

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

＜令和8年6月1日 現在＞

1. 事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人伊奈町社会福祉協議会
代表者役職・氏名	会 長 大 島 清
所在地・電話番号	伊奈町中央一丁目93番地 ふれあい福祉センター内 048-722-9990
法人設立年月日	平成2年4月2日

2. 事業所の概要

名称	伊奈町地域包括支援センター
所在地	伊奈町中央一丁目93番地 ふれあい福祉センター内
電話番号	048-720-5656
FAX番号	048-723-6575
管理者	大川 桂子
事業の実施地域	伊奈町中部・北部地域（伊奈中学校区・小針中学校区）
介護保険の 指定事業所番号	1101300018

3. 営業日及び営業時間

営業日	月曜から金曜まで （祝日及び12月29日から1月3日までを除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

4. 職員の体制

職 種	常勤	非常勤	職務の内容
1. 管理者（兼務）	1名		業務及び従業員の管理
2. 主任介護支援専門員	2名		地域包括支援センター業務 総合相談・権利擁護 包括的継続的ケアマネジメント 等 サービス計画等作成業務
3. 保健師等	2名		
4. 社会福祉士	1名		
5. 介護福祉士	1名		

5. 事業の目的・運営方針

利用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、当該地域の住民によるサービス等を適切に利用することができるよう支援します。

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするため、高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉の向上、医療との連携並びに生活の安定に必要な援助及び支援を包括的に行います。

6. 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

(1) 介護予防サービス計画の作成と交付

利用者の家庭を訪問して、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、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、介護予防サービス計画を作成します。

介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び当該プランに位置づけた介護予防サービス事業者等の担当者に交付します。

<介護予防サービス計画作成の流れ>

- ① 担当職員は利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して、利用者の心身の状況、置かれている環境等について情報収集し、解決すべき問題を把握します。
- ② 介護予防サービス計画の作成の開始にあたっては、当該地域における介護予防サービス事業者や住民等による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者またはその家族に対して提供し、利用者にサービスの選択を求めます。
- ③ 利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及び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の留意点、利用者及び介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容及びその期間等を盛り込んだ介護予防サービス計画の原案を作成します。
- ④ 利用者の状況や原案の内容については、それぞれの介護予防サービス事業者等の担当者と共有するとともに、専門的な見地から意見を求めます。
- ⑤ 介護予防サービス計画の原案に盛り込んだ介護予防サービス等について、給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族等に対して説明し、利用者の同意を得た上で決定します。

(2) 介護予防サービス計画の実施状況の継続的な把握及び評価、作成後の援助

- ① 利用者及びその家族等、介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防サービス計画の実施状況を把握します。
- ② 介護予防サービス計画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。
- ③ 利用者が介護予防サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が介護予防サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意に基づき、介護予防サービス計画を変更します。
- ④ 介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、当該計画目標の達成状況について評価を行います。
- ⑤ 利用者の意思を踏まえて、要支援認定の更新申請及び要介護認定申請等に必要の援助を行います。

(3) 施設への紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められる場合または利用者が施設等への入院または入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

7. サービス利用料金

(1) 介護予防支援の利用料

利用した場合の1か月あたりの利用料金は下記のとおりです。利用者負担額は、介護保険制度から全額給付されるので利用者の自己負担はありません。利用料は当該月にサービスを利用し給付管理を行った場合に給付されます。

取扱い要件	単位数	利用料（1か月あたり）
介護予防支援費（1）	442単位	4,605円
初回加算	300単位	3,126円
委託連携加算	300単位	3,126円
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の2.1%を加算	
業務継続計画未策定減算	所定単位数の1.0%を減算	
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1.0%を減算	

※当事業所においては介護給付費単位数1単位あたり10.42円（6級地）です。

※介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することが出来ない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

※上記の利用料は、厚生労働大臣が定める金額であり、これらが改定された場合は、これら利用料も自動的に改定されます。

（２）介護予防ケアマネジメントの利用料金

介護予防ケアマネジメントに係る費用は、地域支援事業費から全額支払われますので、利用者の自己負担はありません。

（３）交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただく場合があります。

８．業務の委託

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の業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

委託された居宅介護支援事業所は、委託業務の実施にあたって、当事業所と同様、契約書第１１条に定める守秘義務を守ります。

９．サービスの利用に関する留意事項

（１）サービス提供を行う担当職員

サービス提供を行う事業所については、当事業所及び業務の一部を委託された居宅介護支援事業所のいずれかにおいて、利用者と協議の上決定します。

（２）事業者からの担当職員の交替

事業者の都合により、担当職員を交替することがあります。その場合、利用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します。

（３）利用者からの担当職員の交替の申し出

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、事業者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、利用者から特定の担当職員の指名はできません。

１０．秘密の保持について

（１）当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

（２）当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

（３）当事業所では、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者または家族の個人情報を用います。

1 1. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業者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：大川 桂子 電話番号：048-720-5656 受付時間：午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
--------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

伊奈町いきいき 長寿課 介護認定給付係	電話番号：048-721-2111 受付時間：午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
埼玉県国民健康 保険団体連合会	電話番号：048-824-2568 (苦情相談専用) 受付時間：午前8時30分～正午、午後1時～午後5時 (土・日・祝日は除く)

1 2. 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医や家族への連絡等の必要な措置を講じるものとします。

1 3. 事故発生時の対応について

利用者の予期せぬ事故が発生した時には、下記のとおり迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。

- (1) 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの提供により、利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに市町村・家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの提供により、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。
- (3) 事故が発生した際には、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

介護予防支援または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。

令和 年 月 日

事業者

所在地 伊奈町中央一丁目9番3地

名 称 社会福祉法人伊奈町社会福祉協議会 印

説明者

所属 伊奈町地域包括支援センター

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、サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所

氏 名 _____ 印 _____

代理人

住所

氏 名 _____ 印 _____