

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

＜ 令和 年 月 日現在＞

1. 当所が提供するサービスについての相談窓口

東京都北区滝野川西地域包括支援センター

(東京都北区滝野川西区民センター1階)

電話 03-6903-4015

(午前9時～午後6時)

担当計画作成者 氏名： _____

2. 北区地域包括支援センターの概要

(1) 滝野川西地域包括支援センター所在地及びサービス提供地域

事業所名	東京都北区滝野川西地域包括支援センター 1301700090
所在地	東京都北区滝野川6-21-25 滝野川西区民センター1階
サービスを提供する地域	北区滝野川3丁目～7丁目

(2) 職員体制

管理者	1名(常勤)
看護師	2名(常勤)
主任介護支援専門員	1名(常勤)
介護支援専門員	1名(常勤)
社会福祉士	2名(常勤)
事務員	1名(常勤)

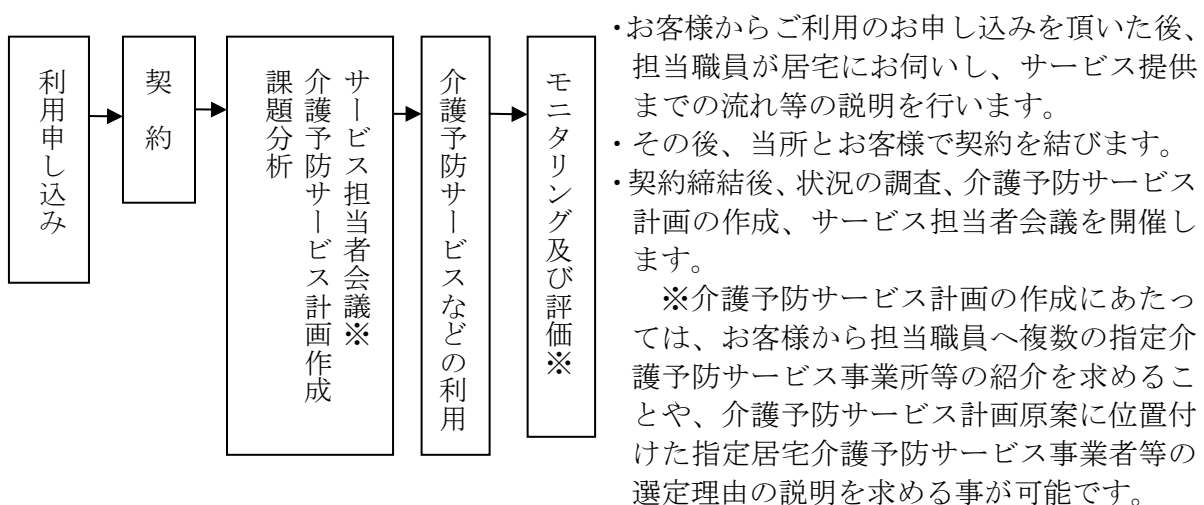
(3) 営業時間

月曜～土曜	午前9時～午後6時
12月29日～1月3日までは休業	

3. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(以下「介護予防支援等」といいます。)を適切に実施することにより、お客様が可能な限りその居宅において、自らの意思に基づき、その有する能力に応じ自立した質の高い生活を送ることができるように、生活機能の低下や重度化をできるだけ防ぎ、自分らしい生活を実現できるよう支援します。

4. 介護予防支援等の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



・介護予防サービス計画に基づき介護予防サービス等をご利用いただきます。

・一定期間後にサービス内容についてモニタリング及び評価をします。

※お客様が病院又は診療所に入院する場合は、お客様の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援する為、お客様の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定介護予防サービス等の情報を入院先医療機関と共有させていただきます。

お客様またはご家族は、担当職員の氏名及び連絡先(事業所名、電話番号)を当該病院

又は診療所にお伝えくださるようご協力をお願いいたします。

※医療系サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護）を介護予防サービス計画に位置付ける場合は、主治の医師等の指示が必要となります。担当職員はあらかじめ、お客様の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。意見を求めた医師等にも介護予防サービス計画を交付いたします。

5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部委託

(1) 指定居宅介護支援事業者への委託

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務(以下「介護予防支援業務等」といいます。)の一部をお客様の同意の下、指定居宅介護支援事業者へ委託する場合があります。原則、委託可能な居宅介護支援事業所は北区地域包括支援センター運営協議会にて議を経た事業所です。

(2) 委託内容

介護予防支援業務等の一部委託の範囲は、以下のとおりです。

- ① お客様の居宅を訪問し、お客様及び家族に面接して情報を収集し解決すべき課題を把握します。
- ② 当該地域における指定介護予防サービス事業所等に関するサービスの内容、利用料等情報を適切にお客様及び家族に説明し、お客様が適切なサービスを選択できるように支援します。
- ③ 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上での留意点等を盛り込んだ介護予防サービス計画の原案を作成します。
- ④ 介護予防サービス計画の原案に位置づけた介護予防支援等について、保険給付・地域支援事業費の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等についてお客様及びその家族に説明し、お客様から文書による同意を受けます。
- ⑤ その他、介護予防サービス計画作成等に関する必要な支援を行います。

委託先の居宅介護支援事業所は、_____ 居宅介護支援事業所です。

(連絡先: _____ 担当者: _____)

6. 利用料金

(1) 利用料

当所が提供する介護予防サービス計画作成に関する料金は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

①介護予防支援費・ 原則的な介護予防ケアマネジメントの費用	5,038 円 (442 単位)
②初回加算	3,420 円 (300 単位)
③委託連携加算	3,420 円 (300 単位)

※保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、全額自己負担となります。

その際は、サービス提供証明書を発行いたしますので、後日、サービス提供証明書を保険者である区市町村の窓口へ提出しますと払い戻しを受けられます。

※介護保険法の改正に伴う料金の変更等については別紙で通知いたします。

(2) 解約料

お客様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

(3) 介護保険料の滞納等により料金が発生した場合の支払方法

介護保険料の滞納等により料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月5日までに前月分の請求をいたします。その際、納付書を発行しますので、お手数ですが10日以内にお近くの金融機関等でお支払い下さい。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

お申し出くださればいつでも解約できます。

②当所の都合でサービスを終了する場合

③自動終了

お客様が以下の事由に該当した場合は、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了します。

- ・介護保険施設に入所した場合
- ・要介護等認定区分が要介護と認定された場合
- ・笑顔で長生き調査（基本チェックリスト）で生活機能の低下が認められなかった場合
- ・お亡くなりになった場合又は区外転出等した場合

④その他

お客様やご家族などが当所や担当職員、担当職員以外の職員及び委託された介護支援専門員等（以下「担当職員等」といいます。）に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、1か月の予告期間をおいて理由を記した文書で通知することにより、この契約を解約させていただく場合があります。

8. 当所の介護予防支援等の特徴等

(1) 運営方針

当所は、お客様が要支援状態等にあっても、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、お客様の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、特定の介護予防サービス事業者等に偏ることなく多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、公正中立な介護予防支援等の提供に努めます。

(2) 訪問頻度

① 担当職員は、特段の事情のない限り、少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回お客様と面接します。

②サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月ごとの期間（以下「期間」といいます。）について、2期間に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びにお客様の状況に著しい変化があったときは、お客様の居宅に訪問し面接を行います。

③お客様の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、通所先を訪問する等の方法によりお客様に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合にあっては、テレビ電話装置等によりお客様との連絡を実施することとし、少なくとも1月に1回モニタリング（介護予防サービス計画の実施状況の把握）を実施します。

(3) サービス担当者会議の開催

①担当職員は、お客様の状況を把握し、当該情報を共有するとともに、当該介護予防サービス計画の内容について専門的な見地から意見を求めるために、各サービス担当者を招集し、サービス担当者会議を開催します。

②開催時期は原則として、介護予防サービス計画を新規に作成した場合や要支援更新認定または事業対象者の認定を受けた場合とします。

③ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることがあります。

④お客様と各サービス担当者全員の合意があれば、サービス担当者会議をテレビ電話装置等で実施することがあります。

9. 虐待防止について

当所は、お客様等の人権の擁護と虐待防止のため、研修を実施して担当者等の人権意識や知識と技術の向上を図り、また、担当者等が権利擁護に取り組める環境整備に努め、適切な支援の実施に努めます。

10. サービスに関する苦情

(1) 当所のお客様相談・苦情担当

滝野川西地域包括支援センター

電話 03-6903-4015

(2) その他

北区 介護保険課

電 話 03-3908-1119

東京都国民健康保険団体連合会

電 話 03-6238-0177

11. 秘密保持

(1) 守秘義務

担当職員等は、サービス提供をする上で知り得たお客様及びそのご家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 個人情報の使用及び提供に関する注意事項

当所はお客様からの介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書で交わされる同意書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、お客様の個人情報を用いませぬ。

12. 事故発生時・緊急時対応

担当職員等が訪問時に、お客様の容態変化、事故の発生等の緊急事態が生じた場合は、迅速に区市町村、主治の医師、救急隊、家族等へ連絡し、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供に伴って当所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

年 月 日

介護予防支援等の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

委託先居宅介護支援事業者

所在地

名 称

代表者 _____

委託先居宅介護支援事業所

所在地

名 称

管理者

説明者 _____

氏名 _____

私は、契約書及び本書面により、介護予防支援等について重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住所 _____

氏名 _____

家族又は代理人

住所 _____

氏名 _____