地域包括支援センターが行う

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

1 概要

(1) センターの指定番号およびサービス提供地域

センター名	指定介護予防支援事業所 野沢地域包括支援センター
所在地 連絡先	長野県佐久市取出町183 電話 0267-63-8430 FAX 0267-63-8431
事業者	長野県佐久市岩村田1862-1 佐久市立国保浅間総合病院 佐久市病院事業管理者 青木 敬宏
事業者指定番号	2001700018
管理者氏名	仁科 隆子
サービス提供地域	野沢、大沢、桜井、岸野、前山

(2) センターの職員体制

資格	人員数
管理者（兼務）	1名
保健師	2名
社会福祉士	1名
主任介護支援専門員	2名
事務職員（パート）	1名

(3) サービス提供日及びサービス提供時間

提供日	月曜日から金曜日
提供しない日	12月29日から1月3日、土曜日、日曜日、祝祭日
提供時間帯	午前8:30から午後5:15まで

※ただし、緊急時等やむを得ない場合はこの限りではない。

2 提供する指定介護予防支援サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業の内容

- (1) 介護予防サービス計画（ケアプラン）又は介護予防ケアマネジメントの作成
- (2) 総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- (3) 要介護・要支援認定の申請代行

- (4) 給付管理業務
- (5) その他

3 利用者負担金

(1) 利用者負担金

要支援認定を受けられた方又は介護予防・生活支援サービス事業の対象となられた方は、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。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接保険給付が支払えない場合があります。その場合、利用者は下記の利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書を後日、佐久市の担当窓口へ提出しますと、介護保険法で定められる規定により払い戻しを受けられます。

介護保険法の報酬改定により料金の変更がある場合は、国の基準に沿って変更致します。その際には新料金を通知させていただきます。

介護予防支援費（1ヶ月につき）	4,420円
介護予防ケアマネジメントの独自サービス（1ヶ月につき）	4,420円
介護予防ケアマネジメントの独自サービス以外（作成時）	4,420円
初回加算（新規に作成した初回のみ）	3,000円
委託連携加算（委託する月初回のみ）	3,000円

R6.4.1 改定

(2) 交通費

通常の事業の実施地域以外の地域を訪問し、指定介護予防支援を行う場合には、それに要した交通費の実費が必要となります。

4 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

介護保険法令の趣旨にしたがって、要支援状態にある高齢者に対し、適切な介護予防支援を提供します。

(2) 運営方針

- ① 介護予防の効果をもっと発揮できるように、利用者の意欲を高め、主体的な取り組みによる、自立の可能性を最大限に引き出す支援を行います。
- ② 他の保健医療サービスまたは福祉サービス等との連携や地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行います。
- ③ 利用者に提供される介護予防サービスは、公正、中立に行います。
- ④ 利用者は担当者に、複数の居宅サービス事業所の紹介を求めることができます。利用者は、その事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることができます。

- ⑤ 利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系のサービスの利用を希望している場合やその他必要な場合には、担当者は利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、ケアプランを医師等に交付します。
- ⑥ 担当者は、居宅サービス事業者等から利用者に係る情報（服薬状況・口腔機能等）の提供を受けた時や、利用者の心身又は生活状況に係る情報のうち必要時には、利用者の同意を得て主治医・歯科医師・薬剤師に情報を提供します。

(3) 取り組み

① 虐待の防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、職員に対して虐待防止の啓発・普及を目的とした研修・教育を実施するなど必要な措置を講じます。

② ハラスメントの防止

職員に対するハラスメント防止のため、利用者やその家族等に対しハラスメントについて説明を行い、職員に対し研修・教育を実施するなど必要な措置を講じます。（別紙）

③ 感染症や災害への対応

感染症や災害に備え、職員に対し研修会や訓練を実施し、必要なマニュアルを整備します。

5 センターの行うサービス内容に関する苦情

(1) 相談・苦情窓口

センターの介護予防支援に関する相談・苦情および介護予防サービス計画に基づき提供されているサービスについてのご相談・苦情を下記により承ります。

電話 0267-63-8430

(2) その他

以下の相談・苦情窓口にも苦情を伝えることができます。

- ① 佐久市 福祉部 高齢者福祉課 介護保険給付係 電話 0267-62-2111
- ② 長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 026-238-1555

6 担当職員の選択

利用者は、担当者を選択することができます。

- ① センター（野沢地域包括支援センター）に属する職員
- ② センターが、指定介護予防支援の一部を委託した指定居宅支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）

7 利用者へのお願い

- (1) 利用者が、病院又は診療所に入院した場合は、包括連絡先と担当者氏名を病院又は診療所に伝えてください。

センターにおいて交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

(2) 大規模な災害等によって、事業所と利用者との間で連絡が取れなくなった場合、その際の対応として、以下をお願いします。

① 家族と同居している場合、または独居ではあるが家族が近くにいる場合、家族の方で利用者の安否確認と必要時病院や避難所への搬送等の手続きをお願いします。

平時から避難所の確認と、近隣の方や民生委員等に有事の際の対応や見守り等を依頼、相談をしておいてください。

② 近隣に家族がおらず、また完全に独居の方の場合

家族自らが利用者宅まで駆けつけるか、若しくは平時から避難所の確認と近隣の方や、民生委員等に有事の際の対応や見守り等を依頼、相談をしておいてください。

(3) 当事業所は看護学生等の実習協力施設のため、看護学生等が同行訪問することがありますが、教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いします。

なお、臨地実習を通して知り得た利用者及び利用者の家族の方々に関する情報について、看護学生等が他者に漏らすことのないよう指導します。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

説明者 指定介護予防支援事業所 野沢地域包括支援センター

氏名 _____ 印

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 長野県佐久市 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄 _____)