご確認いただきます。所定の書類を市へ届出し、契約を締結します。
②	アセスメント（状態の把握・分析）の実施	あなたのお宅を訪問し、あなたやご家族に面接し情報を収集してあなたの持っている強みやあなたの望む暮らしなどを把握します。また、解決すべき課題を分析します。
③	介護予防サービス・支援計画書原案の作成	あなたがありたい姿や暮らしを目標と設定し、それらを実現する手段として、アセスメント結果等を基にあらゆる社会資源を含めたサービスの内容をあなたやご家族等に説明します。 地域内のサービス提供事業者の内容や料金等の情報をお伝えし、利用するサービスを選んでいただき、介護予防サービス・支援計画書原案を作成します。 あなたは介護支援専門員に対して、複数の介護予防サービス提供事業所等の紹介を求めることができます。 また、あなたが医療系サービス等を希望される場合は、あらかじめあなたの同意を得たうえで、主治医等に意見を求め、当該意見を踏まえて、介護予防サービス支援計画書原案を作成します。 なお、あなたは介護予防サービス・支援計画書原案に位置づけた介護予防サービス提供事業者等の選定理由の説明を求めることができます。
④	サービス担当者会議の開催	あなたの希望や、身体状況等を考慮し、介護予防サービス・支援計画原案の内容について、あなたや介護予防サービス提供事業者等と検討します。（サービス種類、内容、利用料金等）利用するサービスの種類によっては省略することがあります。
⑤	介護予防サービス・支援計画書原案の説明及び同意、介護予防サービス・支援計画書の交付	介護予防サービス・支援計画書原案の内容をあなたやご家族等に説明し、ご確認いただき内容を了承していただいた上で、介護予防サービス・支援計画書を交付します。 医療系サービス等の利用のために主治医等に意見を求めた場合は、当該意見を求めた主治医等に対して介護予防サービス・支援計画書を交付します。
⑥	モニタリング（状況の把握）	介護予防サービス・支援計画書の実施状況把握に努め、３箇月に１回及びサービスの評価期間が終了する月並びに著しい変化があった時には、あなたのお宅を訪問、面接しあなたの状態を把握します。あなたの生活状況や服薬状況等に変化があり、関係機関から情報提供があった場合には、必要に応じて、主治医等に情報を伝達します。 サービスの種類によってはサービス開始月のみの実施や必要に応じて期間を設定することがあります。

⑦	評価	介護予防サービス・支援計画書の達成状況について評価を行います。
⑧	給付管理業務	介護予防サービスの利用実績を確認します。
⑨	日常の利用者及び サービス提供事業者との 連絡調整	適切に介護予防サービス等が提供されるよう、あなたや、サービス提供事業者と連絡調整等を行います。 介護予防サービス・支援計画書の変更の必要が生じた場合等、その状況に応じて調整します。 あなたの体調や容態の急変、その他の理由により介護予防サービスを利用できなくなった場合は、できるだけ早めに担当の職員へご連絡ください。
⑩	その他	あなたの意思を踏まえ、介護認定に係る申請又は介護保険施設への紹介、その他便宜の提供を行います。 また、あなたが病院や診療所に入院する必要が生じた場合には、担当の職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えて頂きますようご協力をお願いします。

４　業務の委託

介護保険法第１１５条の２３第３項及び介護保険法第１１５条の４７第５項の規定に基づき、業務の一部（３　指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供方法及び内容　②～⑩）を「指定居宅介護支援事業者」に委託する場合があります。

委託の場合、指定居宅介護支援事業者名等については別途お知らせします。この場合のサービスに関するお問い合わせ・不明な点等については、委託先の指定居宅介護支援事業者が窓口となります。

※介護保険法第１１５条の２３第３項（指定介護予防支援の事業の委託）
指定介護予防支援事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、指定介護予防支援の一部を、厚生労働省令で定める者に委託することができる。
※介護保険法第１１５条の４７第５項（介護予防ケアマネジメントの事業の委託）
第１号介護予防支援事業の実施の委託を受けた者は、厚生労働省令で定めるところにより、当該委託を受けた事業の一部を、厚生労働省令で定める者に委託することができる。

５　費用

利用料は、現金にて、請求日から３０日以内に所定の納付書にてお支払い願います。

利用料

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として介護保険給付費または地域支援事業費から全額給付されるため、自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等がある場合は次の利用料をお支払いただく場合があります。

指定介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費（1）	金４，４２０円/月
初回加算	金３，０００円/月 新規に指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供をおこなった場合のみ加算されます。

６　契約の終了及び自動更新

契約の有効期間は、要支援認定の有効期間の満了日までです。

ただし、有効期間中、契約を終了する旨の申出がない場合には、継続して次の要支援認定の有効期間まで契約を延長することとし、以後も同様とします。

事業対象者の場合は、事業対象者として認定された日から有効期限の満了日までとします。ただし、有効期間中、契約を終了する旨の申出がない場合には、継続して次の事業対象者として認定された日から起算して有効期限まで契約を延長することとし、以後も同様とします。

７　契約期間中の解約

契約期間中であっても、解約を希望される場合は、解約を希望する日の１０日前までにお申し出いただければ解約できます。

著しい不信行為等により契約を継続することが困難となった場合等には、その理由を記載した文書を交付したうえで解約する場合があります。

８　事故発生時等の対応

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して、事故が発生し、又は発生するおそれのある場合には、速やかに医師や家族、山口市等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施にあたって、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。ただし、その損害のうち、利用者又は家族の原因により発生したものについては、この限りではありません。

９　通常の実施地域

通常の実施地域は山口市内川西地域（小郡）とします。ただし、利用者の転居等により一時的に通常の実施地域を超えてサービスを提供することがあります。

10　秘密保持

業務上知り得た利用者及び家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

11　業務継続計画の策定

センターは感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、センターは職員に対して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年に１回以上実施するものとします。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

（１） 自然災害については年１回以上実施します。
（２） 新たな感染症については感染症の予防及びまん延防止のための指針における研修及び訓練と一体的に実施します。

12　感染症の予防及びまん延防止のための措置

センターは感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

（１） センターにおける感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
（２） センターにおける感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね６か月に１回以上開催します。
（３） 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を年１回以上実施します。

13　虐待の防止のための措置に関する事項

センターは、虐待の発生またはその再発を防止するため、以下の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

（１）センターにおける虐待防止のための指針を整備します。
（２）センターにおける虐待防止のための対策を検討する委員会を年１回以上開催し、その結果の周知徹底を図ります。
（３）職員に対し、虐待防止のための研修を年１回以上実施します。
（４）虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

センターは虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の確実な防止策を講じるとともに、山口市基幹型地域包括支援センターへ報告します。

14　ハラスメント対策

センターは、職場における性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動による職員の就業環境が害されることを防止するための必要な措置を講じます。

（１）職場におけるハラスメント防止対策の周知・啓発を行います。
（２）職場における相談窓口を設けます。
（３）職員に対する利用者又はその家族等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント等）を防止するための必要な措置を講じます。

15　苦情相談窓口

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する苦情相談窓口は､次のとおりです。なお、委託先の指定居宅介護支援事業者がある場合は、そちらの相談窓口へ申し出てください。

相談窓口	連絡先
山口市川西地域包括支援センター	〒754-1277　山口市小郡下郷６０９番地５ 【電話番号】０８３－９７６－５７１１

苦情受付担当者は管理者です。苦情解決責任者は法人本所事務局長が対応します。利用者からの苦情は受付担当者が、面接・電話・書面等により随時受け付けます。解決責任者は、報告を受けた苦情に、誠意を持って対応し、解決に努めます。

また、公正な立場で苦情解決に関わる、第三者委員に苦情を申し出ることもできます。管

理者まで、第三者委員についてお問い合わせください。

次の機関においても、苦情申出等ができます。

相談窓口	連絡先
山口県国民健康保険団体連合会	〒753-8520　山口市朝田１９８０番地７ 介護保険課　苦情相談班 【電話番号】０８３-９９５－１０１０
山口市健康福祉部高齢福祉課	〒753-8650　山口市亀山町２番１号 （山口市役所内） 【電話番号】０８３-９３４－２７５８
山口市健康福祉部介護保険課	〒753-8650　山口市亀山町２番１号 （山口市役所内） 【電話番号】０８３-９３４－２７９５

《説明確認欄》

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約の締結、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供の開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

この証として本書を２通作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ各自１通を保有するものとします。

ただし、利用者の利便性の向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ､ケアプランや重要事項説明書における利用者等への説明･同意について、利用者等の署名・押印を求めないことが可能とします。

令和　　年　　月　　日

【事業者】所在地　　山口市小郡下郷６０９番地５

事業所名　　山口市川西地域包括支援センター

施設長　　徳　永　　雅　典　　印

【説明者】職員氏名

事業者より上記の内容について説明を受け、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの開始に同意しました。

【利用者】住　所

氏　名　　印

【署名代行者】住　所

氏　名　　印