

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

(令和6年4月1日現在)

1. 事業の目的及び運営の方針

介護予防の目的

高齢者が心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで、自立した日常生活を営むことができるよう支援し、生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援することで、生活の質（QOL）の向上をめざすものです。

運営方針

- （1）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、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療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配慮します。
- （2）事業の実施に当たっては、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提供される指定介護予防サービス等が、特定の種類、または特定の事業者に偏ることのないよう、公正かつ中立に実施します。
- （3）事業の実施に当たっては、関係市町村、他の地域包括支援センター、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、住民等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り組み等との連携に努めます。

2. 事業者が提供するサービスについての相談窓口

浦安市中央地域包括支援センター（ともづな 中央） 担当者 _____

電 話 047-381-9037

問い合わせ時間 午前8時30分～午後5時00分

（但し土日祝日、年末年始12月29日～1月3日を除く）

3. 浦安市中央地域包括支援センターの概要

① 指定介護予防支援事業者番号及びサービス実施地域

事業者名	浦安市中央地域包括支援センター
所在地	千葉県浦安市猫実一丁目1番1号
電話番号	047-381-9037
指定介護予防支援 事業者番号	指定介護予防支援事業 千葉県 1203200017 号
サービスを実施する地域	猫実1・2丁目、堀江、富士見、鉄鋼通り、港、千鳥

② 事業所の職員体制

資 格	職 員 数	業 務 内 容
管理者	1 名	
主任介護支援専門員 保健師・社会福祉士 介護支援専門員	5 名以上	・ 介護予防支援 ・ 介護予防ケアマネジメント

③ 営業時間

午前8時30分～午後5時00分 （但し土日祝日、年末年始12月29日～1月3日を除く）

4. 指定介護予防支援及び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

- ① 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用の申し込み（重要事項の説明）
- ② 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
- ③ 課題分析（利用者基本情報・基本チェックリストの確認）
- ④ 介護予防サービス計画・支援計画原案作成（サービス内容の検討や支給限度額、利用者の負担額等の計算を行います）
- ⑤ サービス担当者会議の開催
- ⑥ 介護予防サービス計画・支援計画原案の説明と同意および交付
- ⑦ 指定介護予防サービス事業者等との連絡調整
- ⑧ 指定介護予防サービス事業者等からのサービス提供開始

＊なお、上記③課題分析から上記⑧介護予防サービス計画・支援計画の利用者への交付に掲げる一連の業務については、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的におこなうことを前提とする場合、業務の順序が前後する場合があります。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて介護予防サービス計画・支援計画を見直すなど、適切な対応をします。

5. 委託先の指定居宅介護支援事業者の選定について

介護予防サービス計画・支援計画の作成については、介護予防サービス計画・支援計画の原案作成を、浦安市介護保険運営協議会の承認を経た指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。委託先事業者については利用者との協議の上決定いたします。

6. 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概要等

- ① 利用者の介護予防に関しての課題解決や介護予防サービスの利用について十分に明らかにしていくために、介護予防サービス計画・支援計画作成を支援します。
- ② 「認定調査票」及び「主治医意見書」の参照について、介護保険の申請時に同意していただいている場合は、介護予防サービス計画・支援計画を作成する上で十分に活用させていただきます。なお、利用者の個人情報については「守秘義務」を遵守していきます。（要支援認定者のみ）
- ③ 事業者は、介護予防サービス計画・支援計画作成後も、利用者またはその家族、さらに指定介護予防サービス事業者等と継続的に連絡を取り、介護予防サービス計画・支援計画の実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービス提供がされるよう指定介護予防サービス事業者等との調整を行います。また、介護予防サービス計画・支援計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します。

7. 利用料金

(1) 利用料

- ① 要介護認定を受けられた方や介護予防ケアマネジメントの対象になった方は、介護保険制度により全額保険給付されますので、自己負担はありません。
- ② 利用者が介護保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、(2) 解約料イ.ロ.ハ.の料金をいただきます。
- ③ 料金をいただいた場合は、当事業者から「サービス提供証明書」を発行いたします。
- ④ サービス提供証明書を後日、保険者の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

(2) 解約料

利用者の都合により解約した場合は、下記の料金をいただきます。

契約後、介護予防サービス計画・支援計画に同意をしたのちに、サービスの利用なくこの契約を解約した場合	イ. 介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント費	4, 8 8 4 円
	ロ. 初回の場合	イに 3, 3 1 5 円加算
	ハ. 委託した場合 (ハは、前項 5 において、委託先事業者が決定している場合)	イに 3, 3 1 5 円加算
千葉県国民健康保険団体連合会への 給付管理票の提出後に解約した場合	料金は一切かかりません。	

(3) 交通費

浦安市全域にお住まいの方は無料です。

(4) その他

サービス実施記録の複写物にかかわる実費については、1 枚 1 0 円かかります。

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. 事業者による契約解除について

事業者は、利用者やその家族による暴言や暴力等の行為により、利用者と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、利用契約の解約等の措置を講じます。

11. 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者の設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修等の措置を講じます。

12. 感染症対策について

事業者において感染症が発生し、またはまん延しないように、指針を整備し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. 業務継続に向けた取組について

感染症や非常災害の発生時において、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を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。従業者に対し、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実施します。

1 4. 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する要望・苦情

当事業者の指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する要望・苦情は下記にて承ります。

・浦安市中央地域包括支援センター

○苦情受付窓口（担当者） 森林 友佳子 電話 047-381-9037

○苦情解決責任者 介護保険課長 山崎 由美子

1 5. 行政機関その他苦情受付機関

浦安市介護保険課 所在地 〒279-8501 浦安市猫実一丁目1番1号

電話 047-351-1111（代表）

FAX 047-390-7918

受付時間 午前8時30分～午後5時00分

（但し土日祝日、年末年始12月29日～1月3日を除く）

国民健康保険団体連合会 所在地 〒263-0016 千葉市稲毛区天台六丁目4番3号

電話 043-254-7404（直通）

FAX 043-254-9861

受付時間 午前9時00分～午後5時00分

（但し土日祝日、年末年始12月29日～1月3日を除く）

1 6. 当事業者の概要

名称・法人種別 浦安市中央地域包括支援センター

代表者役職 浦安市長 内田悦嗣

所在地・電話番号 浦安市猫実一丁目1番1号

電話番号 047-381-9037

説明者 氏名 _____ 印

本書面により、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者氏名 _____ 印

代理者氏名 _____ 印

利用者家族氏名 _____ 印 続柄 _____