

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

<令和6年4月1日現在>

- 1 三島市錦田地区地域包括支援センターは、基本チェックリストに該当又は要支援1及び要支援2と認定された利用者に対して介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを提供します。
三島市錦田地区地域包括支援センターの概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

2 三島市錦田地区地域包括支援センターの概要

(1) 指定番号及びサービス提供地域

事業者及び事業所名	三島市錦田地区地域包括支援センター
所在地 電話番号	三島市谷田字藤久保2276 055-975-2424
介護保険指定番号	三島市指定 第2200600035号
通常の実施地域	三島市の定めた生活圏域のうち錦田地区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	平日
休業日	土日・祝祭日、12月29日～1月3日
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

* 緊急連絡電話 三島市錦田地区地域包括支援センター055-975-2424

(3) 職員体制及び資格

管理者 主任介護支援専門員1人
担当職員 主任介護支援専門員2人 保健師等1人 社会福祉士1人

3 事業の委託

三島市錦田地区地域包括支援センターは、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。）の業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する居宅介護支援事業者に介護予防支援等の一部を委託します。

4 サービス利用に関する注意事項

- (1) 介護予防サービス・支援計画を作成する担当職員又は介護支援専門員（以下「介護支援専門員等」という。）をやむを得ない事情で変更する場合は、新しい介護支援専門員等の所属及び氏名を文書で通知します。ただし、利用者が特定の担当職員を指名することはできません。
- (2) プライバシーの保護
介護支援専門員等は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者及びそのご家族の情報を他の機関や他の人に伝えることはありません。
- (3) 介護予防サービス・支援計画に位置付ける居宅サービス事業所について、介護支援専門員等に複数のサービス事業所の紹介や、サービス事業所を介護予防サービス・支援計画に位置付けた理由についての説明を求めることが可能です。

5 介護予防サービス・支援計画の作成費（利用料）

介護予防支援等については、介護保険制度から全額給付されるので、自己負担はありません。

6 要支援認定の結果前に提供される指定介護予防サービス及び第1号事業（以下「介護予防サービス等」という。）

- (1) 要支援認定の結果が出る前に介護予防サービス等の提供を希望する場合には、この契約の締結の日から暫定的に介護予防サービス・支援計画を作成し必要な介護予防支援等を行います。
- (2) 介護支援専門員等は、要支援認定結果が出た時は介護予防サービス・支援計画の見直しを行います。
- (3) 要支援認定の結果が非該当となった場合は、それまでに提供された介護予防サービス等の利用料は、利用者の全額負担となります。
- (4) 要支援認定の前に利用した介護予防サービス等の利用料が、認定後の区分支給限度額を上回った部分の利用料については、利用者の全額負担となります。
- (5) 認定の結果が要介護となった場合は、居宅介護サービス計画を作成する居宅介護支援事業者の利用者に関する情報を提供するとともに、契約を終了します。

7 感染症対策の強化

三島市錦田地区地域包括支援センターは、感染症の発生及びまん延等の防止のための措置を講じることに努めます。

8 業務継続に向けた取組の強化

三島市錦田地区地域包括支援センターは、感染症や災害が発生した場合でも必要な介護予防サービス等が継続的に提供できるよう、業務継続計画を策定し、必要な措置を講じています。

9 虐待防止の推進

三島市錦田地区地域包括支援センターは、高齢者虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じています。

10 事故発生時の対応

- (1) 介護予防支援等の実施中に利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。
- (2) 介護予防支援等の実施に当たって、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償することとします。ただし、介護支援専門員等の故意又は過失によらない時は、この限りではありません。

11 苦情の受付

- (1) 当事業所の作成した介護予防サービス・支援計画及びその計画に基づいて提供しているサービスについてのご相談、苦情を承ります。

担 当 三島市錦田地区地域包括支援センター
電話番号 055-975-2424

- (2) 三島市介護保険についてのご相談、苦情受付は以下のとおりです。

担 当 三島市介護保険課
電話番号 055-983-2607

- (3) 静岡県国民健康保険団体連合会へのご相談、苦情受付は以下のとおりです。ただし、静岡県国民健康保険団体連合会は介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

担 当 介護保険課
電話番号 (054) 253-5590 (苦情専用)
時 間 午前9時00分から午後5時00分まで (平日のみ)

12 実施状況の把握（モニタリング）について

介護予防支援等の担当者は、利用者及びその家族、主治医、指定介護予防サービス事業所等との連絡を継続的に行い、特段の事情のない限り少なくとも3か月に1回利用者に面接しモニタリングを行います。

- (1) 以下(ア)(イ)いずれにも該当し、かつ、3か月ごとの期間（以下この(1)において単に「期間」という）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、利用者

に面接する場合には、利用者の居宅を訪問しない期間においては、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ます。

(ア) 利用者の同意を文書で得ていること。

(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医、担当者、その他の関係者の同意を得ていること。

a 利用者の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おこな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は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。

(2) サービスの評価時期及び利用者の状況に著しい変化があった時は、利用者の居宅に訪問し利用者に面接します。

令和 年 月 日

(事業者)

介護予防支援等の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 三島市谷田字藤久保 2 2 7 6

名称 三島市錦田地区地域包括支援センター

説明者

※ 署名又は記名押印

(利用者)

この説明書により、介護予防支援等に関する重要事項の説明を受けました。

また、この説明を理解し、可能な限り介護予防支援等を担当する介護支援専門員等に協力し、介護予防サービス・支援計画作成及び介護予防サービス等の提供のために必要な情報として、利用者及びその家族の個人情報を用いることについて承諾します。

【利用者】

住所

代筆者氏名 続柄

氏名

_____ (_____ . _____)

※ 署名又は記名押印

※ 代筆する場合は、()に代筆者の氏名と続柄を記載してください。

【代理者又は立会人】

住所

氏名

※ 署名又は記名押印