

# 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

## 1 事業の目的

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）は、介護保険制度のご利用者を対象に、様々な障害を抱えながらも、住み慣れたご自宅で自立した日常生活がおくれますよう、ご利用者の心身の状態等に応じた、また、ご家族のご希望に沿った『介護予防サービス・支援計画書』の作成などを行うものです。

## 2 事業の対象者

サービスの利用対象となるかたは、原則として保険者(稲沢市)が行う要支援認定で「要支援 1、要支援 2」もしくは基本チェックリストで「事業対象者」と認定されたかたとなります。

## 3 事業所の概要

### (1) 事業所の概要

事業所名	祖父江地域包括支援センター 祖父江地域指定介護予防支援事業所
所在地	稲沢市祖父江町本甲拾町野7番地
介護保険指定番号	2303900050号
電話番号	0587-97-2381
FAX番号	0587-97-2910
サービス提供地域	稲沢市祖父江地区

### (2) 職員体制

	常勤	常勤兼務	主な職務内容
管理者		1人	下記業務の総括・代表
保健師等	2人		総合相談支援事業、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント業務、介護予防ケアマネジメント業務、予防給付に関するケアマネジメント業務、総合事業に関するケアマネジメント業務 これらを4名が共同で行います。
主任介護支援専門員	1人		
社会福祉士	1人		

### (3) 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間	月～金曜日 午前8時30分～午後5時00分
休業日	土曜日、日曜日、祝祭日、8月15日 年末年始（12/30～1/3）

### (4) 運営方針

- ①ご利用者の心身の特性を踏まえて、ご利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう配慮します。
- ②ご利用者の心身の状況や環境等に応じて、ご利用者の意向を尊重し、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるように配慮します。
- ③ご利用者の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定のサービス事業者に不当

に偏ることのないよう公正中立に業務を行います。

- ④稲沢市、他の介護予防支援等事業者、居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

#### 4 介護予防支援等の利用申し込みからサービス提供までの主な流れ

- ① 介護予防支援等の申し込み



- ② 状態の把握（アセスメント）

ご自宅に訪問し、ご利用者の心身の状態やおかれている環境などを把握して、可能な限りご自宅で自立した日常生活が送れますよう、解決すべき課題を把握・分析します。



- 3 「介護予防サービス・支援計画〔原案〕」の作成

アセスメントの結果をもとに、どのような支援が必要かを検討し、「介護予防サービス・支援計画(原案)」を作成します。サービス事業者を選定していただきます。

住民主体型サービスのみの利用の場合、原案の作成がサービス担当者会議終了後になることもあります。



- ④ サービス担当者会議の開催

「介護予防サービス・支援計画(原案)」について検討します。ご利用者の希望や心身の状況等を考慮し、介護予防サービスの目標とその達成時期、サービスの種類、内容、利用料金等を決定します。

住民主体型サービスのみの利用の場合、事業所との打合せをサービス担当者会議に置き換えることもあります。



- ⑤ 「介護予防サービス・支援計画表」の交付

検討されたサービス計画の内容について、ご利用者及びご家族の同意を得たうえで、「介護予防サービス・支援計画書」を決定します。



- ⑥ 介護予防サービスの提供

「介護予防サービス・支援計画表」に基づき、サービスが提供されます。



- ⑦ 状況の把握（モニタリング）

サービス提供後も、継続的にご利用者の心身の状態や介護予防サービスの実施状況を把握して、必要に応じて「介護予防サービス・支援計画書」の変更を行います。

#### 5 業務の委託

利用者の同意を得た上で、利用者に提供する介護保険法第115条の21第3項に基づく介護予防支援等の一部を稲沢市地域包括支援センター運営協議会の承認を得た指定居宅介護支援事業所に委託することができます。

#### 6 介護予防サービスを受けるにあたっての重要事項

- (1) 「介護予防サービス・支援計画表」に記載してある事業者以外からサービスを受

けたい場合や、サービス内容を変更したい場合には、必ず当事業所の職員にご連絡ください。

(2) 区分の変更や住所地の変更等あった場合には、必ず当事業所の職員にご連絡ください。

## 7 介護予防支援等の利用料金

要支援認定または、総合事業該当者と認定を受けられた方は、介護保険から全額支給されるので自己負担はありません。

※ただし、要支援認定を受けられた方で、保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、1ヶ月あたり、下記の利用料(報酬額と同額)をご負担いただくことになります。事業所から「サービス提供証明書」を発行します。この「サービス提供証明書」を後日市役所窓口にて提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	4,605円/月
初回加算	3,126円
委託連携加算	3,126円

※国や市が定める介護報酬の改定があった場合は、改定後の利用料金とします。

## 8 秘密保持

担当職員は正当な理由がない限り、業務上知り得たご利用者・ご家族の秘密を漏らしません。この守秘義務(秘密保持)は契約が終了した後も継続します。

## 9 事故発生時の対応

サービス提供にあたって事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族・稲沢市に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、事業所の責めに帰すべき事由により損害を及ぼした場合には、相当の範囲内においてその損害を賠償します。

## 10 相談窓口・苦情窓口

① サービスに関する相談・苦情については、以下の「相談窓口」にご相談ください。

相談窓口 (当事業所)	電話番号	0587-97-2381
	FAX番号	0587-97-2910
	受付時間	平日 午前8:30～午後5:00

② 次の機関でも、相談・苦情を伝えることができます。

稲沢市役所 高齢介護課	電話番号	0587-32-1111
	受付時間	平日 午前8:30～午後5:15
愛知県国民健康 保険団体連合会	電話番号	クナイ ヨイワコ 052-971-4165
	受付時間	平日 午前9:00～午後5:00

介護予防支援等の提供開始にあたり、重要事項説明書に基づいて介護予防支援の内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所所在地	稲沢市祖父江町拾町野7番地
事業所名	〈介護予防ケアマネジメントに係わる業務〉 祖父江地域包括支援センター 〈介護予防支援に係わる業務〉 祖父江地域指定介護予防支援事業所
説明者氏名	

私は、本書面により、事業者から介護予防支援等についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

ご利用者	
住所	_____
氏名	_____
代理人	
住所	_____
氏名	_____
続柄	_____