

# 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

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(周南市指定 第 3501500015 号)

当事業所はご契約者に対して介護予防サービス等を提供します。事業所の概要や提供されるサービス等の内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## ☆介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとは

契約者が居宅での介護予防サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」を作成します。
- ご契約者の介護予防サービス・支援計画書に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者及び、その家族等、介護予防サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、当事業所とご契約者双方の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画書を変更します。

※当サービスの利用は、原則として要支援認定等の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方及び事業対象者が対象となります。

## ◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. サービスの利用に関する留意事項	4
7. 事故発生時の対応方法について	5
8. 損害賠償について	5
9. 苦情の受付について	5
10. サービス提供における事業者の義務	5
11. サービス利用をやめる場合	6
12. 虐待の防止のための措置	6
13. 第三者による評価の実施状況	7

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 鼓ヶ浦整肢学園
- (2) 法人所在地 山口県周南市大字久米 752 番地 4
- (3) 電話番号 0834-29-1430
- (4) 代表者氏名 理事長 杉尾 嘉嗣
- (5) 設立年月日 昭和 34 年 2 月 25 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防支援事業所
- (2) 事業の目的 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント
- (3) 事業所の名称 指定介護予防支援事業所 周南東部地域包括支援センター  
平成 18 年 4 月 1 日指定 周南市 3501500015 号
- (4) 事業所の所在地 山口県周南市大字久米 1533-3
- (5) 電話番号 0834-29-1155 FAX 番号 0834-29-1156
- (6) 事業所長 氏名 久村 ゆかり  
事業所管理者 氏名 藤本 稔
- (7) 当事業所の運営方針
  - ①利用者の心身の特性を踏まえて、その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のできるように配慮して行います。
  - ②利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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、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配慮して行います。
  - ③利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。
  - ④事業の実施にあたっては、市町村、各地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護予防支援事業所、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。
- (8) 開設年月 平成 18 年 4 月 1 日

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 周南市（久米・櫛浜・鼓南・熊毛地区）
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（ただし、祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日を除く。）
受付時間	月曜日～金曜日 8：30～17：15
サービス提供時間	月曜日～金曜日 8：30～17：15

## 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して介護予防サービス等を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤	非常勤	常勤換算	職務の内容
1. 事業所管理者兼社会福祉士	1		1	事業所の管理、運営全般 計画作成、総合相談
2. 保健師又は看護師	3		3	計画作成、総合相談
3. 社会福祉士	1		1	計画作成、総合相談
4. 主任介護支援専門員	2		2	計画作成、総合相談
5. 事務職員	1		1	事務担当

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護支援専門員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとして次のサービスを提供します。

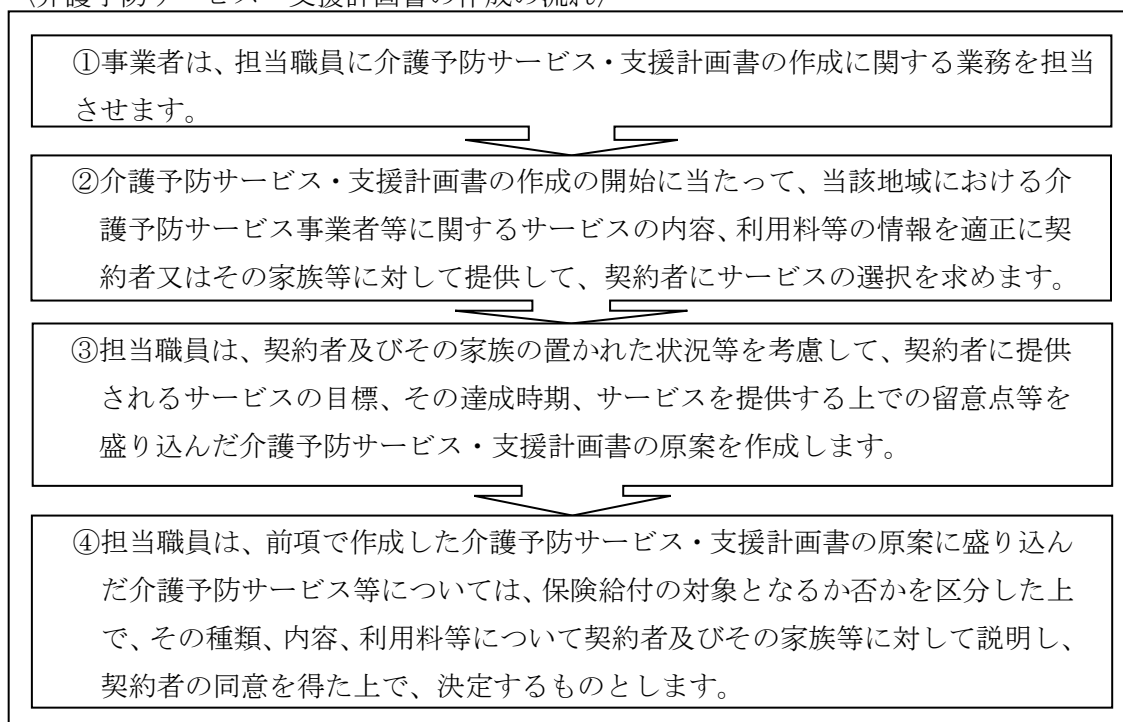
当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、ご契約者の利用料負担はありません。

（1）サービスの内容（契約書第4～6条参照）

### ① 介護予防サービス・支援計画書の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握した上で、介護予防サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「介護予防サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、介護予防サービス・支援計画書を作成します。

〈介護予防サービス・支援計画書の作成の流れ〉



## ② 介護予防サービス・支援計画書作成後の便宜の供与

- ・ ご契約者及びその家族等、介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握します。
- ・ 介護予防サービス・支援計画書の目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・ ご契約者の意思を踏まえて、要支援認定の更新申請等に必要な援助を行います。

## ③ 介護予防サービス・支援計画書の変更

ご契約者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望した場合、又は当事業所が介護予防サービス・支援計画書の変更が必要と判断した場合は、当事業所とご契約者双方の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画書を変更します。

### (2) サービス利用料金（契約書第7条参照）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するサービス利用料金は、下記のとおりですが、介護保険から法定代理受領により全額給付されるため、ご契約者の自己負担はありません。ただし、ご契約者の介護保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、一旦全額ご負担いただき、当事業所からサービス提供証明書を発行します。

1月あたり

(1単位：10.21円)

項目	単位	金額
介護予防支援費・ 介護予防ケアマネジメント費	442単位	4,512円
初回加算（初回のみ）	300単位	3,063円
委託連携加算※	300単位	3,063円

※介護予防支援もしくは介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、加算します。

上記の単位数及び金額は説明日現在のものです。介護保険法等の改正により変更となる場合はこれに準じます。

## 6. サービスの利用に関する留意事項（契約書第3条参照）

### (1) サービス提供を行う担当職員

サービス提供時に、担当の職員を決定します。

### (2) 担当職員の交替

#### ① 当事業所からの担当職員の交替

当事業所の都合により、担当職員を交替することがあります。

担当職員を交替する場合は、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

#### ② ご契約者からの交替の申し出

選任された担当職員の交替を希望する場合には、当該担当職員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、当事業所に対して担当職員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の担当職員の指名はできません。

## 7. 事故発生時の対応方法について（契約書第 10 条参照）

当事業所がご契約者に対して行うサービスにより事故が発生した場合は、市町村、ご契約者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

## 8. 損害賠償について（契約書第 10 条参照）

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 9. 苦情の受付について（契約書第 12 条参照）

### （1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 藤本 稔

○受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15

### （2）行政機関その他苦情受付機関

周南市高齢者支援課	所在地 周南市岐山通一丁目 1 番地 電話番号・FAX 0834-22-8467 0834-22-8251 受付時間 8:30～17:15
周南市地域福祉課	所在地 周南市岐山通一丁目 1 番地 電話番号・FAX 0834-22-8462 0834-22-8396 受付時間 8:30～17:15
山口県国民健康保険団体連合会	所在地 山口市大字朝田岡の口 1980 番地の 7 電話番号・FAX 083-995-1010 083-934-3665 受付時間 9:00～17:00

## 10. サービス提供における事業者の義務（契約書第 8 条、第 9 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者に提供した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ② ご契約者が他の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業者の利用を希望する場合その他ご契約者から申し出があった場合には、ご契約者に対し、直近の介護予防サービス・支援計画書及びその実施状況に関する書類を交付します。
- ③ 事業者、担当職員又は従業員は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する上で知り得た、ご契約者及びその家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）

## 1 1. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第 11 条参照）

- ① ご契約者が介護保険施設や、認知症対応型共同生活介護、特定施設に入所又は入院することになった場合
- ② ご契約者が小規模多機能型居宅介護を利用することになった場合
- ③ ご契約者が死亡した場合
- ④ 更新申請又は変更申請に基づく認定結果が、要介護と認定された場合又は非該当と認定された後、事業対象者にならなかった場合

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 11 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 事業者又は担当職員が正当な理由なく本契約に定める介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施しない場合
- ② 事業者もしくは担当職員が守秘義務に違反した場合
- ③ 事業者もしくは担当職員が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ④ 事業所が破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合

（2）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 11 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（暴力又は乱暴な言動、体を触る・性的な言動等のハラスメント行為等）を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

## 1 2. 虐待の防止のための措置

当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

（1）虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること

（2）虐待の防止のための指針の整備をすること

- (3) 従業者に対し、虐待を防止するための定期的な研修を実施すること
  - (4) 前記(1)から(3)までに掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと
- 当事業所は、サービス提供中に、当事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

### 13. 第三者による評価の実施状況

第三者評価の実施	1 あり	実施した直近の年月日	年 月 日
		実施した評価機関の名称	
		評価結果の開示状況	
	2 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の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護予防支援事業所 周南東部地域包括支援センター

説明者職名 氏名 印

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、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に同意しました。

利用者 住所 氏名 印

法定代理人・署名代行人

住所 氏名 印  
(本人との関係： )