

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

1 事業者

事業者名	社会福祉法人 大津市社会福祉事業団
所在地	大津市浜大津四丁目 1 番 1 号
代表者	理事長 西村 和利

2 事業所の概要

(当事業所が提供するサービスについての相談窓口および営業日など)

事業所名	真野地域包括支援センター（愛称：真野あんしん長寿相談所）	
所在地	大津市真野普門三丁目 1120 番地	
電話番号	077-573-1521、077-573-1522	
ファックス	077-573-1525	
営業日	月曜日～金曜日 (但し、祝祭日・12月29日～1月3日を除く)	
営業時間	午前9時から午後5時まで	
事業所の指定番号	2500100116	
サービス提供する通常の事業の実施地域 (学区)	大津市内のうち葛川、伊香立、真野、真野北	

3 職員体制

	資格等	員数	業務内容
管理者	社会福祉士	1名以上	事業所の職員および業務の一元的管理を行います。
担当職員	看護師 主任介護支援専門員 社会福祉士 介護支援専門員	1名以上 1名以上 1名以上 1名以上	利用者からの相談に応じ、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じて、サービスを適切に利用できるよう介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントによる支援により利用者ごとに作成される計画（以下「介護予防サービス・支援計画」という。）を作成するとともに、指定介護予防サービス事業所等と連絡調整を行います。

4 事業の目的および運営の方針

（1）事業の目的

地域包括支援センターは、居宅において、可能な限りそれぞれの能力に応じて自立した日常生活を送っていただけよう、一人一人に応じた介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供します。

（2）運営の方針

利用者の意思および人格を尊重し、関係機関と連携を図り、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出来るよう、公正中立に行います。

5 提供するサービスの内容

（1）介護予防サービス・支援計画の作成と各サービス提供事業者との調整

（令和7年12月1日～）

- ア 居宅を訪問し、利用者と面接をして、自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握します。
- イ 利用者の目標とする生活、専門的観点から提案する目標と具体策、利用者やその家族の意向を踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援内容・期間等を記載した介護予防サービス・支援計画の原案を作成し、サービス事業者等との調整・会議を行います。
- ウ 介護予防サービス・支援計画の内容については、利用者やその家族に説明し、文書で利用者の同意を得て、利用者・サービス事業者に交付します。
- エ 利用者は、複数のサービス事業者の紹介を求めることが可能であり、また当該事業者をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。
- オ サービス事業者等に対し、介護予防サービス・支援計画の作成を指導するとともに、サービス提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1ヶ月に1回聴取します。

(2) サービスの実施状況および課題の把握

介護予防サービス・支援計画作成者は、介護予防サービス・支援計画の実施状況や新たな課題を把握するため、原則として次のとおり居宅を訪問することにより、利用者と面接をし、その結果を記録するとともに、必要な場合は介護予防サービス・支援計画の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。

ア サービス提供開始月の翌月から3か月に1回。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3か月ごとの期間（以下このアにおいて単に「期間」といいます。）について、少なくとも2期間に1回利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとします。

- (ア) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- (イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - a 利用者的心身の状態が安定していること。
 - b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - c 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングで把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

イ 介護予防サービス・支援計画に位置づけた期間が終了する月。

ウ 利用者の状況に著しい変化があったとき。

訪問しない月（アただし書の規定によりテレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除きます。）においては、可能な限り利用されている通所サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、やむを得ない理由により面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施します。なお、利用者は、入院した時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に伝えるように努めてください。

(3) 介護予防サービス・支援計画の達成状況の評価

介護予防サービス・支援計画作成者は、介護予防サービス・支援計画に位置づけた期間が終了するときは、介護予防サービス・支援計画目標の達成状況について評価します。

(4) 認定の更新等への協力、援助

利用者が要支援認定の変更や更新認定を受ける際に、申請を代わって行うなど、その他必要な援助を行います。

(5) 利用者からの相談の対応

介護保険や介護予防についてご相談をお受けします。

【プライバシー(個人情報)の保護】

当事業所がサービスを提供する際に、利用者やご家族に関して当事業所が知り得た情報については、サービス担当者会議などの利用者へのサービス提供のために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。サービスの提供に関わって、利用者の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、あらかじめ利用者に説明し書面に署名をいただきます。また、ご家族様の情報についても同様に、あらかじめご家族に説明し署名をいただきます。

(6) 業務の委託

事業者は、介護予防サービス・支援計画の作成を居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

6 利用料

指定介護予防支援を提供した場合の利用料は、厚生労働大臣が定める額とし、当該介護予防支援が法定代理受領サービスである時は、全額介護保険から給付されるため、利用料を支払う必要はありません。

ただし、保険料の滞納等により保険給付が直接事業者に支払われない場合は、厚生労働大臣の定める額（令和6年4月1日現在、1月当たり4,729円。ただし、初めての月は3,210円加算されます。また、事業者が新規に介護予防サービス・支援計画の作成を居宅介護支援事業所に委託した場合は、3,210円加算されます。）を利用者よりお支払いただきます。支払い後、事業者が指定介護予防支援提供証明書を交付しますので、市の窓口に事業者が発行した領収証を添えてご提出ください。払い戻しが受けられます。

支払期日から2か月以上遅延し、さらに支払の督促から15日以内にお支払がないときは、契約を解除した上で、未払分をお支払いただくことになります。なお、介護予防ケアマネジメントについても同様の取扱いとなります。

7 契約の解除等

利用者及び事業所は申し出ることにより、契約を解除することができます。

また、市の被保険者の資格を喪失された場合等については自動的に契約が終了します。

8 損害賠償

利用者に対して当事業所の責任において賠償すべきことが起った場合は、利用者に賠償をします。

9 事故発生時の対応

利用者に対するサービス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、必要な措置を行います。

10 非常災害発生時の対応

事業者は、非常災害発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設等と連携し、協力することができる体制を構築します。

11 暴力団排除

(1) 役員及び管理者、その他従業員について

事業所を運営する事業者の役員及び事業所の管理者その他従業者は、暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員をいう。次項において同じ。)ではありません。

(2) 運営について

事業所は、その運営について、暴力団員の支配を受けません。

12 相談、苦情等窓口

介護予防サービスに関して、当事業所の窓口まで相談、苦情等申し出下さい。

真野地域包括支援センター

電話番号 077-573-1521、077-573-1522

ファックス 077-573-1525

また、当事業所以外でも下記の窓口に相談、苦情等を伝えることができます。

社会福祉法人 大津市社会福祉事業団 法人事務局

電話 077-527-9552

ファックス 077-521-0787

大津市役所健康福祉部 長寿福祉課

電話 077-528-2741

ファックス 077-526-8382

滋賀県国民健康保険団体連合会 (大津市中央四丁目5番9号)

電話 077-510-6605

ファックス 077-510-6606

13 提供するサービスの第三者評価の実施状況 実施なし

令和 年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 大津市浜大津四丁目1番1号

社会福祉法人 大津市社会福祉事業団 理事長 西村 和利

事業所 大津市真野普門三丁目1120番地

真野地域包括支援センター

説明者

私は、本書面により事業所から重要事項の説明を受け、内容について同意しました。

利用者

<住所>

<氏名>

(重要事項の説明聴取に関する代理人)

<住所>

<氏名>