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

（金沢市地域包括支援センターみつくちしんまち）

当事業者は、契約者に対して介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供します。契約者に対する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あたり、事業者が契約者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1　地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）の概要

(1) 事業者名及び事業者番号

事　業　者　名	金沢市地域包括支援センターみつくちしんまち
所　　在　　地	石川県金沢市三口新町１丁目８番１号
介護保険事業者番号	石川県指定 第1700100140号
連　　絡　　先	TEL　０７６－２６３－７１６３ FAX　０７６－２６３－７２５３

(2) 事業者の主な職員体制

職　　種	人数	業　務　内　容
管 理 者（兼務可）	１名	統括、相談業務、介護予防サービス・支援計画書等作成等
保健師、その他介護予防支援に関する知識を有する職員	３名以上	介護予防サービス・支援計画書等作成、相談業務等

(3) 事業の実施地域

サービス提供実施地域	金沢市（崎浦地区・内川地区）

(4) サービスの提供時間（営業時間）

営 業 日	営業日　月曜日～土曜日 ただし、日曜日、国民の祝日に関する法律に定める日及び年末年始(12月30日～1月3日)を休日とします。
営業時間	営業時間 午前8時30分～午後5時30分まで(月曜日～土曜日) 緊急時等は24時間受付しています。

(5) 当事業者の法人概要

事業者名	社会福祉法人　陽 風 園
所 在 地	金沢市三口新町１丁目８番１号
連絡先（代表）	TEL　０７６－２６３－７１０１ FAX　０７６－２６０－０６３５
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長　　平 嶋　正 実

2　提供するサービスの内容

○「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント」は、契約者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むために、適切な保健医療サービス又は福祉サービスを適切に利用することができるよう、契約者の選択・同意に基づき、利用するサービスの種類及び内容、これを担当するサービス事業者等を定めた「介護予防サービス・支援計画書」を作成するとともに、当該計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、指定介護予防サービス事業者その他の事業者、関連機関との連絡調整その他の便宜の提供を行うサービスです。

○ 具体的には、次に掲げる業務を行います。

・契約者のお宅を訪問し、契約者の心身の状況、生活機能や健康状態、生活環境等を適切な方法により把握します。

・把握した内容と、契約者自身や家族の希望を踏まえ、契約者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービスの他、各種の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービスの利用等も含めた「介護予防サービス・支援計画書」を作成いたします。

・介護予防サービスをはじめとした各種サービスの提供の状況や、契約者の心身の状況や家族の環境について、「介護予防サービス・支援計画書」作成後も、継続的に把握・管理します。

・契約者の要支援認定の申請についてお手伝いします。

3　業務取扱い方針

○ 「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント」の実施に当たっては、適切なアセスメント（契約者の解決すべき課題の把握）の実施により、契約者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、契約者や契約者の家族の意向を踏まえた具体的な目標を設定するとともに、介護予防の効果を最大限に発揮する自立に向けた目標志向型の「介護予防サービス・支援計画書」を作成します。

○ 介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の３つの視点を踏まえ「介護予防サービス・支援計画書」を作成します。

①契約者の意欲を高め、契約者による主体的な取組を支援します。

②契約者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行います。

③他の保健医療サービス又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もった支援を行います。

○ 指定介護予防サービス事業者に対しては、「介護予防サービス・支援計画書」に基づき、個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況等に関する報告を指定介護予防サービス事業者から月に１回聴取します。

○ 少なくとも３か月に１回は、契約者のお宅を訪問し、面接を行い、モニタリング（介護予防サービス・支援計画書の実施状況の把握）を実施いたします。 契約者のお宅を訪問しない月は、特段の事情がない限り、指定介護予防通所介護事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問しての面接や電話等により契約者に連絡し、モニタリングを実施いたします。

なお、状況の変化があった場合等必要な場合については、必ず契約者のお宅を直接訪問して面接を行ないます。

○ 法令等に基づき、業務を指定居宅介護支援事業者に委託する場合においても、業務が適切に実施されるよう、「介護予防サービス・支援計画書原案」の内容を確認するとともに、必要に応じ指定居宅介護支援事業者に助言・指導を行ないます。

○ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立って、契約者に提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。

○ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、金沢市、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

○ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、契約者の要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療との連携に十分配慮して行います。

○ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

４　業務の委託

契約者の同意により、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

委託する場合、指定居宅介護支援事業者名、担当職員名等は別途お知らせします。委託する場合は、サービスに関するお問い合わせ、不明な点等の連絡は、委託先の担当職員が窓口になります。

５　公正中立なケアマネジメントの確保

契約者はケアプランに位置付ける介護サービス事業所等について､複数の指定介護予防サービス事業者の紹介やその選定理由について事業者に求めることができます。

６　費用

○ 利用料

【介護予防支援】
介護予防サービス計画作成に係る費用は介護報酬告示上の金額となります(令和８年６月現在:
基本報酬単価　442 単位、初回加算　300 単位、委託連携加算　300 単位、処遇改善加算　月の

総単位数に 2.1%乗じた単位）。費用は介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。ただし、介護保険料の滞納等により被保険者証に支払方法変更の記載がある場合には、事業者にお支払いください。この場合、事業者は介護予防支援提供証明書を発行いたしますので、この証明書と領収書を添付して市役所の窓口に申請していただくと、払い戻しされることがあります。
【原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）】 ケアマネジメント作成に係わる費用は地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。
【初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）】 ケアマネジメント作成に係わる費用は地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。

＊介護報酬改定により、上記の利用料については変更になる場合があります。

○ その他の費用

・事業者の担当者が、通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払が必要となる場合があります。

・複写交付料として、契約者の希望に応じてサービス提供についての書類等を交付する場合には、複写に要する実費をご負担いただく場合があります（一枚につき 10 円)。

＊利用料及びその他の費用は、現金にて、請求日から 30 日以内にお支払い願います。

7　事故発生時の対応

(1) 契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該契約者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を残します。さらに、原因の解明と再発防止策を講じるように努めます。

(3) 契約者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8　緊急時等における対応

当事業者のサービス提供中に、契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡する等の必要な措置を講じます。

9　医療との連携

当事業者と入院先医療機関との連携がスムーズに図れるよう、契約者が入院した場合には、担当職員の氏名及び連絡先を入院先の医療機関にお伝えください。

１０　高齢者虐待防止について

(1) 虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を整備し、職員による委員会の開催及び職員周知のための研修を実施します。

(2) 虐待防止の措置を適切に実施する担当者を以下のとおり定めます。

○虐待防止担当者　　社会福祉士　　岩 本　正 宏

１１　身体拘束等について

当事業者は、契約者又はその他の契約者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その旨を本人または家族に説明し、その同意を得た上で、その態様及び時間、契約者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録します。

１２　業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、契約者に対する指定介護予防支援の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

１３　ハラスメント対策

(1) 当事業者は職員によるハラスメント防止に取り組みます。

(2) 契約者やその家族が当事業者の職員に対して行う、暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の迷惑行為やセクシャルハラスメント等のハラスメント行為を禁止します。

１４　苦情等の受付について

(1) 苦情等の受付

当事業者における苦情等は、以下の専用窓口で受け付けます。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることが出来ます。第三者委員は、円滑に苦情を解決するため、双方への助言や話し合いへの立会いなども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円満な解決に努めます。

○苦情解決責任者　　陽風園地域福祉プラザ施設長　　垣 内　光 子

○受付窓口

担　当　者　　管理者　　大 谷　美 里

代理担当者　　地域福祉支援員　　谷 内　和 子

地域福祉支援員　　岩 本　正 宏

○受付時間

月曜日～土曜日（祝日、年末年始は除く）

（月～土）　８：３０～１７：３０

○第三者委員

城崎　亮	金沢市みずき４－４５	０９０－７０８０－８６８６
髙窪香代	金沢市別所町ヲ９０－２	０９０－５６８６－９８５５
山岸清孝	金沢市三口新町１丁目５番６号	０９０－３７６８－１４２０

(2) 行政機関及びその他苦情受付機関

①金沢市介護保険課

・要介護認定、保険料の決定など市の対応に関すること、サービス事業者・介護保険施設に対する不満などの苦情や相談を受け付けます。

電話	０７６－２２０－２２６４
電子メール	kaigo@city.kanazawa.lg.jp

②金沢市介護保険運営協議会苦情等専門部会

・介護保険の権利擁護委員が契約者の権利や利益を守るため、苦情の申立てや相談を受け付けます。

金沢市介護保険課内	０７６－２２０－２２６４

③石川県国民健康保険団体連合会

・介護保険サービスに関する相談窓口を設置しています。

介護サービス苦情１１０番	０７６－２３１－１１１０
電子メール	kaigo110@sr.incl.ne.jp

④石川県介護保険審査会

・要介護認定など市の行った処分に対して、通知書を受け取った日の翌日から６０日以内に審査請求をすることができます。

石川県長寿社会課	０７６－２２５－１４１６

⑤石川県福祉サービス運営適正化委員会　　石川県社会福祉協議会内

電話	０７６－２３４－２５５６
電子メール	sou@isk-shakyo.kanazawa.or.jp

※　③④⑤については介護予防支援のみ対象です。

(3) 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況について直近なし。

１５　個人情報について

当事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのサービスを提供する際に、契約者の個人情報を以下のことに留意し使用します。

(2) 使用する目的

契約者のための介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議やサービス提供事業者との連絡調整において必要な場合に使用します。

(3) 使用する期間

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの開始の日（契約締結日）から終了の日（解約日）までの期間とします。

(4) 条件

①個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

②個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておきます。

(5) その他の留意事項

介護予防サービスの質の向上のための研修会等で、事例研究発表等を行う場合があります。この場合、個人を特定できないよう配慮します。

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。

金沢市地域包括支援センターみつくちしんまち
説明者　　職名　　介護支援専門員

氏名

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。

契約者　　住所

氏名

（署名又は記名押印）

私は、契約者からの委任又は家庭裁判所の審判に基づく契約者の代理人として、事業者から重要事項の説明を受け、契約者に代わって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。

代理人　　住所

氏名

（契約者との関係　　）

私は、契約者が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たことを確認しましたので、契約者の依頼を受け、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行人　　住所

氏名

（契約者との関係　　）