

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援に関する重要事項説明書

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務について、契約を締結する前に知っていただきたい内容を説明しますので、不明な点がありましたら、遠慮なくご質問ください。

1 この契約の趣旨について

- 「事業対象者」と判定された方及び「要支援1」「要支援2」の認定を受けた方は、「介護予防・生活支援サービス及び介護予防サービス」を利用することができます。
- 介護予防・生活支援サービス及び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・支援計画（以下「ケアプラン」という。）」を作成する必要があります。この計画は、利用者が可能な限り居宅において自立した生活を営むことができるように配慮したうえで、利用者の希望に基づき作成されます。
- ケアプランは、利用者と地域包括支援センターが契約を締結した上で作成します。
※ケアプランは、自分で作成することもできます。

2 介護予防・生活支援サービス及び介護予防サービスのご利用にあたってのご注意

- 「介護予防・生活支援サービス及び介護予防サービス」の利用にあたり、サービスの内容については、地域包括支援センター又は市が委託する居宅介護支援事業所（以下「事業所」という。）までお問い合わせください。

☆介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

地域包括支援センターの職員又は市が委託する居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者及び家族の相談をもとに、各介護サービス事業所との連絡調整を図りながら、ケアプランを作成します。

☆介護予防・生活支援サービス及び介護予防サービス

ケアプランに基づき受ける介護保険サービスです。

3 担当の地域包括支援センター

名 称	都賀地域包括支援センター	介護保険指定事業所番号	0900300096
管 理 者	永田 景子		
所 在 地	栃木市都賀町原宿 573		
担 当 者 名	電話 0 2 8 2 - 2 9 - 1 1 0 4 FAX 0 2 8 2 - 2 7 - 7 5 5 6		
業 務 日	月曜日から金曜日（祝祭日及び12月29日から翌年1月3日を除く）		
業 務 時 間	午前8時30分～午後5時15分		
職員体制 及び 職務内容	管 理 者 1名（保健師2名のうち1名が兼務） 利用申込みの調整、業務実施状況の把握及び管理 保 健 師 2名 ケアマネジメント事業の実施 社会福祉士等 1名 権利擁護や虐待防止等の地域支援の総合相談業務の実施 介護支援専門員 2名 支援困難事例へ助言等の包括的継続的マネジメントの実施		
事業実施地域	都賀・西方地域全域		
相談場所	利用者宅、地域包括支援センター所在地、その他介護サービス事業所等利用者及び関係者が相談しやすい場所等を含む		

4 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援（ケアプラン作成）を行う事業者

別紙1 ①ケアプラン作成の担当者を参照ください。

5 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の内容

介護予防支援の内容	提供方法	介護保険適用の有無
①ケアプランの作成	別紙に掲げる「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務の実施方法」を参照ください。	①～⑦は、一連業務として介護保険の対象となるものです。
②介護予防サービス事業所等との連絡調整		
③サービスの実施状況の把握及び評価		
④給付管理		
⑤介護サービス等に関する相談業務		
⑥利用者と関係医療機関との連携		
⑦利用者の権利擁護に係る連絡調整		

6 利用者の居宅への訪問頻度の目安

事業所の担当者は、状況把握のためおおむね3か月に1回程度、利用者のご自宅を訪問します。ただし、利用者からの依頼や介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務の遂行に不可欠と認められる場合は、この限りではありません。

(利用者の状態が安定しており、主治医、担当者その他の関係者の合意が得られる場合には、利用者からあらかじめ文書で同意を得た上で、訪問しない期間の面接をテレビ電話等を行うことにより、6か月に1回程度の訪問とすることも可能です。)

7 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

事業所は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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

事業所は、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等において、利用者及び家族の個人情報を用いません。

事業所は、利用者及び家族に関する個人情報が含まれる記録物を、管理者の注意を持って管理し、処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

8 事故発生時の対応

利用者に対する介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに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、保険者に報告するものとします。

9 介護予防支援業務等に関する苦情相談窓口

事業所が作成したケアプラン、又はこれに基づいて提供された介護予防・生活支援サービス及び介護予防サービスに関する相談や苦情に対して、速やかに対応を行います。相談や苦情がある場合には、下記相談窓口までご連絡ください。

○ 地域包括支援センターの苦情相談窓口

【都賀地域包括支援センター】	所在地	栃木市都賀町原宿 573
	電話番号	29-1104
	FAX 番号	27-7556
	受付時間	8:30~17:15 (平日)
	担当者名	永田 景子 (管理者)

○ 介護保険の相談や苦情についての相談窓口

【市町村の窓口】 栃木市高齢介護課 介護保険係	所在地	栃木市万町 9 番 25 号
	電話番号	21-2251
	FAX 番号	21-2670
	受付時間	8:30~17:15 (平日)

【公的団体の窓口】 栃木県国民健康保険団体連合会	所在地 宇都宮市本町3番9号 合同ビル6階 電話番号 028-643-2220 受付時間 9:00～17:00（平日）
---	--

10 事業所の運営について

(1) ハラスメント対策の強化

事業所は、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供を確保する観点から、ハラスメント防止の対策を行います。ハラスメント防止のための基本方針を整備し、事業所の職員に対して、ハラスメントを防止するための研修を実施します。

利用者及び家族等が当事業所の職員に対して行う、以下のハラスメント行為を禁止します。利用者及び家族等から当事業所の職員に対してハラスメント行為があった場合は、契約を解除する場合があります。また、行為の内容により、関係機関への連絡、相談等の措置等を講じます。

① 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為（物を投げる、叩かれる、蹴られるなど）

② 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為（大声を出す、理不尽な要求をするなど）

③ セクシャルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為（必要もなく手や腕を触る、卑わいな言動を繰り返すなど）

(2) 業務継続に向けた取組の強化

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に対する介護予防ケアマネジメント・介護予防支援が継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等を行います。

(3) 感染症対策の強化

事業所は、感染症の発生及びまん延等を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施等を行います。

(4) 運営規程の掲示について

事業所は、運営規程等の掲示について、書面掲示に加え、ホームページに掲載・公表します。

(5) 高齢者虐待防止の推進

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の配置を行います。

(6) 会議や多職種連携におけるICT（情報通信技術）の活用

運営基準において実施が求められる各種会議（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、テレビ電話等の活用を行います。なお、利用者又は家族が参加する場合には、テレビ電話等の活用について同意を得ます。

(7) 電磁的記録について

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供に関して、書面で行うことが規定又は想定されるものについては、作成・保存については書面に代えて、電磁的記録により行うことができるものとします。

また、交付、説明、同意、承諾等のうち書面で行うことが規定又は想定されるものについては、利用者及び家族の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法で行うことができるものとします。

(8) データベースの活用

介護保険等関連情報に関するデータベース等を活用し、介護サービスの質の向上を図る取り組みを推進します。

1 1 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	令和 年 月 日
-----------------	----------

以上の内容について、介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援の提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

説明者住所 栃木市都賀町原宿 573

都賀地域包括支援センター

説明者氏名 _____

私は、本書面により都賀地域包括支援センター職員から介護予防ケアマネジメント・介護予防支援についての重要事項の説明を受け、同意し本書面の交付を受けました。

利用者住所 _____

氏名 _____

(自署しない場合は、記名押印してください。)

代理人住所 _____

氏名 _____

(自署しない場合は、記名押印してください)