

指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

1 事業所の概要

| | |
|---------|-----------------------------|
| 事業所名 | 伊勢崎市地域包括支援センター東 |
| 所在地 | 伊勢崎市三室町 4014 番地 20 |
| 電話番号 | 0270-75-5966 |
| 管理者 | センター長 大澤 誠 |
| 事業者指定番号 | 1000400083 |
| 指定年月日 | 平成 28 年 4 月 1 日 |
| 営業日 | 月曜日から金曜日(祝日、12月29日～1月3日を除く) |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時15分まで |
| 事業実施地域 | 伊勢崎市東圏域 |

2 職員の勤務体制に関する事項（令和7年4月1日現在）

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|----------------------------|--|----------------|
| 管理者 | <ul style="list-style-type: none">担当職員その他の従業者の管理、利用の申込みに係る調整、業務状況の把握その他の管理を一元的に行います。担当職員その他の従業者に法令等の規定を遵守されるため必要な指揮命令を行います。 | 常勤 1 名 (兼務) |
| 保健師 経験ある看護師 | | 常勤 1 名 |
| 社会福祉士 3年以上経験の社会 福祉主事 | 介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを行います。 | 常勤 1 名 |
| 主任介護支援専門員 介護支援専門員 | | 常勤 1 名 |
| 事務職員 | 介護予防給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 | 常勤 1 名 |

3 事業の目的と運営方針

目的 要支援認定者又は事業対象者が、介護予防サービス・支援計画書等の作成を通じて、居宅における自立した生活を継続するために必要な保健医療及び福祉サービスを適切に利用できるよう支援することを目的とします。

運営方針

- (1) 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できるよう配慮します。
- (2) 利用者の心身の状況やその置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、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ます。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者に提供される指定介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスが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平中立に行います。
- (4) 伊勢崎市、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び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。
- (5) 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）の作成にあたって利用者は、複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス計画原案に位置付けた介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること等につき十分説明を行います。

4 サービス内容等に関する事項

○サービス内容

- (1) 利用者の相談は、事業所内又は利用者の自宅、その他必要と認められる場所で行います。
- (2) 利用者や家族との面接により利用者の課題を把握し、自立した日常生活のために必要な目標を設定します。
- (3) サービス担当者会議等を通じ、目標の達成に必要な支援内容や期間を定めた介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）を作成します。
- (4) 介護予防サービス事業者等からの報告や継続的な状態確認により、計画の実施状況を把握し、必要に応じて計画変更を行います。
- (5) 計画に位置づけた期間が終了するときは、目標に照らした計画の達成状況につ

いて評価を行います。

- (6) その他必要な事項については、「伊勢崎市指定介護予防支援等の事業に係る基準等を定める条例」(平成27年3月25日条例第14号)第34条から第36条までの規定及び「伊勢崎市介護予防ケアマネジメント実施要綱」第4条に定める規定に従って実施します。

○利用料

要支援認定者又は事業対象者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。ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接当事業所に支払われない場合は、一ヶ月につき次項の金額をお支払いいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を介護保険担当課等の窓口に提出すると払い戻しが受けられます。

| 項目 | 料金 |
|---|--------|
| 介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費 | 4,512円 |
| 介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費 (高齢者虐待防止措置未実施減算適用時) | 4,471円 |
| 初回加算 | 3,063円 |
| 委託連携加算 | 3,063円 |

○利用期間

利用期間は、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用（変更）申込書」を受理した日から、要支援者又は事業対象者の該当を外れた日までとします。サービス提供時や利用者の状況等の変化に応じて適宜、アセスメントや基本チェックリストで本人の状態を確認していきます。ただし、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を利用した場合は、サービス開始日の前日までが利用期間となります。また、死亡や転出などにより伊勢崎市の被保険者資格を喪失した場合においては、資格喪失日の前日までが利用期間となります。

○秘密の保持

担当職員は、業務上知り得た利用者やその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。ただし、あらかじめ文書により同意を得た場合には、サービスの円滑な利用のために必要な範囲において、サービス提供事業者等に対し情

報を提供します。

○感染症対策の強化

感染症予防及びまん延防止のため、対策を検討する委員会の開催や指針の整備、担当職員への研修・訓練を実施します。

○業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等の策定、担当職員への研修・訓練を実施します。

○ハラスメント対策の強化

男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する責務を踏まえつつ、適切なハラスメント対策を行います。

○高齢者虐待防止の推進

利用者の人権擁護、虐待防止等のため、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催や指針の整備、担当職員への研修を実施します。また、虐待防止のための担当者を設置します。虐待防止に関する責任者 安達 徹

○身体拘束の禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得たうえで、その容態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

○業務の委託

伊勢崎市地域包括支援センター運営協議会において適當と認められた指定居宅介護支援事業者に、業務の一部を委託して実施する場合があります。

○事故発生時の対応

指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族及び管理者に連絡を行うとともに、伊勢崎市に報告するなど必要な措置を講じます。

○サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した介護予防支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下記「苦情相談窓口」のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。なお、事実確認を行う際は、公正中立の観点から複数の関係者から聴取するなど、多角的な観点から事実確認を把握するよう努めることとする。
- ・管理者は事実関係の確認を行う。
- ・事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら、事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。
- ・相談担当者は、把握した状況について分析を行い、対応を検討する。
- ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ対応方法を含めた結果報告を行う。
- ・苦情に関する内容や一連の対応、解決策等について、苦情相談対応記録票に内容を記録するとともに、苦情申立人に対してそれを提示して必要な報告を行い、署名又は記名押印によりその内容について了解を得ることとする。

○苦情相談窓口

(1) ○伊勢崎市地域包括支援センター東

所在地 伊勢崎市三室町 4014 番地 20

連絡先 0270-75-5966

苦情解決責任者 北爪 純子

(2) その他の苦情受付機関

○伊勢崎市長寿社会部地域包括支援センター

所在地 伊勢崎市今泉町二丁目410番地

連絡先 0270-27-2745

○伊勢崎市長寿社会部介護保険課

所在地 伊勢崎市今泉町二丁目410番地

連絡先 0270-24-5111（代）

○群馬県国民健康保険団体連合会

所在地 前橋市元総社町335番地8

市町村会館内

連絡先 027-290-1323

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供に当たり、本書に基づいて重要事項の説明を行いました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名 伊勢崎市地域包括支援センター東

説明者 職 _____ 氏名 _____
(委託事業者 _____)

私は、事業者から指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにかかる重要事項の説明を確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

署名代行者（又は法定代理人）

住所 _____

氏名 _____

利用者との続柄 _____

代筆理由（代筆の場合） _____