尼崎市「大庄北」地域包括支援センター

指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えておられる指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、サービスを利用する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないことなどがあれば、遠慮なくお尋ねください。

1. 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法人等について

法人名	社会福祉法人　平成会
代表者	理事長　南　正道
法人所在地 （連絡先）	兵庫県尼崎市西長洲町3丁目3番20号 電話　06－6483－5510　FAX　06－6489－2941
法人設立年月日	1999 年 3 月 24 日

2. 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する地域包括支援センターの連絡先について

（1）所在地等

名称	尼崎市「大庄北」地域包括支援センター
介護保険指定 事業所番号	2803000054
所在地	尼崎市崇徳院2丁目159K マンション JINⅡ　1階
連絡先（TEL）	電話　06－6430－0511　FAX　06－6430－0512
通常の事業 実施地域	尼崎市　稲葉荘/稲葉元町/大庄川田町/大庄北/琴浦町/水明町/崇徳院 菜切山町/西立花町2丁目14番・20～27番・33～35番 3丁目12～14番・17～20番・4～5丁目/浜田町/蓬川町

（2）事業の目的及び運営方針

事業の目的	利用者に対し、要介護状態の予防と、可能な限りその居宅において、利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営めるよう、また、要支援状態の軽減若しくは悪化を防止するために必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて介護予防サービス・支援計画表（以下、「介護予防ケアプラン」という。）を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整等を公正中立に行う。

運営方針	① 利用者が可能な限りその居宅において、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。 ② 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、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。 ③ 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、利用者に提供される指定介護予防サービス等が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。 ④ 市町村、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域におけるさまざまな取組を行う者などとの連携に努めます。 ⑤ 事業所は、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、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。 ⑥ 当事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、ご利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を策定し、必要な研修や訓練を定期的に実施します。感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じます。 ⑦ 指定介護予防支援を提供するにあたっては、介護保険法第 118 条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。 ⑧ 前6項のほか、「尼崎市介護保険法に基づく指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例」（平成24年12月21日条例第52号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

（3）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 （祝日と12月29日から1月3日までを除く）
営業時間	午前9時から午後5時まで
その他	上記の営業日、営業時間のほか、電話等により、24時間常時連絡が可能な体制としています。

（4）職員体制（令和7年4月1日現在）

管理者名	長谷川　卓

尼崎市「大庄北」地域包括支援センター

職員	職務内容	人員数
管理者	・事業所の担当職員、その他の従業者の管理、利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、及びその他の管理を一元的に行います。 ・担当職員に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤1名 （兼務）
担当職員	（保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士等） ・指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する業務（計画の作成など）を行います。	常勤4名

※その他必要に応じて、業務の遂行に必要な職員を配置します。

3. 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容について

（1）指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容（初回のみの介護予防ケアマネジメントを除く）

①介護予防ケアプランの作成

・利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにします。

・利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて介護予防ケアプランに位置付けるよう努めます。

・介護予防ケアプランの作成の開始にあたっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又は家族に対して提供します。

・介護予防ケアプランの作成にあたっては、適切な方法により、利用者についてその有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握します。

・利用者の解決すべき課題の把握（アセスメント）にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行います。

・面接の結果、必要な事項を記載した介護予防ケアプランを作成します。

・作成した介護予防ケアプランの内容について、サービス担当者会議において、指定介護予防サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。

・作成した介護予防ケアプランの内容について、利用者又は家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。

・介護予防ケアプランを利用者及び指定介護予防サービス担当者等へ交付します。

②介護予防ケアプランの実施状況の把握(モニタリング)

・介護予防ケアプランの作成後、モニタリングを行い、必要に応じて介護予防ケアプランの変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

・介護予防ケアプランに位置付けた期間が終了するときは、介護予防ケアプランの目標の達成状況について評価します。

・訪問によるモニタリングにあたっては、運営基準に基づき、少なくとも3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に激しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、面接します。

・訪問しない月においては、可能な限り通所サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施します。

・少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録します。

(2)初回のみの介護予防ケアマネジメント(以下ケアプラン C)の内容

①介護予防ケアプランの作成

・利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的にサービス等の利用が行われるようにします。

・利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用を介護予防ケアプランに位置付けるようにします。

・介護予防ケアプランの作成の開始にあたっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又は家族に対して提供します。

・介護予防ケアプランの作成にあたっては、適切な方法により、利用者についてその有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握します。

・利用者の解決すべき課題の把握(アセスメント)にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行います。

・訪問型ささえあい活動担当者に対する照会等により、利用者の情報を活動担当者と共有するとともに、介護予防ケアプラン原案の内容について、活動担当者から意見を求める。

・面接の結果、必要な事項を記載した介護予防ケアプランを作成します。

・作成した介護予防ケアプランの内容について、利用者又は家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。

・介護予防ケアプランを利用者に交付するとともに、利用者の判断により、利用者自身が活動担当者へケアプランを交付。

②介護予防ケアプランの実施状況の把握(モニタリング)

・介護予防ケアプランの作成後、モニタリングを行い、必要に応じて介護予防ケアプランの変更、サービス提供者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

・利用者の状況に変化があった際には、適宜サービス提供者等から連絡する体制を整えておきます。

(3)サービス提供にあたっての留意点

・利用者の運動機能や栄養状態、口腔機能などの改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指します。

・利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるように支援します。

・具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有します。

・利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮します。

・介護予防ケアプランの策定にあたっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとするようにします。

・機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めます。

(4)給付管理

・毎月、前月における介護予防サービス等の利用実績を確認のうえ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。

(5)要介護(支援)認定申請に関する助言、支援

・利用者の要介護(支援)認定の新規申請や、更新申請、区分変更の申請が円滑に行われるように必要な協力を行います。

・利用者が希望する場合は、申請を利用者に代わって行います。

(6)介護予防サービス等に関する相談、説明

(7)要介護・要支援認定前にサービス提供を行う場合

・要介護・要支援認定前にサービス提供を行う場合には、要介護・要支援認定後に認定結果に応じて、提供するサービス内容を見直す必要があることがあります。また、契約については、要介護・要支援認定後に行います。

・自立(非該当)と判定された場合には、介護予防サービスに関する費用は全額利用者の負担となり、また認定された要介護・要支援度に応じて介護予防サービスに関する費用の一部が利用者の負担となる場合があります。

4. 利用料について(1 単位:10.7 円)

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

指定介護予防支援費 介護予防 ケアマネジメント費	442単位/月	4,729 円	指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定されます。
初回加算	300単位/月	3,210 円	新規に介護予防サービスの利用する月に加算されます。
委託連携加算	300単位	3,210 円	居宅介護支援事業所に必要な情報を提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力を行った場合に、初回のみ加算されます。
介護職員等 処遇改善加算	2.1%		介護職員等の処遇改善を図り、働きやすい環境づくりを支援することを目的とし、算定されます。

初回のみの介護予防ケアマネジメント (ケアプラン C)

介護予防 ケアマネジメント費	309単位/月	3,306 円	初回のみの介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定されます。

※上記については、利用者の自己負担はありません。

(交通費を除きます)

※保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、全額自己負担となります。その際は、サービス提供証明書を発行いたしますので、後日、サービス提供証明書を添えて、市の窓口で払い戻しの申請を行ってください。

5. 利用料、その他の費用の請求及び支払方法について

・利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用は利用者負担のある支援業務提供ごとに計算し、利用のあった月に合計金額により請求いたします。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月 10 日までに利用者あてにお届けします。ただし、請求のない月はお届けしません。
・利用料、その他の費用の支払い	ア 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。 ・納付書による支払い ・現金による支払い イ お支払を確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

6. 虐待の防止について　事業者(運営法人を含む)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) 研修等を通じて、法人の使用する者の人権意識の向上や、対人援助に関する知識・技術の向上に努めます。

(2) 事業者(運営法人を含む)の使用する者が適切に支援を行うために相談できる体制を整えるほか、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。

(3) 利用者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を講じます。

(4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

担当者	長谷川　卓

7.身体的拘束等の原則禁止について

(1) 事業者(運営法人を含む)は、サービス提供にあたっては、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、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為(以下、「身体的拘束等」という。)を行いません。

(2) 事業者(運営法人を含む)は、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、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など必要な事項を記録します。

8.ハラスメント対策

(1) 事業所は、適切な指定介護予防支援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るものとする。

(2) パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)の防止のため、適切な対応をするために必要な体制の整備を行う。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。また、担当職員その他の従業者であった者が秘密を漏らすこともありません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者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ん。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ん。

10. 事故発生時の対応について

(1) 事業者は、利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(3) 利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント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。

11. 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

事業者は、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにより提供されたサービスに関して苦情や相談がある場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡ください。

相談窓口担当者	長谷川　卓
苦情解決責任者	関山　庄司
受付時間	9:00～17:00

(2) 相談、苦情窓口

利用者及び家族からの相談や苦情を受け付けるための窓口を設置します。

【尼崎「大庄北」地域包括支援センター】	所　在　地:尼崎市崇徳院2丁目159K マンション JINⅡ　1階 電話番号:06－6483－0511 FAX 番号:06－6483－0512 受付時間:9:00～17:00(月～土) （祝日・12 月 29 日～1 月 3 日を除く）
【市町村の窓口】 尼崎市法人指導・障害福祉担当部 法人指導課	所　在　地:尼崎市東七松町 1 丁目 23-1 電話番号:06-6489-6143 FAX 番号:06-6482-3512 受付時間:9:00～17:00(月～金) (令和8年1月5日から3月31日までの間は、17:30まで電話受付を行うが、窓口受付は17:00まで。)
【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所　在　地:神戸市中央区三宮1丁目9-1-1801 電話番号:078－332－5617 FAX 番号:078―332―5650 受付時間:8:45～17:15(月～金) （祝日・12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

12. 記録の保存について

（1）事業者は、利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する記録を整備し、5年間保管します。

13.暴力団の排除

（1）事業所及び管理者は暴力団員等ではないものとする。また、運営が暴力団の支配をうけないものとする。

令和　　8年　　月　　日

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者：社会福祉法人　平成会

地域包括支援センター名：尼崎市「大庄北」地域包括支援センター

説 明 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、事業者から本書面に基づき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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿