

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援 重要事項説明書

(事業の目的)

第1条 岩国市地域包括支援センター（以下「地域包括支援センター」という。）が実施する介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援事業（以下「事業」という。）は、介護保険制度の基本理念に基づき、利用者ができる限り在宅で自立した日常生活を継続できるよう支援することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業は、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本として、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指すものとする。

2 事業は、利用者の意思及び人格を尊重し、提供される介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正・中立に行うものとする。

3 この事業の運営に当たっては、介護保険法その他関係法令を遵守するものとする。

(対象者)

第3条 事業の対象となる者は、基本チェックリストにより「事業対象者」となった者、「要支援1」又は「要支援2」の認定を受けた者とする。

(事業者の概要)

第4条 事業者の概要は次の表のとおりとする。

法人名称	岩国市
代表者	岩国市長
所在地	岩国市今津町一丁目14番51号

(地域包括支援センターの概要)

第5条 地域包括支援センターの概要は次の表のとおりとする。

事業所の名称	班の名称	担当地区	所在地	電話番号 (FAX)
岩国市地域包括支援センター	地域包括支援班		岩国市今津町一丁目14番51号	0827-29-2566 (0827-22-0928)
	地域包括支援第一班	麻里布、東、装港、小瀬、柱島	岩国市室の木町三丁目1番11号	0827-24-3781 (0827-24-3782)
	地域包括支援第二班	岩国、平田、藤河、御庄、師木野、北河内、南河内		0827-24-3700 (0827-24-3782)
	地域包括支援第三班	由宇	岩国市由宇町中央一丁目10番11号	0827-63-3113 (0827-63-3112)
	地域包括支援第四班	周東	岩国市周東町下久原1208番地1	0827-84-3615 (0827-84-7711)
		玖珂	岩国市玖珂町4933番地2	0827-82-0368 (0827-82-6139)

事業者番号：3500800010号

(職員の体制)

第6条 地域包括支援センターが実施する指定介護予防支援における職員体制は次のとおりとする。

事業所の名称	班の名称	職 種	職員数 (※)	区分	備 考
岩国市地域包括支援センター	地域包括支援班	管理者	1	常勤	
		保健師	3	常勤	
		社会福祉士	2	常勤	
		事務職員	2	常勤	
	地域包括支援 第一班	保健師	3	常勤	
			2	常勤兼務	健康推進課勤務
			2	非常勤	会計年度任用職員
		社会福祉士	1	常勤	
		主任介護支援専門員	1	常勤兼務	健康推進課勤務
			1	非常勤	会計年度任用職員
		介護支援専門員	1	非常勤	会計年度任用職員
		看護師	2	非常勤	会計年度任用職員
	地域包括支援 第二班	保健師	3	常勤	
			3 (2)	常勤兼務	健康推進課勤務
			1 (0)	非常勤	会計年度任用職員
		社会福祉士	1	常勤	
		主任介護支援専門員	1	常勤	
		介護支援専門員	2	非常勤	会計年度任用職員
		看護師	1	非常勤	会計年度任用職員
	地域包括支援 第三班	保健師	2	常勤兼務	健康推進課勤務
		社会福祉士	1	常勤	
		主任介護支援専門員	1	常勤	
			1	非常勤	会計年度任用職員
		看護師	1	非常勤	会計年度任用職員
	地域包括支援 第四班	保健師	3	常勤	
			1	常勤兼務	健康推進課勤務
		社会福祉士	1	常勤	
		主任介護支援専門員	1	常勤兼務	健康推進課勤務
			1	非常勤	会計年度任用職員
		介護支援専門員	1	非常勤	会計年度任用職員
		看護師	2	非常勤	会計年度任用職員

注 括弧内の員数は、産休・育休等の長期休暇を除いた数とする。

※ただし、人事異動等により、上記の員数と異なることがある。

(営業日及び営業時間)

第7条 営業日及び営業時間は次のとおりとする。

営 業 日	月曜日から金曜日
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時15分
休 業 日	(1)日曜日及び土曜日 (2)国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する休日 (3)1月2日及び同月3日並びに12月29日から同月31日までの日

(事業の提供方法及び内容)

第8条 事業の提供方法及び内容は、次のとおりとする。

(1) 利用契約の締結

利用申込者又はその家族等に重要事項説明書を交付して説明を行い、同意を得た上で事業に係る契約を締結する。

(2) アセスメント(状態の把握)

当該契約を締結した利用申込者(以下「利用者」という。)の居宅を訪問し、利用者及び家族等(以下「利用者等」という。)に対してアセスメントを行う。

(3) 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)原案(以下「原案」という。)の作成

アセスメント結果等を基に、課題に対する目標及び具体策を示し、複数のサービス事業者の紹介を求めることや、原案に位置付けたサービス事業者の選定理由の説明を求めることが可能であることを説明し、利用者等と合意した上で、原案を作成する。医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を聴取する。

(4) サービス担当者会議の開催(介護予防支援、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)、簡略化した介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントB)(※省略する場合もあり)において実施)

サービス担当者会議(原案に位置付けた介護サービス等の担当者(以下「担当者」という。)を招集して行う会議をいう。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該原案の内容について、担当者に専門的な見地からの意見を求める。

(5) 原案の説明

利用者等に原案の内容について説明し、同意を得た上で計画を作成する。

(6) 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)(以下「計画書」という。)の写しの交付

計画を作成した際には、利用者等に計画書の写しを交付するとともに、医療サービスの計画を作成した場合は意見を聴取した医師にも当該計画書を交付する。

(7) サービス事業者への連絡調整等

介護予防サービス事業者に対し、計画書に基づき適切に介護予防サービス(以下「サービス」という。)が提供されるよう計画の提出を求める。また、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回聴取し、その他必要に応じて連絡調整を行う。

(8) 達成状況の把握

ア サービス提供開始月の翌月から起算してケアマネジメントA及び予防支援の場合は3ヶ月に1回、ケアマネジメントBの場合は6ヶ月に1回利用者の居宅を訪問し、面接を行った上で計画の実施状況を把握する。利用者の居宅を訪問しない月は、介護予防サービス事業所への訪問による面接、電話等の方法により、サービスの提供状況を把握する。

イ ケアマネジメントCの場合は3ヶ月後の初回のみ計画の実施状況を把握する。

ウ 利用者の状況の変化があった場合等必要に応じて、利用者の居宅を直接訪問して面接を行う等、状況の把握に努める。

エ 利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、必要と認めるものを、利用者の同意を得て、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供する。

(9) 達成状況の評価

計画に位置付けた期間が終了したときは、当該計画の目標の達成状況について評価する。

(10) 給付管理及び介護報酬の請求

介護予防サービス事業者が利用者に提供したサービスの実績を確認し、国民健康保険団体連合会に介護報酬の請求を行う。

(計画の変更)

第9条 利用者が、計画の変更を希望した場合、又は地域包括支援センターが計画の変更が必要と判断した場合は、前条第2号から第6号までの規定を準用する。

(事業の担当者)

第10条 地域包括支援センターは、保健師その他事業に関する知識を有する職員を、利用者への業務に従事させるものとする。

2 地域包括支援センターは、地域包括支援センターと業務委託契約を締結した居宅介護支援事業所の介護支援専門員を業務に従事させることができるものとする。

(利用料等)

第11条 事業の利用料については、介護保険から全額支給されるので利用者の自己負担はないものとする。ただし、保険料の滞納により、給付制限を受けた場合など、法定代理受領ができなくなった場合には、介護報酬に規定された額と同額の利用料を利用者から徴収するものとする。

2 利用者が、地域包括支援センターに対し利用料を支払った場合、地域包括支援センターは利用者に対し「介護予防支援提供証明書」を発行するものとする。

3 利用者が、「介護予防支援提供証明書」を持参の上、岩国市高齢者支援課の窓口で手続きをすることで、地域包括支援センターに対して支払った利用料の払い戻しを受けることができるものとする。

(通常の実施地域)

第12条 通常の実施地域は、第5条の表に掲げる担当地区とする。ただし、市外に居住する事業対象者及び要支援認定者が事業の提供を希望する場合、地域包括支援センターは適切に事業を提供することができるよう努めるものとする。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第13条 地域包括支援センターは、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の

整備を行うとともに、職員に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとする。

(個人情報の使用等及び秘密の保持)

第 14 条 地域包括支援センター及び地域包括支援センターと業務委託契約を締結した居宅介護支援事業所は、利用者等の個人情報を保持するものとする。

2 地域包括支援センター及び地域包括支援センターと業務委託契約を締結した居宅介護支援事業所は、次に掲げるサービス計画立案等のために必要な範囲内において、個人情報を使用、提供又は収集するために、利用者等の同意をあらかじめ得なくてはならないものとする。

(1) 利用者に関わるサービス計画の立案、作成及び変更に必要な場合

(2) 利用者に介護予防サービスを提供するために必要な場合

(3) サービス担当者会議その他介護支援専門員とサービス事業者との情報共有及び連絡調整等のため必要な場合

(4) 利用者が医療サービスの利用を希望し、主治医の意見を求める必要のある場合

(5) 利用者の容態の変化等に伴い、親族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合

(6) 地震・台風等の災害時又はその他緊急連絡を要する場合

(7) 行政機関の指導又は調査を受ける場合

3 地域包括支援センターが、個人情報の利用目的を変更する場合は、あらかじめ利用者等に通知し、同意を得なくてはならないものとする。

(相談・苦情・事故の受付)

第 15 条 介護予防支援に関する相談窓口、苦情・事故受付窓口は次のとおりとする。

(1) 地域包括支援センター

電 話 番 号	0 8 2 7 - 2 9 - 2 5 6 6 (地域包括支援班)
	0 8 2 7 - 2 4 - 3 7 8 1 (地域包括支援第一班)
	0 8 2 7 - 2 4 - 3 7 0 0 (地域包括支援第二班)
	0 8 2 7 - 6 3 - 3 1 1 3 (地域包括支援第三班)
	0 8 2 7 - 8 4 - 3 6 1 5 (地域包括支援第四班)
受 付 時 間	営業日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分

(2) 地域包括支援センター以外の相談、苦情・事故受付窓口

岩国市 福祉政策課 指導監査室

電 話 番 号	0 8 2 7 - 2 9 - 5 0 7 2
---------	-------------------------

山口県 長寿社会課 介護保険班

電 話 番 号	0 8 3 - 9 3 3 - 2 7 7 4
---------	-------------------------

山口県国民健康保険団体連合会

電 話 番 号	0 8 3 - 9 9 5 - 1 0 1 0
担 当 部 署	介護保険課

(賠償責任)

第 16 条 地域包括支援センターは、事業の提供に伴って、地域包括支援センターの責めに帰すべき事由により利用者等の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当

範囲内においてその損害を賠償する。

2 利用者等が、利用者等の責めに帰すべき事由により、地域包括支援センターの従業員の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、地域包括支援センターは、相当範囲内においてその損害を請求する。

3 地域包括支援センターは、「全国市長会市民総合賠償補償保険」に加入するものとする。
(記録の整備)

第 17 条 地域包括支援センターは、利用者に対する事業の提供に関する記録及び次に掲げる記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存するものとする。

(1) 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における身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為の態様及び時間、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の記録

(2) 市への通知に係る記録

(3) 苦情の内容等の記録

(4) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(その他留意事項)

第 18 条 利用者等は、次に掲げる事項を事業の担当者（以下、「担当者」という。）に依頼することはできないものとする。

(1) 医療行為

(2) 現金や貴重品などの預かり

(3) 地域包括支援センターの使用する自動車への乗車

2 担当者の選任及び変更は利用者に適正かつ円滑に計画を提供するため、地域包括支援センターが行うものとし、利用者が担当者を指名することはできないものとする。ただし、業務上不適当とされる事由があった場合はその限りではない。

地域包括支援センターは利用者等に対し、重要事項説明書に基づいて説明し、利用者等は介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援の提供開始、重要事項について同意する。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

☐代理人 ☐家族等 ☐署名代行人（該当するものにチェック）

住 所 _____

氏 名 _____