

中圏域用

指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業に関する重要事項説明書

あなた（又は、あなたのご家族）が利用しようと考えている介護予防支援等の業務について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明しますので、わからないこと、わかりにくいことなどがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「羽曳野市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等を定める条例」第4条の規定に基づき、ご利用者にあらかじめ説明しなければならない内容を示したものです。

1. この契約の趣旨について

- 「要支援1」「要支援2」の認定を受けた方は、「介護予防サービス」または「介護予防・日常生活支援総合事業」をご利用いただくことになります。
- 「基本チェックリスト」において介護予防・日常生活自立支援総合事業対象者（以下事業対象者という）と認められた方は「介護予防・日常生活自立支援総合事業」をご利用いただくことになります。
- 介護予防サービスの利用にあたっては、「介護予防サービス計画」及び「介護予防ケアマネジメント」（以下「介護予防ケアプラン」という）の作成等を行う必要がありますが、これらの業務は、「羽曳野市中圏域地域包括支援センター」があなたと契約を締結し、地域包括支援センターまたは地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者が作成します。

2. 事業の目的および運営方針

事業の目的	介護保険法に基づき、要支援者等からの相談に応じて、介護予防サービス等の適切な利用ができるよう介護予防ケアプランを作成するとともにサービス事業者等との連絡調整等の便宜の提供を行う。
運営方針	利用者の意思及び人格を尊重するとともに、利用者の心身の状況や環境等に応じて利用者の選択に基づき、そ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介護予防サービスが提供されるよう配慮する。また、利用者への介護予防支援等の提供にあたっては、公正・中立を遵守し、関係機関や多職種との連携を図るよう努める。

3. 介護予防支援等を担当する地域包括支援センター

①あなたを担当する地域包括支援センターはこちらです。

名称	羽曳野市中圏域地域包括支援センター
担当する地域（小学校区）	はびきの埴生・羽曳が丘・埴生南
介護保険指定事業所番号	（羽曳野市 指定） 2703800033
法人名	社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
法人代表者	理事長 塚原 昭人
所在地	〒583-0868 羽曳野市学園前6丁目1-1
電話番号	電話：072-959-2006 FAX：072-956-0736
営業日／営業時間	月曜日～金曜日（祝日、年末年始12月29日～1月3日は除く）／午前9時～午後5時30分
職員体制	管理者（常勤）1人・保健師又は経験のある看護師（常勤）2人以上・社会福祉士（常勤）2人以上・主任介護支援専門員（常勤）2人以上・介護支援専門員（常勤）1人以上

4. 介護予防支援等の内容および利用料等

介護予防支援等の内容	提供方法	介護保険適用の有無	1ヶ月当たりの利用料
①課題分析（アセスメント）	契約書別紙に掲げる「介護予防支援等の業務実施方法等について」を参照ください。	①～⑨は、一連業務として介護保険の対象となるものです。	介護保険適用となる場合には、利用料（自己負担）を支払う必要はありません。 介護予防支援等費 442 単位 4,605 円 初回加算（初月のみ） 300 単位 3,126 円 地域移行ケアマネジメント加算（移行時のみ）300 単位 3,126 円
②介護予防ケアプランの作成			
③サービス担当者会議の開催			
④介護予防ケアプランの交付・説明			
⑤サービス提供の連絡・調整			
⑥サービス実施状況の把握・評価			
⑦給付管理業務			
⑧相談業務			
⑨要介護認定等の申請に対する協力・援助			

【ご注意】

※1単位は10.42円で計算しています。

※ 介護保険が適用される場合であっても、利用者の保険料滞納等により、法定代理受領が

できない場合には、いったん料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行することになります。この証明書を羽曳野市の窓口に提出すると払い戻しされる場合があります。

5. 利用者の居宅への訪問頻度のめやす

地域包括支援センターの担当職員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度は、おおむね3カ月に1回となります。（サービスの提供を開始する月、提供開始月の翌月から起算して3カ月に1回などがめやすになります。）

ただし、次の①～③の要件を満たした場合は、テレビ電話装置等を活用してモニタリングを行うことを可能とします。

①文書により利用者の同意を得ていること

②サービス担当者会議等で次にあげる事項について主治医や担当者等からの合意を得ていること

- ・利用者の心身の状態が安定していること
- ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通ができること
- ・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けていること

③少なくとも6カ月に1回は利用者宅を訪問すること

なお、上記の回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、利用者の居宅を訪問することができます。

6. 介護予防支援の提供にあたっての留意事項について

①利用者は介護支援専門員に対して複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防ケアプランに位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

②介護予防支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに当地域包括支援センターにお知らせ下さい。

③利用者が、要介護認定を受けていない場合は、利用者の意見を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期限が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

- ④利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等と情報提供や連携を図ることで退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する介護支援専門員の名前や連絡先を病院へ伝えて下さい。

7. 事故発生時の対応

利用者に対する介護予防支援等の提供により事故が発生した場合には、速やかに羽曳野市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。また、利用者に対する介護予防支援等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

②個人情報の保護について

事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、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。

9. 高齢者虐待防止について

事業者は利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じて従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成にあたり適切な支援の実施に努めます。

10. 介護予防支援等の業務に関する相談・苦情について

①苦情処理の体制及び手順

ア 提供した介護予防支援に係る利用者及びその家族等からの相談及び苦情を受付けるための窓口を設置します。(②相談・苦情申立てのとおり)

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りとしま

す。

相談・苦情受付（利用者及び家族等から詳しく状況をうかがう）

- ・保険料、保険給付に関するものは市窓口を紹介。
- ・サービスに関するものまたはその他のものは、地域包括支援センター及びサービス事業所に連絡し事実確認を実施、利用者及び家族へ説明します。
必要に応じ市窓口又は、大阪府国民健康保険団体連合会への取次ぎを行います。
- ・担当者は、相談・苦情記録票を作成し、管理者に報告します。

②相談・苦情申立ての窓口

【羽曳野市西圏地域包括支援センター】	所在地 羽曳野市樫山100-1 電話番号 072-953-1003 ファクス番号 072-955-8301 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）
【羽曳野市中圏地域包括支援センター】	所在地 羽曳野市学園前6丁目1-1 電話番号 072-959-2006 ファクス番号 072-956-0736 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）
【羽曳野市東圏地域包括支援センター】	所在地 羽曳野市誉田3丁目15-6 電話番号 072-958-1188 ファクス番号 072-958-1189 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）
【市町村の窓口①】 羽曳野市保健福祉部介護予防支援室 地域包括支援課 （地域包括支援センター）	所在地 羽曳野市誉田4丁目1番1号 電話番号 （代表）072-958-1111 （直通）072-947-3822 ファクス番号 072-950-1030 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）
【市町村の窓口②】 羽曳野市保健福祉部介護予防支援室 高年介護課	所在地 羽曳野市誉田4丁目1番1号 電話番号 （代表）072-958-1111 ファクス番号 072-950-2536 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）
【市町村の窓口③】 羽曳野市保健福祉部福祉指導監査課	所在地 羽曳野市誉田4丁目1番1号 電話番号 （代表）072-958-1111 ファクス番号 072-958-0212 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 電話番号 06-6949-5418 ファクス番号 06-6949-5417 受付時間 午前9時～午後5時30分 月～金（祝日、年末年始を除く）

10. 重要事項の説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「羽曳野市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等を定める条例」第4条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

(介護予防支援を提供する事業所による説明)

事業者 所在地 羽曳野市学園前6丁目1-1

事業所名 羽曳野市中圏域地域包括支援センター 印

代表者名 センター長 赤穂 光郁

説明者氏名 _____ 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 (代理人を選定した場合)

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____