

重要事項説明書

ご利用者氏名 _____ 様

社会福祉法人 福音会

(指定介護予防支援事業所)

町田市忠生第2高齢者支援センター

(2025年4月改定)

目次

1. 相談窓口
2. 事業所の概要
3. ケアプラン作成の委託
4. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセス
5. 利用料金
6. 事業継続、高齢者虐待防止の取り組み
7. サービス利用方法
8. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの方針
9. 利用者の解約権
10. 事業者の解除権
11. 苦情相談窓口

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. 予防支援事業所が提供するサービスについての相談窓口、及び連絡先は次のとおりです。
ご不明な点は、遠慮なくおたずねください。

電話 042-792-1105 (午前8時30分～午後5時00分まで)

担当 ()

※医療と介護の連携の上でも、入院する必要がある場合は、担当職員の氏名等を入院先の医療機関にお伝え下さい。

2. 町田市忠生第2高齢者支援センターの概要

(1) 事業所の概要

事業所名	町田市忠生第2高齢者支援センター
所在地	東京都町田市山崎町2200番地 3-18-101
介護保険指定番号	町田市1303200040号
サービスを提供する地域	町田市内(山崎町、山崎、木曽町、木曽東、木曽西) ※本町田の公社住宅町田木曽を含む、木曽東住所の都営木曽森野アパートは除く

(2) 事業所の職員体制(2025年4月現在)

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	主任介護支援 専門員	1名		管理業務/介 護予防支援業 務	1名
介護予防支 援担当職員	看護師、保健 師	3名		介護予防支援 業務	3名
介護予防支 援担当職員	社会福祉士	7名		介護予防支援 業務	7名
介護予防支 援担当職員	主任介護支援 専門員	3名		介護予防支援 業務	3名
介護予防支 援担当職員	介護支援専門 員		1.4名	介護予防支援 業務	1.4名
事務職員			0.5名	請求事務	0.5名

(3) 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時00分
休業日	日曜・祝日及び年末年始(12/29～1/3)

* 休日夜間等緊急時の連絡先及び電話番号 042-792-1105

3. ケアプランの作成等の委託について

当事業所は、ケアプランの作成事務、ご利用者宅へ訪問して行う経過観察及びこれらに付随する事務を居宅介護支援事業者に委託することができます。この場合、委託先の事業者名及び担当者の氏名をお知らせします。

4. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセス

(1) 利用申込みの受付

被保険者証を確認し、サービス利用について説明します。重要事項説明書を交付し、説明し、同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらい市に届け出ます。

(2) 契約締結

利用申込者と契約を締結します。

(3) アセスメント

市から認定調査結果及び主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し利用者及び家族に対しアセスメントを行います。(認定申請を行っている場合)

(4) ケアプラン原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と相談し、利用者と合意した結果に基づき、ケアプラン原案を作成します。

(5) サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、ケアプラン原案について専門的な意見を聴取します。

(6) ケアプランの交付

利用者または家族に説明し、同意を得た後、ケアプランを利用者または家族に交付します。

(7) サービスの提供

サービス提供事業所に対し、ケアプランに基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

(8) モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により計画の実施状況を把握します。

(9) 評価

ケアプランに位置付けた期間が終了する月に、計画の達成状況について評価を行います。

(10) 給付管理業務

サービスの利用実績を確認し、所定書式に記載します。

(11)介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領します。

※当事業所は、上記事務のうち（１）（２）及び(11)に係る事務以外、その実施を居宅介護支援事業所に委託することができます。この場合、ケアプランが作成された段階で、当事業所はその内容が適切であるかを確認します。業務委託をする場合も、ケアプランに対しての関与や連携体制を継続します。

5. 利用料金

介護予防支援利用料及び介護予防ケアマネジメント利用料は、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以降1か月あたり¥4,915です。ただし、初回月及び委託時における居宅介護支援事所との適切な情報連携等を行った場合に限り¥3,336加算されます。なお、法定代理受領によりこの介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに対し、当事業者に介護保険給付及び事業費が支払われる場合、利用者の自己負担はございません。

6. 事業継続、高齢者虐待防止の取り組み

感染症まん延時や大規模災害時においても事業継続や早期の事業再開をはかることができるよう、当事業所は業務継続計画を策定しています。

虐待の発生またはその再発を防止するための措置として、当事業所は委員会を開催し指針を整備、研修を管理者が担当し実施しています。

7. サービスの利用方法

電話や来所でご相談ください。町田市忠生第2高齢者支援センターの職員がお伺いいたします。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

なお、介護保険法第115条の21第3項の規定に基づき介護予防支援業務の一部を居宅介護支援事業所に委託した場合、居宅介護支援事業所の介護支援専門員がサービスを提供します。

8. 当事業所の介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの方針等

(1) 運営の方針

① 介護保険の被保険者が要介護状態等になることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援するように努めます。心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、サービス事業所その他の適切な事業が包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を提供します。

② 事業の実施にあたり、利用者の意志及び人格を尊重し、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に提供されるよう公正中立な立場でサービスの調整を行います。関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関、総合事業事業者、住民の自発的な活動によるサービス等との連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

③ 担当職員へ各職種別の専門的な研修および教育を重点的にを行い、担当職員の資質向上を図り、担当職員が期待される役割を果たせるように務めます。

④ 当事業者は、利用者に対する指定居宅介護予防又は介護予防ケアマネジメント支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに区市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。サービスの提供にともなう、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。但し、利用者または利用者の家族等に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

9. 利用者の解約権

利用者は事業者に対し、契約の解約を申し出ることができます。この場合、1か月以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

利用者は、次の各号に事業者が該当する場合には、直ちに契約を解除することができます。

- 1) 事業者または相談員が、正当な理由なく、介護保険法等関係法令及びこの契約書に定めた事項を遵守せずに、サービスの提供を怠った場合。
- 2) 事業者または相談員が、守秘義務に違反した場合。
- 3) 事業所が、破産等により事業を継続する見通しが困難になった場合。

10. 事業者の解除権

事業者は利用者に対し、利用者の非協力的な態度など利用者及び事業者間の信頼関係を損壊する行為をなし、この契約の目的を達することが困難となった時は、1か月以上の予告期間をもって書面によりこの契約を解除します。

また、暴力または暴言、過度な要求、身体への不必要な接触、性的言動などハラスメントとみなされる行為があった場合は、直ちにこの契約を解除します。

11. サービス内容に関する苦情

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに関する相談、要望、苦情等は担当職員か下記窓口までお申し出ください。

※ 町田市忠生第2高齢者支援センター 苦情受付、解決責任者
センター長 星野 晃 電話 042-792-1105

※ 社会福祉法人福音会 お客様相談窓口
福音会本部 事務局 電話 042-734-0631

※ 町田市の苦情相談担当
町田市 高齢者支援課 電話 042-724-2146
介護保険課 電話 042-724-4366

※ 東京都の相談窓口
東京都国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0177

利用申込にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

【説明日】 _____年_____月_____日

【説明者】 所 属 町田市忠生第2高齢者支援センター
所在地 東京都町田市山崎町2200番地 3-18-101

氏 名

私は、事業者から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス（ケアプラン作成）の利用について重要事項に関する説明を受けました。

【利用者】 住 所

氏 名

【署名代行者】 住 所

氏 名 _____ 続柄

代行理由