

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

「寝屋川市第三中学校区地域包括支援センター」

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(寝屋川市指定 2700300144 号)

当事業者はご利用者に対して指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供します。
事業者の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◆◆目次◆◆

令和 7 年11月 1 日改訂

1. 事業者経営法人
2. 事業者の目的と運営方針
3. 利用定員、事業実施地域、営業時間
4. 事業所の概要
5. 職員の配置状況
6. 提供するサービス内容及び費用について
7. その他の費用について
8. その他の費用の請求及び支払い方法について
9. 利用者の居宅への訪問頻度の目安
10. サービスの提供に当たってご留意いただきたい事項
11. 身分証明書携行の義務
12. 業務継続計画の策定等について
13. 衛生管理等
14. 個人情報、秘密保持に関する取扱い
15. 苦情の受付について
16. 事故発生時の対応について
17. 虐待防止について
18. 身体拘束について
19. サービス提供の記録

社会福祉法人 香西会

1. 事業者経営法人

事業主体(法人名)	社会福祉法人 香西会
法人の種類	社会福祉法人
設立年月日	昭和 58 年 3 月 31 日
代表者(役職名及び氏名)	理事長 田村 和彦
法人所在地	〒572-0089 大阪府寝屋川市香里西之町 14 番 24 号
電話番号及びFAX番号	電話072-833-2610 FAX072-833-2670
Eメールアドレス	toku-kouseien@crest.ocn.ne.jp
関連事業者	特別養護老人ホーム 香西園 香西園短期入所生活事業 香西園デイセンター
	香西園居宅介護支援事業所
	小規模多機能ホーム ティアラ グループホーム ティアラ
	特別養護老人ホーム 香西会テレサ 香西会テレサ短期入所生活事業
	特別養護老人ホーム 香西会スバル 香西会スバル短期入所生活事業
	グループホーム マザー館 マザーデイセンター
	寝屋川市第三中学校区地域包括支援センター

2. 事業者の目的と運営方針

事業者の目的	社会福祉法人香西会が設置する寝屋川市第三中学校区地域包括支援センターにおいて実施する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業の適正な運営を確保するために人員、管理運営に関する事項を定め、センターの保健師等、介護支援専門員、社会福祉士その他の従業者が、要支援状態にある高齢者等に対し、適正な指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供することを目的とする。
運営方針	事業の実施に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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、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、不当に偏することのないよう、公正中立に行うものとする。

3. 事業実施地域、営業時間

通常の実施地域	寝屋川市
営業日	月曜から金曜日 【休業日:土・日・祝日、12月29日から翌年1月3日】
サービス提供時間	午前9時00分～午後5時30分

4. 事業所の概要

①【事業所の名称等】	
事業所の名称	寝屋川市第三中学校区地域包括支援センター
事業所の管理者	土川 秀孝
開設年月日	令和7年4月1日
介護保険事業者指定番号	指定番号 2700300144 号
事業所の所在地	〒572-0086 大阪府寝屋川市松屋町20番33号 グランドリヴィエール2階
電話番号及びFAX番号	電話(072)-831-2839 FAX(072)-831-2843
交通の便	京阪香里園駅徒歩7分
Eメールアドレス	hokatsu_3chu@clock.ocn.ne.jp
建物概要	建物の構造:鉄骨造 地上5階建て2階部分 事務所の延べ床面積 57.15㎡

②【主な設備】	
事務所	2階
相談室	事務所内
会議室	事務所内

5. 従業者の配置状況

<体制>

管理者	(氏名)土川 秀孝
-----	-----------

担当職員 (職種)	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1. センターの職員の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うものとする。 2. センターの担当職員に人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。	1名(常勤) (主任介護支援専門員と兼務)
主任介護支援専門員	要支援者からの相談に応じるほか、依頼による介護予防サービス・支援計画表(以下「介護予防ケアプラン」という。)の作成、サービス調整業務、要支援者等へのモニタリング等一連のマネジメント業務に従事するものとする。	1名(常勤) (管理者と兼務)
保健師		1名(常勤)
社会福祉士		2名(常勤)
上記の職員は、当該介護予防支援事業者である地域包括支援センターの職員を兼務しています。		

6. 提供するサービスの内容及び費用について

1. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの申し込み後からサービスが提供されるまでの流れ	
①	重要事項説明書の内容をご確認いただきます。
②	契約を締結し、市へ届け出ます。
③	利用者やご家族等と面接して基本チェックリストを作成するとともに、認定調査票および主治医意見書なども参考にして、解決すべき課題を分析します。
④	利用者の希望や課題等を考慮し、利用するサービスの種類、支援の内容、目標とその達成時期等を定めた介護予防サービス計画等の原案を作成します。
⑤	公正中立に選定したサービス担当者等と連絡調整等を行い、介護予防サービス計画等の原案を完成させます。
⑥	介護予防サービス計画等の原案を説明しご了承いただいた後に交付します。
⑦	介護予防サービス計画等に位置づけられたサービスが各々のサービス事業者から提供されます。
⑧	以下の頻度を目安に利用者宅を訪問し、状況の把握と評価を行い、必要に応じて介護予防サービス計画等を変更します。 (1) 介護予防支援： サービス提供開始時、提供開始月の翌月から起算して3ヶ月に1回以上 (2) 介護予防ケアマネジメントA： サービス提供開始時、提供開始月の翌月から起算して3ヶ月に1回以上 (3) 介護予防ケアマネジメントB： サービス提供開始時、提供開始月の翌月から起算して6ヶ月に1回以上
⑨	介護保険サービスの利用実績を確認する等の給付管理業務を行います。
⑩	その他の相談、要介護認定申請等に協力します。

2. 業務の委託

【当事業所は、利用者の了承を得て、上記の③～⑩の業務を指定居宅介護支援事業者に委託することがあります。】

事業所	事業所名	
	所在地	
	電話番号	
事業者 (運営法人)	事業者名	
	所在地	

②介護予防支援業務の実施方法等について	
1. 公正中立なケアマネジメント 確認 ☐	① 指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、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。 ② 指定介護予防支援の利用の開始に際し、利用者は介護予防サービス計画等に位置付ける介護予防サービス事業者等について、複数の事業者の紹介を求めることができます。また、介護予防サービス事業者等を介護予防サービス計画等に位置付けた理由を求めることができます。
2. 介護予防サービス等計画の作成について 確認 ☐	① 事業者及び委託先事業者(以下、「事業者等」という。)は、計画書の原案作成に際しては、次の点に配慮します。 (1) 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族に面接により、利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。 (2) 利用する第1号事業の選択に当たっては、当該地域の置ける指定第1号事業者等に関する情報を利用者又はその家族に提供します。 (3) 事業者等は、利用者に対して第1号事業の内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導又は指示を行いません。 (4) 事業者等は、計画書の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス担当者から、専門的な見地からの情報を求めます。 (5) 介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援します。 (6) 利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うよう努めます。 ② 事業者等は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めます。 ③ 事業者等は、計画書の原案について、介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービスの選択に資する内容を利用者又はその家族に対して説明します。 (1) 事業者等は、利用者の計画書の原案への同意を得たのち、原案に基づく計画書を作成し、改めて利用者の同意を確認します。 (2) 利用者は、事業者等が作成した計画書の原案に同意しない場合には、事業者等に対して計画書の原案の再作成を依頼することができます。

3. サービス実施状況の把握、評価について 確認 ☐	① 事業者等は、計画書作成後も、利用者又はその家族、さらに指定第1号事業者等と継続的に連絡を取り、計画書の内容実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービスが提供されるよう指定第1号事業者等と調整を行います。 ② 事業者等は、計画書の内容が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します。 ③ 事業者等は、利用者が要介護状態となった場合には、利用者へ居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所に関する情報を提供するとともに、利用者が選定した居宅介護支援事業者に対して、利用者の同意を得た上で、利用者に関する情報を提供します。
4. 計画書の内容の変更について 確認 ☐	事業者等が計画書の変更の必要性を認めた場合又は、計画書の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって計画書の変更を、この業務の実施方法等の手順に従って実施するものとします。
5. 給付管理について 確認 ☐	事業者は、計画書作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。
6. 要支援認定等の協力について 確認 ☐	① 事業者等は、利用者の要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。 ② 事業者等は、利用者が希望する場合は、要支援認定の申請を利用者に代わって行います。
7. その他 確認 ☐	① 利用者又はその家族は、事業者が提供する業務の内容が、記載内容に基づいて実施されていないと認められる場合には、事業者に対して説明を求め、必要に応じて改善を申し出ることが出来ます。 ② 利用者が第1号事業のみを利用する月は、本契約に基づいて業務を提供します。 ③ 利用者は介護予防サービスのみを利用する月、または介護予防サービスと第1号事業を合わせて利用する月は、指定介護予防支援事業者との介護予防支援に係る契約に基づき、指定介護予防支援事業者が業務を提供します。 ④ 本契約に基づく業務提供と介護予防支援に係る契約に基づく業務提供が重複することはありません。

③提供するサービスの利用料について			
(1) 介護予防支援費			
サービス内容略称	1月につき		
介護予防支援費Ⅰ	要支援1・2	442単位	4,791円
介護予防支援費Ⅱ	要支援1・2	472単位	5,116円
(2) 介護予防ケアマネジメント費			
サービス内容略称	1月につき		
介護予防ケアマネジメントA	要支援1・2	442単位	4,791円
介護予防ケアマネジメントB	要支援1・2	442単位	4,791円
① 要支援認定を受けられた方及びそれに準じた状態にある利用者は、介護保険から全額支給されるので自己負担はありません。 ② 保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、1 ヶ月につき 上記の料金をいただき、事業者から「サービス提供証明書」を発行します。この「サービス提供証明書」を寝屋川市に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。ただし、給付制限を適用されている場合はこれに限りません。国が介護報酬額の改定を行った場合は、改定後の利用料金とします。			

④加算料金(以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。)		
サービス内容略称	1 月につき	基準内容
初回加算	3,252 円	過去 2 か月以上、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合で、介護予防サービス・支援計画書を作成(アセスメント実施を含む。)した場合。
委託連携加算	3,252 円	地域包括支援センターが委託する利用者のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を実施した場合。

7. その他の費用について

利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。	
交通費	通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合
	サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

8. その他の費用の請求及び支払い方法について

(1) その他の費用の請求方法等	(ア) その他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 (イ) 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月末(請求月)までに利用者宛てにお届け(郵送)します。
(2) その他の費用の支払い方法等	(ア) 請求書の内容を確認のうえ、請求月の翌日10日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ① 事業者指定口座への振り込み ② 現金支払い (イ) お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。 (医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

9. 利用者の居宅への訪問頻度の目安

担当職員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安
利用者の要支援認定有効期間中、少なくとも3月に1回程度

10. サービスの提供に当たってご留意いただきたい事項

介護保険被保険証等について
① 介護予防支援の提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。 ② 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
サービス等計画について
① 介護予防支援業務の実施方法等について介護予防サービス計画の作成にあたって利用者から複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行ったことを確認したうえで、署名を得るものとする。

担当職員の交代について
① 事業者からの担当職員の交替 (1) 事業者の都合により、担当職員を交替することがあります。 (2) 担当職員を交替する場合は、ご利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。 ② 利用者からの担当職員の交替の申し出 選任された担当職員の交代を希望する場合には当該担当職員が業務上不適当と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して担当職員の交替を申し出ることができます。但し、ご利用者から特定の担当職員の指名は出来ません。
ハラスメントについて
① 事業者は、適切な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な関係を背景とした言動(ハラスメント)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が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ます。 ② 利用者または家族等からの事業者や従業者、その他関係者に対して故意に暴力や暴言等(ハラスメント)の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービスの利用を一時中止または契約の解除をさせていただく場合があります。

11. 身分証明書携行の義務

担当職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12. 業務継続計画の策定等について

BCP について
① 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の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。 ② 従業者に対し、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ます。 ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13. 衛生管理等

感染症対策等について
従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。 事業者の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。 事業者において感染症が発生し、又はまん延しないように、次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の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業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ています。 ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を他のサービス事業者との連携等において定期的に実施します。

14. 個人情報、秘密保持に関する取扱い

個人情報保護について
① 事業者は、利用者又はその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるもののほか、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)
利用者及びその家族に関する秘密の保持について
① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしませぬ。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

15. 苦情の受付について

(1)当事業者における苦情の受付		
当事業者における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。		
苦情受付窓口(担当者)	担当職員	齊藤 理
苦情解決責任者	管理者	土川 秀孝
電話番号	072-831-2839	
受付時間	9:00~17:30	
また、苦情受付ボックスを設置し、苦情解決までのフローチャートは別紙のとおり対応します。		
(2)行政機関その他苦情受付機関		
【市町村の窓口】 寝屋川市福祉部 高齢介護室	所在地	大阪府寝屋川市池田西町 24 番 5 号 (池の里市民交流センター内)
	電話番号	072-838-0372
	FAX 番号	072-838-0518
国民健康保険団体連合会	所在地	大阪市中心区常磐町 1 丁目 3 番 8 号
	電話番号	06-6949-5418
大阪府社会福祉協議会 運営適正委員会 福祉サービス苦情解決委員会	所在地	大阪市中心区谷町中寺 7 丁目 4 番 15 号 (大阪府社会福祉会館 5 階)
	電話番号	06-6191-3130
	FAX 番号	06-6191-5660

16. 事故発生時の対応について

事業者では、ご利用者の生命・身体の安全確保に配慮しておりますが、万一異常を発見した場合には、次の通り速やかに対応いたします。また、当事業者が利用者に対して行った介護予防支援の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。		
① 発見者は直ちに、主治医及び家族に連絡し、事態を状況報告し、または事故の状況に応じて救急車を手配します。		
② 事故報告書は 24 時間以内に作成し、保険者(行政)に報告し指示を仰ぎます。		
損害賠償 責任保険	保 険 会 社 名	株式会社損害保険ジャパン
	保 険 名	しせつの損害補償
	補 償 の 概 要	利用者の傷害事故補償

17. 虐待防止について

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

- ① 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者	管理者 土川 秀孝
-------------	-----------
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ⑤ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ⑥ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑦ サービス提供中に、当該事業者従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

18. 身体拘束について

事業者は、当該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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、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を記録します。

19. サービス提供の記録

指定介護予防支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する記録を整備し、サービスの完結の日から最低 5 年間保存します。

この重要事項説明書の説明年月日

令和 年 月 日

上記内容について、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例(平成30年寝屋川市条例第55号)」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者所在地	大阪府寝屋川市松屋町 20 番 33 号(2階)
事業者法人名	社会福祉法人 香西会
法人代表者名	理事長 田村 和彦
事業所名称	寝屋川市第三中学校区地域包括支援センター
説明者 氏名	氏名 印

委託先	事業者所在地	
	事業者法人名	
	法人代表者名	
	事業所名称	
	説明者 氏名	氏名 印

私は、本書面により、事業者から指定介護予防支援についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利 用 者	氏名 印
住所	〒
電話番号	

家族等・法定代理人	氏名 印 (関係)
住所	〒
電話番号 (携帯電話番号)	

緊急時の連絡先	氏名 (関係)
住所	〒
電話番号 (携帯電話番号)	

主治医	
住所	〒
電話番号	