

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 調布市地域包括支援センター至誠しばさきの概要

(1) 介護予防支援事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	調布市地域包括支援センター至誠しばさき
所在地	調布市柴崎1-6-8 鴨志田荘2-1階
連絡先	042-488-1300
介護保険指定番号	介護予防支援 (1304200106号)
サービスを提供する地域※	調布市菊野台1丁目36番地1〜3、37番地、38番地1、39番地 (国税寮1と2)、40番地、41番地、45番地〜56番地 柴崎町全域 西つつじヶ丘1丁目6番地〜21番地、40番地〜58番地、 西つつじヶ丘2丁目4番地、28番地〜30番地 佐須町1丁目1番地〜14番地・2丁目・3丁目25番地〜41番地・4丁目・5丁目、 調布ヶ丘3丁目23番地〜25番地、28番地〜40番地、45番地〜74番地 深大寺東町2丁目7番地〜9番地、21番地〜24番地 深大寺東町3丁目・4丁目 深大寺南町1丁目1番地〜12番地、14番地、18番地〜20番地、 21番地1〜7、21〜、23番地、24番地 深大寺南町2丁目1番地〜14番地・3丁目7番地〜17番地 深大寺南町5丁目41番地〜43番地 深大寺元町2丁目4番地

※上記地域以外の方でもご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制 (令和3年10月1日現在)

	常勤	非常勤	計
管理者	1名(兼務)		1名
介護予防支援ならびに介護予防ケアマネジメント担当職員	6名	2名	8名

(3) 営業日及び営業時間

月〜金曜日	午前9時〜午後6時
土曜日	午前9時〜午後5時

(※ 日曜及び祝日、12月30日〜1月3日は休みとします。)

2 介護予防支援(要支援認定の方)の実施について

要支援認定で「要支援1」または「要支援2」の認定結果が出た後、ご利用者からの申込みがあった場合、内容を説明した契約書をお互いにとりかわします。次にご利用者及びご家族等の意見をお聞きしながら、介護予防サービス計画書あるいは介護予防ケアマネジメント計画書を作成します。またご利用者の希望等により、当事業所と委託契約をしている居宅介護支援事業者が代わって介護予防サービス計画書あるいは介護予防ケアマネジメント計画書を作成します。介護予防サービス事業者を選択していただき、計画書に基づいて、サービスのご利用につなげていきます。介護予防サービス事業者の選択にあたっては、複数の事業所の紹介を求めたり当該事業所を計画書に位置付けた理由を求める事が可能です。

3 総合事業(介護予防ケアマネジメント)(要支援認定を持たない方)の実施について

「基本チェックリスト」の項目に該当し、事業対象者と決定され、ご利用者からの利用申し込みがあった場合、内容説明した契約書により、ご利用者およびご家族と相談の上「介護予防ケアマネジメント計画書」を

作成いたします。介護予防ケアマネジメント計画書作成からサービス利用までの流れは、要支援認定を受けた方と同様です。

4 介護予防サービス計画書、介護予防ケアマネジメント計画書作成等の委託について

当事業所は、ご利用者の希望等により、計画書の作成事務、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・所在地・連絡先をお知らせします。

委託内容は以下のとおりです。

- ① アセスメント(課題分析)
- ② 介護予防サービス計画書および介護予防ケアマネジメント計画書の作成及び交付
- ③ 利用者及び家族等との連絡調整
- ④ サービス担当学会議の召集及び開催
- ⑤ サービス事業所等との連絡調整
- ⑥ サービス実施状況の把握
- ⑦ 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント計画実施の評価
- ⑧ 給付管理

5 ご利用料金

(1) 利用料

介護予防支援、介護予防マネジメントの利用料は以下の通りです。

要支援認定を受けられた方は、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。また、事業対象者になられた方も、調布市から全額支給されますので自己負担はありません。

項 目	料金 (月) 令和3年10月～
・初回のプラン作成の場合 ・初回のプランで居宅介護支援事業所に委託する場合	8, 1 5 4 円 1 1, 4 6 9 円
2回目以降のプラン作成の場合	4, 8 3 9 円

(2) 交通費

調布市にお住まいの方は、無料です。

※ 市外に出張した場合

当事業所職員または当事業所が委託している居宅介護支援事業者が業務のため市外に出張した場合は、交通費の実費が必要となります。

(3) 解約料

契約を解約するにあたって、一切料金はかかりません。

(4) その他

支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①要支援認定を受けている方

電話等でお申し込みください。当事業所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。

②要支援認定を受けていない方

市（高齢者支援室）または地域包括支援センターにご相談ください。

(2) サービスの終了

- ① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合
文書でお申し出くださればいつでも解約できます。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1か月前までに通知するとともに、地域の他の介護予防支援事業者をご紹介します。
- ③ 自動終了
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ ご利用者が介護保険施設に入所したとき。
 - ・ ご利用者が認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護に利用移行したとき。
 - ・ ご利用者が当該生活圏域より、転居、転出したとき。
 - ・ ご利用者がお亡くなりになったとき。
- ④ サービスの一時休止
 - ・ ご利用者の要介護認定区分が非該当または要介護認定となった場合は、その認定後12月間は一時休止とし、その後再申請及び更新時の要介護認定審査において再び要支援認定と決定された場合ならびに基本チェックリストで事業対象者に該当した場合に限り、この契約を復活できるものとします。
 - ・ 災害及び感染症等やむを得ない事情により、サービスを一時休止させていただく場合がございます。その場合は地域の他の介護予防支援事業者と協力いたします。
- ⑤ その他
ご利用者やご家族等が当事業所や当事業所の担当職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行いその改善が見込めない場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合があります。この場合にも地域の他の介護予防支援事業者をご紹介します。

7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの特徴等

- (1) 高齢になっても、住み慣れた地域で安心して生きがいを持って生活し続けられるよう、一人ひとりに必要な支援が提供されることを目指します。
- (2) ご利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその住み慣れた自宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- (3) ご利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、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て行います。
- (4) 事業の提供に当たっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
- (5) 事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者又はご家族等に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- (6) 事業の運営に当たっては、関係市町村、他の地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、特定相談支援事業者、介護保険施設、住民主体の地域における様々な取り組みを行う者、医療保健機関等との連携に努めます。

8 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情担当

当事業所の介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関するご相談、苦情及び介護予防サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担 当 調布市地域包括支援センター至誠しばさき 電話 042-488-1300
管理者名 芳村 光守

そのほか、至誠ホームには「至誠ホーム利用者相談委員会」が設置されており、意見・要望・苦情等の窓口対応をしております。

「至誠ホーム利用者相談委員会」

電話 042-527-0374 FAX 042-527-2646

受付時間は午前10時から午後4時（月曜日～金曜日）

(2) その他

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

調布市福祉健康部高齢者支援室高齢福祉担当計画係 電話 042-481-7321

東京都国民健康保険団体連合会 介護保険部相談指導課相談窓口 03-6238-0177

9 その他

(1) 事前に、当事業所または当事業所が委託する居宅介護支援事業者を通じて調整を行わず、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント計画外のサービスを受けた場合は、すみやかに当事業所または当事業所が委託する居宅介護支援事業所にその旨をご連絡ください。

(2) 介護予防サービス、介護予防ケアマネジメント計画期間中に医療機関に入院した場合は、介護予防支援ならびに介護予防ケアマネジメントの担当職員の氏名を入院先医療機関に提供してください。

(3) 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント計画期間中に以下の事由が発生した場合については、すみやかに当事業所にその旨をご連絡ください。

- 被保険者証の記載内容に変更が生じた場合や要介護認定申請を行なった場合
- 各種の減免に関する決定等を受けた場合
- 生活保護・公費負担医療の受給資格の得喪があった場合

事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基ついて重要な事項を説明し、交付しました。

<事業者>

所在地 調布市柴崎1-6-8 鴨志田荘2-1階

法人名 社会福祉法人 至誠学舎立川 至誠ホーム

代表者 至誠ホーム長 旭 博之 印

事業所名 調布市地域包括支援センター至誠しばさき

令和 年 月 日

私は、本書面により事業所から事業について重要事項の説明を受け同意しました。

<利用者>

住 所

氏 名 印

<利用者代理人>

住 所

氏 名 印