

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る重要事項説明書

1. 設置者

名称	社会福祉法人あんず	代表者名	理事長 海老原 聡
所在地	栃木県下野市仁良川 1651 番地 1	電話番号	0285-48-1177
設立年月日	2017 年 4 月 1 日		

2. 事業者

(1) 事業所について

名称	下野市地域包括支援センターみなみかわち	介護保険指定番号	0901600031
所在地	栃木県下野市仁良川 1651 番地 1	電話番号	0285-48-1177
営業日	月曜日～金曜日 ※祝日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く	営業時間	8 時 30 分～17 時 15 分
担当地区	磯部、上川島、上坪山、上吉田、絹板、祇園、三王山、下坪山、下文狭、下吉田、田中、中川島、成田仁良川、花田、東根、別当河原、町田、緑、本吉田、薬師寺、谷地賀		

(2) 職員体制

下野市地域包括支援センターみなみかわち（以下「センター」という。）では、以下の職種の職員を配置しています。

職種	常勤	非常勤	職務の内容
1.プランナー	1	3	指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 包括的継続的ケアマネジメント 介護予防支援業務 高齢者の実態把握・総合相談支援業務及び権利擁護業務
2.主任介護支援専門員	1		
3.保健師又は看護師	2		
4.社会福祉士	2		

3. 指定介護予防支援等として提供するサービスの内容

(1) 介護予防サービス・支援計画書の作成（契約書第3条参照）

契約者の家庭を訪問して、契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、指定介護予防サービス、介護予防・日常生活支援総合事業サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定介護予防サービス等」という）が、総合的、効果的かつ公正中立に提供されるよう配慮して、介護予防サービス・支援計画書（以下「計画書」という）を作成します。

(2) 計画書作成の流れ

- ・計画書の作成の開始にあたって、当該地域における指定介護予防サービス等の事業者やサービス内容、利用料等の情報を契約者またはその家族等に対して適正に提供し、契約者またはその家族にサービスの選択を求めます。
- ・計画書作成者（以下作成者という）は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者の提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供するうえでの留意点等を盛り込んだ計画書の原案を作成します。
- ・契約者及びその家族の置かれた状況等について情報共有するとともに、担当者の専門的な見地からの意見を求める会議を開催します（サービス担当者会議）。
- ・作成者は、作成した計画書の原案に盛り込んだ指定介護予防サービス等について、その種類、内容、利用料について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を得たうえで計画を決定するものとします。

(3) 計画書作成後の便宜の供与（契約書第4条参照）

- ・契約者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、計画書の実施状況を把握、必要に応じて新しい計画を作成または、サービス終了となります。

- ・計画書の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定介護予防サービス等のサービス提供事業者との連絡調整を行います。
- ・要支援認定の更新申請等に必要な援助を行います。

（４）入院時における医療と介護の連携

契約者は、病院または診療所に入院する必要がある場合には、作成者の氏名及び連絡先を当該病院または診療所に伝えていただくことになります。

センターは、契約者の同意を得て主治医に対して意見を求めることもあります。その場合には、作成した計画書を主治医に対して交付する場合があります。

（５）指定介護予防サービス等の事業者等の紹介等

契約者は、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（以下「指定介護予防支援等」という）の提供を受けるにあたり、複数の指定介護予防サービス事業者等のサービス提供事業者の紹介を求めることができます。また、当該事業者を計画書に位置付けた理由についても求めることができます。

（６）計画書の変更（契約書第５条参照）

契約者が計画書の変更を希望した場合、またはセンターが計画書の変更が必要と判断した場合は、センターと契約者双方の合意に基づき、計画書を変更します。

（７）介護保険サービス以外の便宜の供与（契約書第６条参照）

センターは、契約者の心身の状態の変化により指定介護予防サービス等を受けることが適当でない場合は、要介護申請手続きや介護保険サービス以外の便宜の供与を図ります。

（８）指定介護予防支援等の一部の委託（契約書第８条参照）

指定介護予防支援等を指定居宅介護支援事業者の一部委託して実施することができます。

（９）給付管理（契約書第９条参照）

指定介護予防サービス等の利用実績を確認の上、毎月給付管理票を作成し、栃木県国民健康保険団体連合会に提出します。

４．利用料金（契約書３～５条、第８条、第１０条参照）

要支援もしくは事業対象者認定を受けられた方で、介護保険から給付を受領する場合は、保険給付費等から全額給付されるため自己負担はありません（法定代理受領）。ただし、契約者の介護保険料の滞納等により、センターから利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記の料金の全額をお支払いいただくことになりますのでご注意ください。

指定介護予防支援	月額 4,512 円	新規（初回のみ） 7,575 円	指定介護予防支援を行った場合に算定
介護予防ケアマネジメント	月額 4,512 円	新規（初回のみ） 7,575 円	介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定
介護予防ケアマネジメント（簡略）	月額 1,531 円	新規（初回のみ） 4,594 円	簡略化された介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定
介護予防ケアマネジメント（初回）		初回のみ 3,063 円	初回のみ介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定
委託費連携加算		初回のみ 3,063 円	指定居宅介護支援事業者の一部委託した際の加算

※介護報酬改定に伴い、利用料金が変わる場合があります。

(1) センターからの計画書作成者の交代

作成者を交代する場合は、契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

契約者が作成者の交代を希望する場合には、当該作成者が業務上不適当と認められる事情、その他交代を希望する理由を明らかにして、センターに対して作成者の交代を申し出ることができます。ただし、契約者から特定の作成者の指名はできません。

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ・虐待の防止のための指針を整備します。
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的 to 実施します。
- ・前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者をおきます。

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者は、契約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。

・苦情受付窓口 下野市地域包括支援センターみなみかわち 管理者 阿久津 直樹

下野市健康福祉部 高齢福祉課・介護保険グループ	所在地 受付時間	下野市笹原 26 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分	電話番号 0285-32-8904
栃木県 国民健康保険団体連合会	所在地 受付時間	宇都宮市本町 3-9 午前 8 時 30 分～午後 5 時	電話番号 0285-643-5400
栃木県保健福祉部 高齢対策課・介護保険班	所在地 受付時間	宇都宮市塙田 1-1-20 午前 8 時 30 分～午後 5 時	電話番号 028-623-3148
栃木県県南健康福祉センター 総務企画課	所在地 受付時間	小山市犬塚 3-1-1 午前 8 時 30 分～午後 5 時	電話番号 0285-22-0302

- ・感染症や非常災害の発生において、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務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はかるための計画（以下、「業務継続計画」という）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。
- ・業務継続計画について、職員に周知するとともに、必要な研修や訓練を定期的に行います。
- ・業務継続計画は定期的に見直しを行い、必要に応じて変更します。

10. 衛生管理等

感染症がまん延しないように、下記のような措置を講じます。

- (1) 感染症予防及びまん延防止のための対策検討する委員会を開催します。
- (2) 感染症予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、感染症予防及びまん延防止のための研修や訓練を定期的に行います。

11. ハラスメントの防止

- (1) 職員に対しての暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などのハラスメント・迷惑行為を禁止します。
- (2) 職員の写真や動画撮影、録音等無断で行うこと、SNS等に掲載することを禁止します。
 - ・上記は職員、利用者及びその家族が対象となります。

12. 実習生の受け入れ

医療、福祉と担う人材育成を目的とした養成機関や教育機関からの実習生を受け入れています。

指定介護予防支援等の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 氏 名 _____

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受け、指定介護予防支援等の提供開始に同意しました。

年 月 日

契約者 住 所 栃木県下野市

氏 名 _____ ⑩