

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

(令和8年6月1日現在)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 042-334-8141 (午前8時30分～午後5時30分)

担 当 管理者 野口 幸

ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 当事業者の概要

(1) 指定介護予防支援事業所の事業所番号およびサービス提供地域

事業所名	府中市地域包括支援センターよつや苑
所在地	〒183-0035 東京都府中市四谷3-66
指定介護予防業所番号	1303800021
サービスを提供する地域	府中市四谷

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤
管理者	主任介護支援専門員	1名	0名
介護予防支援担当職員	保健師等	1名以上	0名
	社会福祉士	1名以上	0名
	主任介護支援専門員	1名以上	0名
	介護支援専門員	1名以上	0名

(3) 営業日・営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
休業日	日曜日・年末年始(12月29日～1月3日)

※連絡先 電話 042-334-8141

(時間外は受託法人の併設施設・府中市立よつや苑で連絡をお受けします。)

3. 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント(以下「介護予防支援等」という。)の申し込みから、サービス提供までの流れと主な事業

- ① まずは、お電話等でお申し込みください。
- ② 可能な限りご都合に合わせてご自宅を訪問させていただきます。
- ③ ご自宅での生活を続けるために、どのようなサービスを利用したらよいか、一緒に考えます。

- ④ 専門職としての知識をもとに、地域で暮らし続けられるようご本人と相談しながら、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントでのケアプラン（以下「介護予防サービス計画等」という。）を作ります。
- ⑤ ご本人およびご家族の同意を得て、介護予防サービス事業者への連絡調整を行い、サービス提供までを行います。
- ⑥ サービス提供後についても、ご本人や介護予防サービス事業者も含め、介護予防サービス計画等の評価、確認を行います。

4. 介護予防サービス計画等の委託について

当事業所は、介護予防サービス計画等の作成事務、ご利用者宅訪問による経過観察等、介護予防支援等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。この場合は、委託先の事業者名及び担当者の氏名をお知らせします。また、受託した指定居宅介護支援事業者は、本契約に基づいてサービス提供を行います。

居宅介護支援事業所名： _____

所在地： _____

電話番号： _____

担当介護支援専門員： _____

5. 利用料金

(1) 利用料

介護予防支援等の利用料金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。金額は別紙「料金表」の通りです。
なお、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき「料金表」の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を府中市福祉保健部介護保険課の窓口に出しますと、全額払い戻しが受けられます。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域を含めた府中市内にお住まいの方は無料です。病院の通院同行等が必要な時には交通費をいただくことがあります。

(3) 解約料

利用者は、いつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

(4) その他の料金

サービス実施記録の複写物交付の実費をいただくことがあります。
(別紙「料金表」)

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当重要事項説明書にご同意いただき、契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

② 利用者やご家族などが、当事業所や当事業所の介護予防支援担当職員に対して、重大な背信行為を行った場合、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合があります。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、双方の申し出、通知がなくても、契約は自動的に終了します。

① 利用者が、介護保険施設等に入所した場合（但し、在宅相互利用の場合は除く）

② 利用者の認定区分が、要介護1～5または非該当（自立）と認定されるなど介護予防支援等の対象者でなくなった場合

③ 利用者が事業所の担当地域に住所を有する被保険者でなくなった場合

④ 利用者がお亡くなりになった場合

7. 当事業所の介護予防支援等の特徴等

(1) 運営方針

府中市地域包括支援センターよつや苑の介護予防支援担当職員は、利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、その利用者が可能な限りその居宅において、利用者が有する能力に応じて、自立した生活が送れるよう、利用者の立場にたった援助を行います。

事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の選択に基づく適切な保健・医療・福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう、中立公正な立場でサービス

調整を行います。

事業の実施にあたっては、関係機関、地域の保健・医療・福祉サービス・地域の支えあい等との綿密な連携を図り、包括的・継続的なサービスの提供に努めます。

(2) 介護予防支援等の実施概要等

- ① 介護予防支援担当職員は、依頼を受けた利用者の居宅を訪問し、利用者およびそのご家族に面接を実施した上で、解決しなければならない課題の分析を行い、その課題に沿った介護予防サービス計画等を策定しています。
- ② 介護予防サービス計画等の策定にあたっては、当該地域における複数の指定介護予防サービス事業者などに関する情報を提供し、サービスの選定には利用者の意思を反映し同意を得て適切なサービスを選定するとともに、選定理由について都度に説明します。また、利用者からも複数のサービス事業所の紹介を求めることや、介護予防サービス計画等に位置付けたサービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
- ③ 利用者が、介護保険施設の利用を希望した場合は、介護保険施設の紹介その他必要な便宜を図ります。
- ④ 利用者の生活状況改善のために課題分析(アセスメント)をして、介護予防サービス計画等を策定します。
- ⑤ 介護予防支援担当職員は、介護予防サービス計画等の策定後においても、利用者およびそのご家族、指定介護予防サービス事業者などとの連絡を継続的に行い、サービスの実施状況を把握するとともに、おおむね3ヶ月に1回(状況変化が著しい場合を除く)の訪問を実施して、利用者の状況把握を行います。また、要支援認定の有効期間についても確認を行い、必要な便宜を図ります。
- ⑥ 介護予防支援担当職員は、利用者の状態の変化に応じて、必要な場合には、要介護認定申請や介護予防サービス計画等の変更が必要な場合にも、介護予防サービス事業者などと迅速な調整を行います。
- ⑦ 介護予防支援担当職員は、必要に応じて、ケアマネジメント会議の活用も踏まえ、「サービス担当者会議」を招集し、情報の共有化を図るとともに担当者からの意見を求めます。
- ⑧ 介護予防サービスの提供にあたっては、利用者の居宅などにおいて、利用者またはそのご家族に対して、サービス提供方法などを、理解しやすいように説明するとともに、ご相談に応じます。

- ⑨ 介護予防サービス提供後のモニタリング(見守り・状況把握)などにおいて、サービスに関わる苦情があった場合は、迅速に必要な対応を行います。
- ⑩ 要支援高齢者のスムーズな介護保険制度の利用を図るとともに、地域のネットワークも活用することで生活全般を支援します。
- ⑪ 介護予防サービスの利用調整に必要な場合は、聴取した個人情報の内容を関係する機関（当事業所以外）に情報提供いたします。それ以外、事業所へ情報提供はいたしません。
- ⑫ 主治の医師および医療機関等との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。ご本人が入院の際は入院先医療機関との連携がとりやすくなるように、介護予防支援担当職員の事業所氏名・連絡先等を入院先医療機関へお伝えいただきますようお願いいたします。

(3) サービス利用のためのポイント

事 項	有無	備 考
介護予防支援担当職員の変更	有	変更を希望される場合はお申し出ください
介護予防支援担当職員への研修	有	年2回以上実施
使用する契約書	有	

8. 虐待防止のための措置

当事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合には、ただちに防止策を講じ区市町村へ報告します。

9. 業務継続計画の策定

事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また事業所の従事者に対し、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実施し、業務継続計画について定期的に見直しを行い必要に応じて変更します。

10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業者は感染症の予防及びまん延防止のため、次の各号に掲げる措置を講じ

ます。

- (1) 事業者における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6ヶ月に1回開催します。その結果を事業所の従事者に周知徹底します。
- (2) 事業者における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所の従事者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

11. 緊急時の対応方法

介護予防支援担当職員の訪問時等、利用者の容態に急変があった場合は、主治医、救急隊、親族、各関係機関に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

12. 事故発生時の対応

介護予防支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに区市町村、利用者のご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事故については、損害賠償を速やかに行います。

(緊急時・事故発生時の連絡方法)

<主治医>

病院、診療所名	
医師氏名(科目)	()
住所	
電話番号	

<緊急時連絡先>

氏名(続柄)	()
電話番号	
勤務先又は携帯番号	

13. 従業者の環境の確保

事業者は、適切な介護福祉サービスの提供を確保する観点から、職場

において行われる性的な言動又は優越的關係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとしします。

14. サービスに関する苦情

(1) 介護予防支援利用者の相談・苦情担当

① 苦情解決責任者 渡邊 義洋 電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30~17:30（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

② 介護予防支援事業所 野口 幸 電話 042-334-8141

※受付は営業日の営業時間（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

③ 居宅介護支援事業所 小沼 敬夫 電話 042-334-8182

※受付は営業日の営業時間（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

④ 苦情解決第三者委員事務局 金本 真幸

電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30~17:30（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

(2) その他

当事業所、併設事業所以外に、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。

① 府中市福祉保健部介護保険課 電話 042-335-4030

② 東京都国民健康保険団体連合会

介護相談窓口担当 電話 03-6238-0177

15. 当法人の概要

別紙「当法人の概要」をご参照ください。

令和 年 月 日

介護予防支援等の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者

住所 〒183-0035
東京都府中市四谷 3-66

法人名 社会福祉法人正吉福祉会
代表者名 理事長 櫻井 千馨 印

事業所名 府中市地域包括支援センターよつや苑

説明者 介護予防担当職員
氏名

私は、契約書および本書面により、事業所から介護予防支援等についての重要事項の説明を受けました。

利用者住所
氏名

(代理人)住所
氏名
続柄

介護予防支援費(ケアプラン作成)等 料金表

府中市地域包括支援センターよつや苑

- 1.介護予防支援費(ケアプラン作成)について、原則として基本料金(料金表)の全額が介護保険より給付され、ご利用者様の負担はありません。
- 2.自己負担が必要となる場合、保険料の滞納等により、法定代理受領が出来なくなった場合一ヶ月につき、要介護度に応じての金額がかかります。

【料金表】

①基本料金

項目	内容	(単位数)	料金
介護予防支援費(I) (予防ケアプラン作成)	要支援1~2の方	442	¥4,884
介護予防ケアマネジメントA費 (予防ケアプラン作成)	通所型サービス・訪問型サービスの み利用の方	442	¥4,884

②実績による加算

初回加算	初回利用時	300	¥3,315
委託連携加算	居宅介護支援事業所にケアプラン作成を委託した初回月	300	¥3,315

③介護職員等の処遇改善のための加算(①+②の単位数に2.1パーセントを乗じたもの)

介護職員等処遇改善加算	毎月利用時	9	¥99
介護職員等処遇改善加算	初回利用時	16	¥176
介護職員等処遇改善加算	初回利用・ケアプラン作成委託時	22	¥243

令和8年6月1日現在

事業所名 府中市地域包括支援センターよつや苑

説明者

氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防支援事業についての料金の説明を受け、上記内容に同意します。

令和 年 月 日

利用者 氏名

代理人 氏名

続柄