

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

1. 事業者の概要

事業者の名称	つるぎ町
事業者の所在地	徳島県美馬郡つるぎ町貞光字東浦1番地3
代表者名	つるぎ町長 兼西 茂
電話番号	0883-62-3111

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所の名称	つるぎ町地域包括支援センター
事業所の所在地	徳島県美馬郡つるぎ町貞光字東浦1番地3
電話番号	0883-62-3113
指定事業所番号	3601800018

(2) 事業の職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分		常勤換算後の人数(人)	職務内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	1	1		1	総括
社会福祉士 主任介護支援専門員 精神保健福祉士	1	1		1	介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント業務
保健師	1	1		1	介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント業務
主任介護支援専門員 (介護福祉士)	1	1		1	介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント業務
社会福祉士	1	1		1	介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント業務

(3) 事業の目的・運営方針

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て行います。

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て行います。

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、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等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。

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。

事業の運営に当たっては、つるぎ町、他の地域包括支援センター、老人介護支援センター、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を行う者等との連携に努めます。

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	つるぎ町全域
---------	--------

(5) 営業日

営業日	毎週月曜日～金曜日
営業時間	8時30分～17時15分
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日、12月29日～1月3日

3. 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

(1) 介護予防サービス・支援計画等の作成

- ① 介護予防サービス・支援計画（以下「計画」という。）の原案作成に際しては、次の点に配慮します。
 - ア 利用者の居宅への訪問し、利用者及びその家族に面接することにより利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
 - イ 利用するサービスの選択にあたって、内容が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。利用者は、担当職員に対し複数の介護予防サービス事業者等の紹介及び当該介護予防サービス事業者等を計画に位置づけた理由の説明を求めることができます。
 - ウ 計画の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス担当者会議等により、サービス等の担当者から専門的な見地からの情報を求めます。
- ② 利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、意見を踏まえて作成した計画を意見を求めた主治の医師等に交付し、円滑な連携を図ります。
- ③ 計画の原案について、利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を確認します。

(2) 介護予防サービス事業者等との連絡調整

(3) サービス実施状況・利用者状況の把握、評価

- ① 計画の作成後において、その実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他便宜の提供を行います。また、利用者の服薬状況、口腔機能その他利用者の心身または生活の状況に係る情報を得た場合は、必要に応じて、主治の医師もしくは歯科医師または薬剤師にその情報の提供を行います。
- ② 上記の把握にあたっては、利用者及びその家族、介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、サービスの期間終了月や利用者の状況に著しい変化があったときのほか、少なくとも三月に一回利用者の居宅を訪問、面接し、一月に一回モニタリングの結果を記録します。また、利用者の同意のもと、テレビ電話装置等を活用して訪問、面接に代えさせていただく場合には、少なくとも六月に一回利用者の居宅を訪問します。
- ③ 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。
- ④ 居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断した場合または利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には、利用者介護保険施設に関する情報その他便宜の提供をします。
- ⑤ 利用者が病院または診療所に入院する場合、利用者の居宅での日常生活上の能力や利用していた介護予防サービス等の情報を入院先医療機関と共有し、退院支援及び退院後の円滑な在宅生活への移行を支援するため、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院または診療所に伝えるよう利用者またはその家族に対し協力を求めます。

(4) 給付管理業務

計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

(5) 要介護要支援認定等の申請に対する協力、援助

利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請、状態の変化に伴う区分変更の申請及び基本チェックリストが円滑に行われるよう必要な協力を行います。

(6) 相談業務

利用者またはその家族からの介護保険や介護に関する相談に応じます。

(7) 介護予防サービス・支援計画等の情報提供

利用者が要介護認定を受けた場合や、その他利用者の申出があった場合、利用者の給付管理作成等が円滑に引き継げるよう居宅介護支援事業者等に計画等の情報の提供に誠意をもって応じます。

4. 費用

(1) 利用料

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用料については、要支援認定者及び事業対象者の方は、介護保険から全額給付されますので自己負担はありませんが、保険料の滞納等により、一旦下記の料金をお支払いいただく場合があります。

また、計画に基づいて提供される各サービスについては、それぞれ利用料が決められておりますので、当該事業者等へお支払いください。

区 分	利用料
介護予防サービス・支援計画作成基本料	4, 420円/月
初回加算	3, 000円/月
委託連携加算	3, 000円/月
高齢者虐待防止措置未実施減算 (令和6年4月1日から)	所定単位数の1/100減算
業務継続計画未策定減算 (令和7年4月1日から)	所定単位数の1/100減算

(2) 交通費

通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお訪ねする際は交通費の実費をいただくことがあります。

5. 虐待の防止について

利用者の権利擁護・虐待等の防止のために必要な措置を講じるとともに、虐待または虐待が疑われる場合には、速やかに責任者に報告し、これをつるぎ町に通報します。

虐待防止に関する責任者	つるぎ町地域包括支援センター 課長 坂口 保
-------------	------------------------

6. 事故発生時の対応について

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により事故が発生した場合は、利用者の家族、つるぎ町に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 苦情等相談窓口

地域包括支援センター 利用者相談窓口	ご利用場所	つるぎ町地域包括支援センター
	担 当 者	課長 坂口 保
	ご利用時間	8時30分～17時15分(詳しくは2-(5)参照)
	電 話 番 号	0883-62-3113
上 記 以 外 の 窓 口	つるぎ町役場 長寿介護課	0883-62-3113
	徳島県運営適正化委員会	088-611-9988
	徳島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	088-666-0117

8. 感染症のまん延や非常災害の発生時の対応について

感染症や非常災害の発生時において、当事業所における利用者に対する支援の提供を継続的に実施及び早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に沿って必要な措置を講じます。平時からの備えとして、緊急連絡先や避難場所の情報の共有にご協力ください。

9. 身体拘束について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがあるなど、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるような緊急やむを得ない場合には、利用者またはその家族に対して十分に説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時及び態様、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等についての記録を行います。

10. 利用者へのお願い

介護予防サービス・支援計画書・サービス利用票等は、利用者の介護に関する重要な書類ですので、重要事項説明書、契約書等と一緒に大切に保管してください。

病院または診療所に入院する場合は、担当職員に連絡いただくとともに、担当職員の氏名及び連絡先を入院先にお伝えください。

信頼関係のもと安心安全な環境で質の高い支援を提供できるよう以下の点についてご協力ください。

- ① 金銭・貴重品等の管理をお願いします。
- ② ペット等の管理をお願いします。場合によっては治療費等のご相談をさせていただくことがあります。
- ③ 職員等が写り込んだ画像・映像をSNS等で使用する場合は、プライバシー保護のため事前に職員等の同意を得るようお願いいたします。
- ④ サービスの利用をキャンセルする場合は、前日までにご連絡ください。
- ⑤ 職員に対しての暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為や、ハラスメント行為等により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断される場合には、サービス中止や契約を解除することもあります。

私は、本書面に基づいて、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ました。

令和 年 月 日

(説明者) 事業所名 :

氏 名 :

(利用者) 住 所 : 徳島県美馬郡つるぎ町

氏 名 : 印

(署名代行者) 住 所 :

氏 名 : 印

続 柄 :