

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防支援等」という。）業務の開始にあたり、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。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。

1. あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センター

センター名称	西第二地域包括支援センター	介護保険指定事業所 番号	(横須賀市指定) 番号 1401900145
所在地 (連絡先)	横須賀市武3丁目39番1号(横須賀愛光園内) 電話 046-857-6604 FAX 046-857-8768		
管理者名	鈴木 敬	通常の事業 の実施地域	長井 御幸浜 林 須軽谷 武
営業日・ 営業時間	月曜日～土曜日 (祝祭日 12/29～1/3 は除く) 8:30～17:00 ただし、土曜日は8:30～12:00		
従業者の勤務体制 (従業者の職種・員数及 び職務の内容)	管理者 保健師 社会福祉士 主任ケアマネージャー 事務員 (6名) ①包括的支援事業(総合相談支援業務/介護予防ケアマネジメント業務/権利擁護業務/包括的・継続的ケアマネジメント支援業務) ②指定介護予防支援事業等		
第三者評価の 実施	有 実施した直近の年月日 () 実施した評価機関 () 評価結果の開示状況 ()	(無)	

法人名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団	代表者名	青木 善治
所在地 (連絡先)	静岡県浜松市中央区元城町218番地26 電話 053-413-3300 FAX 053-413-3314		

2. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所

事業所の名称	西第二地域包括支援センター	介護保険指定事業所番号	(横須賀市指定) 番号 1401900145
所在地 (連絡先)	横須賀市武3丁目39番1号(横須賀愛光園内) 電話 046-857-6604 FAX 046-857-8768		
代表者名	深澤 庸一		
担当者名			
営業日	月曜日～土曜日 (祝祭日 12/29～1/3 は除く)	営業時間	8:30～17:00 但し、土曜日は8:30～12:00

3. 事業の目的・運営方針

- ① 地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所（以下「地域包括支援センター等」という。）の職員は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者が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、介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス（以下「サービス事業」という。）等の提供がされるよう支援します。

② 介護予防支援等の実施にあたり、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、利用者の選択に基づき、適切な保健・医療・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公正中立な立場でサービスを調整します。この際に、利用者は、複数の事業所の紹介を求めることや、ケアプラン原案に位置付けたサービス事業所等の選定理由の説明を求めることが可能です。

③ 介護予防支援等の実施にあたり、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

・利用者が入院することがありましたら、入院時に担当する地域包括支援センター等の職員の氏名等を入院先の医療機関に伝えてください。

④ 地域包括支援センター等では、虐待の発生又はその再発を防止するための指針を整備し、その対策を検討する委員会を定期的に開催し、また職員に対し研修を定期的実施するなど必要な措置を講じています。

⑤ 地域包括支援センター等では、感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し、その対策を検討する委員会を定期的に開催し、また職員に対し研修及び訓練を定期的実施するなど必要な措置を講じています。

⑥ 地域包括支援センター等では、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的、継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を定期的実施し、感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じています。

⑦ 地域包括支援センター等では、職場や訪問先でのハラスメントの発生又は再発を防止するための指針を整備するとともに、相談・対応体制の整備（当事者の保護含む）及びマニュアルを併せて整備し、また研修を実施するなど必要な措置を講じています。

4. この契約の趣旨について

① 今回の介護保険認定において「要支援1」「要支援2」という区分に該当された方は、心身の状況に応じて、「介護予防支援サービス」及びサービス事業（以下「介護予防支援サービス等」という。）をご利用いただくことになります。

② 今回の基本チェックリストの実施において基準に該当し「事業対象者」と判定された方は、心身の状況に応じて、「サービス事業」をご利用いただくことになります。

③ 介護予防サービス等の利用にあたっては、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント（以下「ケアプランという」）の作成等を行う必要があります。これらの業務は「地域包括支援センター」と契約を締結して作成することになります。また、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所と契約を締結して作成することもできます。

④ あなたは、地域包括支援センターと介護予防支援等の業務について契約を締結しますが地域包括支援センターは居宅介護支援事業所に次の業務を委託又は代行させることができます。また、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所と契約を締結することで事業所を変更することができます。

ア 介護予防支援等に係る業務の委託

イ 利用者と地域包括支援センターの契約締結の代行

5. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 地域包括支援センター等は、介護予防支援サービス等を提供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すことはしません。この秘密を保持する義務は、契約終了後も継続するものとします。

② 地域包括支援センター等は、地域包括支援センター等の職員であった者が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を洩らすことのないよう地域包括支援センター等の職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持することを地域包括支援センター等の職員との契約とします。

③ 地域包括支援センター等は、利用者から予め書面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その家族の個人情報を用いませぬ。

だけません。

ただし、「日常的に起き上がりが困難」「日常的に寝返りが困難」など、国が定める条件を満たす方及び「例外給付の対象とすべき事案」に該当する方については、例外的に利用が認められています。

＜保険給付の対象外となる福祉用具＞

- 特殊寝台(付属品含む) ■車いす(付属品含む) ■床ずれ防止用具と体位変換器
■自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)
■認知症老人徘徊感知機器 ■移動用リフト(つり具を除く)

イ 介護予防通所リハビリテーション、現行相当の通所介護及び現行相当の訪問介護は、同時に複数事業所のサービスを受けることができません。

② 「事業対象者」の方へ

ア 介護予防給付のサービスはご利用いただけません。現行相当の通所介護、現行相当の訪問介護及び訪問型短期集中予防サービス、住民主体型訪問サービスがご利用いただくことができます。

イ 現行相当の通所介護及び現行相当の訪問介護は、同時に複数事業所のサービスを受けることができません。

③ 禁止行為

ア 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

イ 職員に対する精神的暴力（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）

ウ 職員に対する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、性的ないやがらせ行為）

9. 事故発生及び緊急時の対応について

① 当地域包括支援センター等は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市、利用者の家族に連絡を行うとともに、かかりつけ医への連絡など必要な措置を講じます。

② 当地域包括支援センター等は、前項の事故及び事故に際してとった処置について記録します。

③ 当地域包括支援センター等は、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

10. 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（又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員）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ヶ月に1回となります。（サービス提供開始月の翌月から起算して、3ヶ月に1回が訪問の目安となります。また、情報通信機器等を活用する場合、訪問が6ヶ月に1回となる場合があります。）

ただし、上記の回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援等の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。

上記内容について、「指定介護予防支援等の事業の人員等に関する基準を定める条例」に基づき（介護予防ケアマネジメントについては条例に準ずる。）、重要事項について利用者説明し、内容の同意を受け、文書の交付を行いました。

令和 年 月 日

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所

所在地 横須賀市武3丁目39番1号

事業所名 西第二地域包括支援センター

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを受けることについて同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

上記代理人（代理人を選定した場合）

住所

氏名