

# 介護予防支援 ・ 介護予防ケアマネジメント に関する重要事項説明書

この重要事項説明書は「川西町指定介護予防支援等の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第7条の規定に基づき、ご利用者にあらかじめ説明しなければならない内容を示したものです。

川西町地域包括支援センター

あなたに対する介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、川西町地域包括支援センターがあなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1 事業の目的及び運営の方針

### (1) 事業の目的

介護保険法の介護予防の理念に基づき、利用者が住み慣れた場所で安心して生活を継続することができるように、自分でできることはできる限り自分で行うことを基本として、利用者のできることを利用者と一緒に発見し、利用者の生活活動レベルを高め、生活の質を向上することを目的とします。

### (2) 運営の方針

ア 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことのできるよう介護予防サービス計画の作成を行います。

イ 利用者の心身の状況、その環境等に応じて、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・効率的に提供されるよう配慮します。

## 2 当事業所の概要

### (1) 事業所の所在

|      |                           |     |              |
|------|---------------------------|-----|--------------|
| 事業所名 | 指定介護予防支援事業所 川西町地域包括支援センター |     |              |
| 設置者  | 川西町長 茂木 晶                 | 管理者 | 介護主幹 中山 恵    |
| 所在地  | 川西町大字上小松977番地1            |     |              |
| 電話   | 0238-42-6638              | FAX | 0238-42-6614 |

### (2) 職員の職種及び職務内容等

| 職種           | 常勤<br>(人) | 非常勤<br>(人) | 職務内容                        |
|--------------|-----------|------------|-----------------------------|
| センター所長       | 1         |            | 総括管理・運営                     |
| センター副所長      | 1         |            |                             |
| 主任介護支援専門員    | 1         |            | 介護予防支援業務・<br>介護予防ケアマネジメント業務 |
| 介護支援専門員      |           | 1          |                             |
| 保健師          | 2         |            |                             |
| 社会福祉士        | 1         |            | 生活支援コーディネーター業務              |
| 生活支援コーディネーター |           | 2          |                             |

### (3) 営業日及び営業時間

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 営業日(時間) | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| 休業日     | 土・日・祝日及び年末年始休み     |

### 3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供方法及び内容

| 内 容                        | 提 供 方 法   |
|----------------------------|---|
| 相談・説明                      | 介護保険や介護に関すること、その他川西町の保健福祉サービス等について幅広くご相談に応じます。  |
| 主治医・医療機関との連携               | 介護予防サービス計画の作成時（又は変更時）やサービスの利用時に必要な場合は、利用者の同意を得た上で、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。  |
| 介護予防サービス計画の作成              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者宅を訪問し、利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。</li> <li>2 自宅周辺地域における介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス事業者やインフォーマルサービス事業者が実施しているサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者やご家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。</li> <li>3 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供するうえでの留意点などを盛り込んだ介護予防サービス計画の原案を作成します。</li> </ol> |
| 介護予防サービス事業者等との連絡調整・便宜の提供   | 介護予防サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス事業者との連絡調整を行います。   |
| サービス実施状況の把握・介護予防サービス計画等の評価 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者及びその家族と連絡をとり、サービスの実施状況の把握に努めます。</li> <li>2 利用者の状態について定期的に再評価を行い、利用者の申し出により又は状態の変化等に応じて介護予防サービス計画の評価、変更等を行います。</li> </ol>  |
| 要介護認定等にかかる申請の援助            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者の意思を踏まえ、要介護認定または要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）の申請に必要な協力を行います。</li> <li>2 利用者の要支援認定有効期間満了の60日前には、要介護認定等の更新申請に必要な協力を行います。</li> </ol>  |
| 介護支援専門員の変更                 | 介護支援専門員（介護予防支援業務の委託先の従事者）の変更を希望する場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。  |

### 4 利用料金及びその他費用

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては、介護給付費から全額給付されるので、原則として利用者の負担はありません。

#### 介護予防支援費

|                   |            |
|-------------------|------------|
| 初回利用月             | 7, 4 2 0 円 |
| 2 か月目以降           | 4, 4 2 0 円 |
| 委託連携加算            |            |
| 指定居宅介護支援事業所委託連携加算 | 3, 0 0 0 円 |

ただし、利用者に保険料の滞納がある場合には、1ヶ月あたりの料金をいただき、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川西町役場の担当窓口  
に提出しますと、後日払い戻しとなる場合があります。また、滞納期間によっては、全額  
が利用者のご負担となる場合もあります。

5. 虐待防止のための措置

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置  
を講じます。

- (1) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施。
- (2) 利用者様やご家族からの苦情処理体制を整備。
- (3) 利用者様等に対する高齢者虐待に相当する行為やそのおそれのある状態を知った場  
合には、関係機関と連携し、その解決のために必要な措置。

6. 実施地域

川西町全域

7. 相談・苦情の窓口

当事業所の介護予防支援に関する相談・苦情については、下記のところで承ります。

| 担 当            | 電 話                     |
|----------------|-------------------------|
| 川西町地域包括支援センター  | 0 2 3 8 - 4 2 - 6 6 3 8 |
| 川西町福祉介護課介護グループ | 0 2 3 8 - 4 2 - 6 6 3 8 |
| 山形県健康福祉部高齢者支援課 | 0 2 3 - 6 3 0 - 3 1 2 3 |
| 山形県国民健康保険団体連合会 | 0 2 3 7 - 8 7 - 8 0 0 6 |

- 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、利用者に対して本書面  
に基づいてサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和      年      月      日

所 在 地    川西町大字上小松977番地1

【事業者】 名      称    川西町地域包括支援センター

説明者氏名 \_\_\_\_\_

- 私は、本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

【利用者】 住      所    川西町大字 \_\_\_\_\_

氏      名    \_\_\_\_\_

(代理人) (選定した場合) 住      所    \_\_\_\_\_

氏      名    \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_