

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

あなた(利用者及び利用者のご家族)が利用しようと考えている介護予防支援サービス及び介護予防ケアマネジメントについての重要事項は下記のとおりです。

1. 事業所の概要について

(1) 事業所の所在地等

運営主体	医療法人 協和会
代表者(役職・氏名)	理事長 北川 透
事業所名	川西地域包括支援センター
所在地	兵庫県川西市中央町 15 番 27 号
連絡先	電話 072-755-1041 FAX 072-789-1437
事業所の指定番号	川西市指定 第 12 号 事業所番号 2803100078 号
事業開始時期	平成 23 年 4 月 1 日
事業所の管理者	豊田 翔子
通常の事業の実施地域	鶯の森町、小花 1～2 丁目、小戸 1～3 丁目、霞ヶ丘 1～2 丁目、絹延町、栄町、栄根 1 丁目、栄根 2 丁目 1～6 番地、滝山町（8 番除く）、中央町、寺畑 1～2 丁目、出在家町、花屋敷 1～2 丁目、花屋敷山手町、萩原 1 丁目、日高町、火打 1～2 丁目、丸の内町、満願寺、満願寺町、松が丘町、美園町
提供時間	月曜日から金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 (休祝日、12 月 30 日から 1 月 3 日は除く)

(2) 事業の目的および運営の方針

事業目的	利用者が、主体的な活動と参加の意欲を高め、住み慣れた地域で安心して尊厳を持って自分らしく日常生活を継続することができるように支援します。
運営方針	1 利用者自身ができることは自分で行い、持っている力を発揮し、自立した日常生活を意欲的に送ることができるように支援します。 2 事業の実施にあたっては、できる限り介護が必要な状態にならないよう「介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス事業」を適切に確保できるようその調整に努めます。

	3 事業の実施にあたっては、利用者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点をあて、生活の意欲を高めることができるよう、支援します。
--	--

2. 当事業所の職員体制について

職 種	人 数	勤 務 体 制
管理者	1 名	常 勤 1 名 (兼務)
保健師等	1 名以上	常 勤
社会福祉士等	1 名以上	常 勤
主任介護支援専門員	1 名以上	常 勤
認知症地域支援推進員	1 名以上	常 勤
介護支援専門員	1 名以上	非常勤

3. 提供するサービスの内容と料金について

(1) サービス内容

サービス内容	提 供 方 法
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供	提供するサービスがめざす目標、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記載した介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランを作成し、交付します。
介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更及びサービス提供事業者との連絡調整	介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成後においても、利用者及び利用者のご家族、指定介護予防サービス事業者及び指定介護予防・生活支援サービス事業者との連絡を継続的行います。 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの実施状況を把握するとともに、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント A についてはおおむね 3 か月に 1 回程度(状態の変化が著しい場合を除く)訪問を行います。

介護予防サービス計画及び 介護予防ケアプランの変更及び サービス提供事業者との連絡 調整	ただし、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用し、以下の条件を満たした場合、6 か月に 1 回訪問します。 (ア) 利用者の同意を得ること。 (イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。 i. 利用者の状態が安定している。 ii. 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができる(家族のサポートがある場合も含む)。 iii. テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集する。 また、介護予防ケアマネジメント C の場合は、サービス利用開始後 1 年以内に 1 回程度訪問し、利用者の解決すべき課題の把握を行います。また、必要に応じて、利用者の同意の上、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更及びサービス事業者との連絡調整などを行います。
給付管理	介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成後、その内容に基づいてサービス利用票、提供票による給付管理を行うとともに、毎月の給付管理票を作成し兵庫県国民健康保険団体連合会に提出します。
ご相談	介護保険全般に関することについて、ご相談に応じます。

(2) 料 金

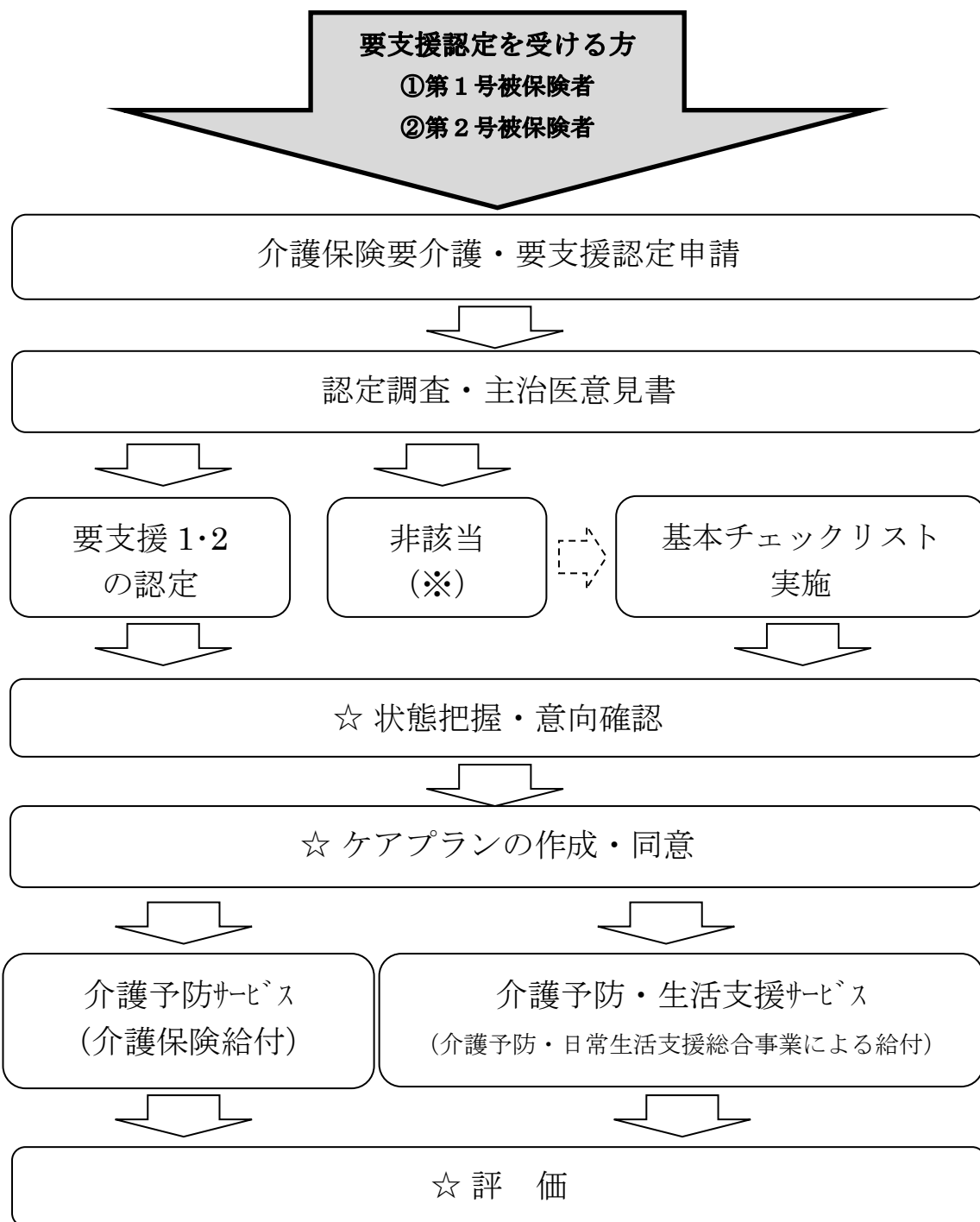
介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費については、原則として利用者の負担はありません。なお、費用につきましては、別紙「重要事項説明書別紙」をご参照ください。

介護予防支援費について、保険料を滞納している場合は、一旦、利用者にて全額料金をお支払いいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書を川西市役所福祉部介護保険課窓口へ提出することにより、後日払い戻しとなります。

介護予防ケアマネジメント費については、介護予防・生活支援サービスとなり、給付制限を適用しません。

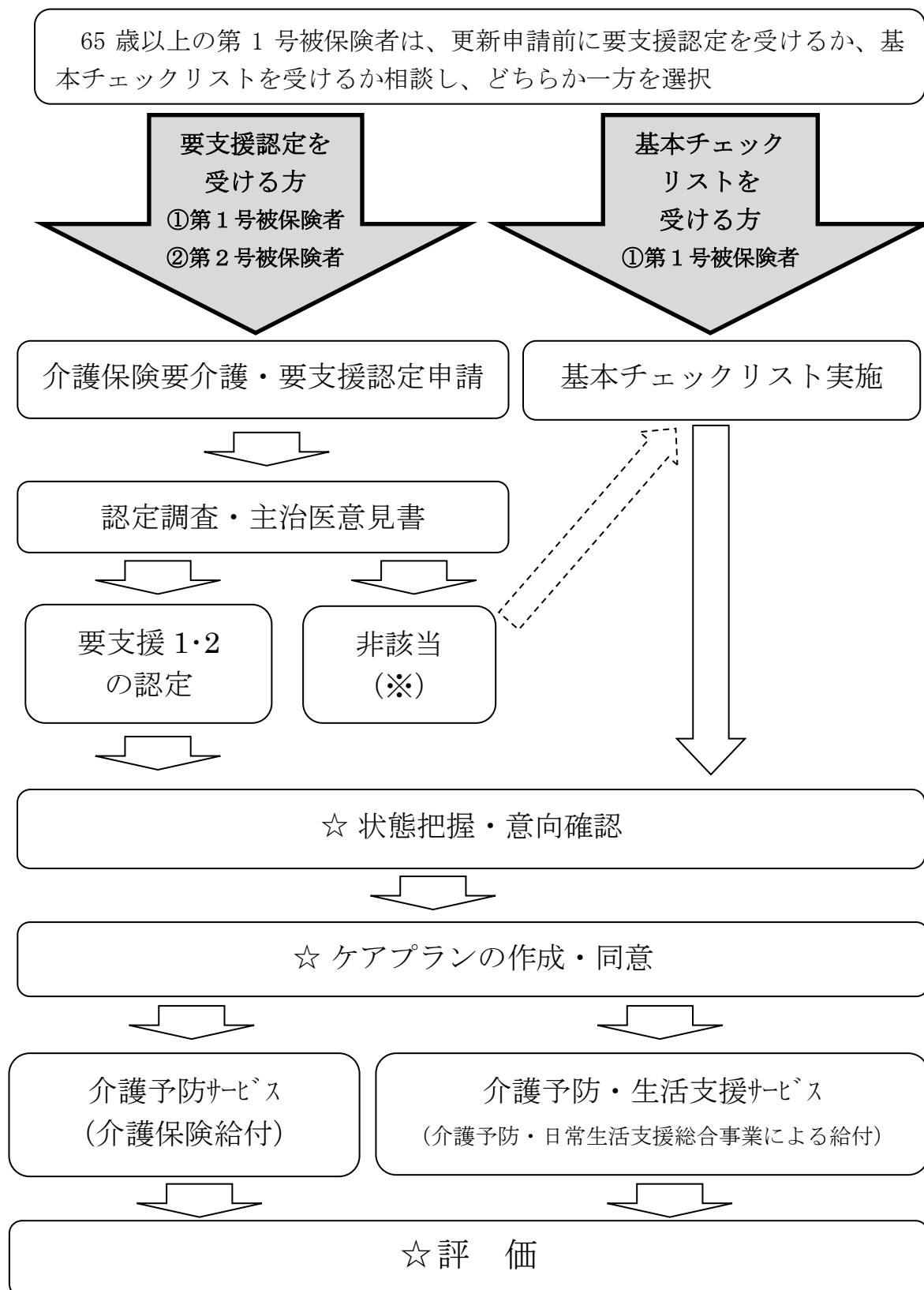
4. サービス提供の流れについて

① 新規申請の場合



※ 認定結果が「非該当」となった場合でも、基本チェックリストを実施し、生活機能の低下がみられると判定された場合には、「介護予防・生活支援サービス」を利用することができます。なお、基本チェックリストは、認定結果を通知した日以降に実施することができます。

② 更新申請の場合



5. 相談窓口について

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するご相談、要望、苦情などについては、下記窓口までお申し出ください。

担当部署	川西地域包括支援センター
受付時間	月曜日から金曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分 (休祝日、12 月 30 日から 1 月 3 日は除く)
連絡先	電話 072-755-1041 FAX 072-789-1437

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する苦情相談等については下記の窓口でも受け付けています。

担当部署	川西市福祉部介護保険課(適正化担当)
受付時間	月曜日から金曜日 午前 9 時から午後 5 時 (休祝日、年末・年始の休業日を除く)
連絡先	電話 072-740-1149 FAX 072-740-2003 所在地 川西市中央町 12 番 1 号

担当部署	兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
受付時間	月曜日から金曜日 午前 8 時 45 分から午後 5 時 15 分 (祝日、および 12 月 29 日~1 月 3 日を除く)
連絡先	電話 078-332-5617 所在地 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番地 1-1801

6. 担当者等について

(1) 担当者の利用者宅への訪問頻度の目安について

地域包括支援センター(以下「センター」という)の担当保健師等(以下「担当者」という)が、利用者の状況を把握するために、おおむね 3 か月に 1 回、ご自宅を訪問します。ただし、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用し、以下の条件を満たした場合、6 か月に 1 回ご自宅へ訪問します。

(ア) 利用者の同意を得る。

(イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ている。

i. 利用者の状態が安定している。

- ii. 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができる(家族のサポートがある場合も含む)。
- iii. テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集する。

介護予防ケアマネジメント C の場合は、サービス利用開始後 1 年以内に 1 回程度、利用者の状況を把握した上で、介護予防ケアプランの評価を行います。

また、利用者からご依頼がある場合や、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の遂行のうえで不可欠であると認められる場合で利用者の承諾を得た場合は、担当者は利用者のご自宅を訪問します。

介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案作成についてセンターが居宅介護支援事業者に委託をする場合があります。その際にはセンターが委託した居宅介護支援事業者の介護支援専門員が訪問します。

(2) 担当者の変更

- ① 担当の職員またはセンターが委託した居宅介護支援事業者の介護支援専門員の変更を希望される場合は、「5. 相談窓口」の担当部署までご連絡下さい。
- ② センターの都合により、担当者が交代する場合は、交代の理由を明らかにし、利用者の同意を得た後、新旧の担当者が同行する等し、引継ぎを行います。なお、交代後もサービスの低下が生じないよう対応します。

(3) 身分証携行義務

担当者は、常に身分証明書を携行し、初回訪問時および利用者またはそのご家族から求められた時は、いつでも身分証を提示します。

7. センターの責務について

(1) 介護予防支援サービス及び介護予防ケアマネジメントの提供内容の記録について

利用者に提供したサービス提供の記録は、利用者との契約終了の日から 5 年間 保管します。記録については、利用者とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

(2) 秘密保持と個人情報(プライバシー)の保護について

センター等の職員がサービスを提供するうえで、利用者やご家族に関して知り得た個人情報並びに秘密事項については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、利用者もしくはご家族から「個人情報使用同意書」により同意を得た場合には、サービス担当者会議等で、利用者及びご家族の情報を提供します。

なお、同意書に署名をいただけない場合、サービス調整ができず一体的なサービスが提供できない場合があります。

8. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医及びご家族等に連絡するとともに、必要な対応を行います。

9. 医療との連携

当事業所と入院先医療機関との連携がスムーズに図れるよう、利用者が入院した場合には、担当者の氏名及び連絡先を入院先の医療機関にお伝えください。介護予防サービス事業所等から寄せられた情報や、担当職員が訪問の際に得たご自宅での生活状況を入院先医療機関に情報伝達を行います。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、委託元のセンター及び川西市に連絡するとともに、必要な対応を行います。

11. 契約の終了

次の場合には、契約は終了となります。

(1) 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※ 基本チェックリスト実施後、介護予防・生活支援サービス事業対象者(以下、「事業対象者」という)となった場合を除く

(2) 利用者の要介護認定区分が、要介護と認定された場合

(3) 利用者が、介護保険施設等に入所した場合

(4) 利用者が、地域包括支援センター担当地区以外に転居した(住民票を移した)場合

(5) 利用者が、被保険者としての資格を喪失した場合

(6) 事業対象者が、1年間サービスを利用しなかった場合

12. 利用者からの契約の解除

契約の有効期間中、利用者からこの契約を解除することができます。その場合、契約を解除しようとする7日前までに担当者、または、センター等に申し出てください。

ただし、担当者、または、センター等から以下の内容の行為が見られた場合には、直ちに契約を解除することができます。

(1) 正当な理由なく介護予防支援、及び、介護予防マネジメントの提供を行わないとき

(2) 守秘義務に違反したとき

(3) 破産等業務を継続する見通しが困難になったとき

(4) 信頼関係を維持することができない事象が発生した場合

(5) 前各号のほか、この契約に違反したとき

13. 事業所からの契約の解除

事業所は、利用者より著しい不信行為が継続的に行われ、この契約が困難となったと判断した場合には、その理由を記載した文書を 30 日前に交付することにより、この契約を解除することができます。

14. サービス利用に関する留意事項

センター等の職員は、利用者に対するサービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 医療行為・ 救急車への同乗・ 入退院時の手続きや生活用品調達などの支援・ 家事の代行業務・ 直接の身体介護・ 金銭管理・ 利用者もしくはご家族からの物品等の受領・ 飲酒及び喫煙・ 利用者もしくはご家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動・ その他利用者もしくはご家族に対して行う迷惑行為・ センターの職員の運転する車両への同乗 |
|---|

15. 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する責任者を選定し、下記の措置を講じます。

虐待防止に関する責任者	管理者 豊田 翔子
-------------	-----------

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施

16. 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を受けられるよう、業務継続計画(BCP)を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施するよう努めます。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書

_____(以下「利用者」という)と川西地域包括支援センター(以下「センター」という)は、センターが行う介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて以下のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第 1 条 センターは、介護保険法等関連法令及びこの契約書に従い、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て自立した生活を営むことのできるよう、利用者に対し、適切な介護予防サービス計画及び介護予防支援計画(以下「介護予防ケアプラン」という)を作成し、かつ、介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスの提供が確保されるよう介護予防サービス事業者及び介護予防・生活支援サービス事業者等関係機関との連絡調整その他の適宜の提供を行います。

(契約の有効期間)

第 2 条 この契約の有効期間は、契約締結日から第 7 条に掲げる契約の終了の条件に該当するときまでとします。ただし、利用者が契約期間満了日以前に要支援認定の更新認定を受け、要支援認定の有効期間満了日が更新された場合には更新後の有効期間満了日までとします。

なお、基本チェックリストにより、第 1 号サービス事業対象者(以下「介護予防・生活支援サービス事業対象者」という)となった利用者については、1 年間サービスの利用がない場合は、有効期間は満了となります。

(介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成の援助)

第 3 条 センターの職員(以下「担当者」という)は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成を支援します。

- 2 担当者は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成に当たり次の各号に定める事項を遵守します。
 - (1) 利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めること。
 - (2) 当該地域における介護予防サービス事業者及び介護予防・生活支援サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料の情報を、特定の事業者のみを有利に扱うことなく、適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めること。
 - (3) 提供される介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスの目標、達成時期、サービス提供上の留意点を明記した介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案を作成すること。
 - (4) 上記原案に位置づけたサービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、サービスの種類、内容、利用料等について、利用者から文書による同意を受けること。

- (5) 利用者が、訪問看護等の利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合には、これに従うこと。
- (6) その他、利用者及びご家族の希望や関係機関の意向をできる限り尊重すること。

(介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成後の援助)

第 4 条 センターは、利用者及び家族と継続的に連絡を取り、サービス利用の実情を常に把握するように努めます。

- 2 センターは、利用者が介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更を希望する場合は、再評価を行ない、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更、要支援認定区分の変更申請、関係機関との連絡調整など必要な援助を行います。
- 3 センターは、利用者の受けるサービスの利用状況について、必要に応じて計画を点検し、給付管理票の作成・提出のほか関係機関との連絡調整を行います。

(利用料の支払い)

第 5 条 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については、原則として利用者の負担はありません。介護予防支援費について、保険料を滞納している場合は、一旦、利用者にて全額料金をお支払いいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書を川西市役所福祉部介護保険課窓口へ提出することにより、後日払い戻しとなります。介護予防ケアマネジメント費については、介護予防・生活支援サービスとなり、給付制限を適用しません。

(業務委託)

第 6 条 センターは、第 3 条及び第 4 条に定める介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を指定居宅介護支援事業者へ委託することができることとします。この場合、委託先の選定に当たっては利用者及びご家族の希望を尊重いたします。なお、委託先事業者の状況により委託できない場合や、特に委託先選定に希望がない場合は、センターが選定いたします。

(契約の終了)

第 7 条 次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- (1) 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
※ 基本チェックリスト実施後、事業対象者となった場合を除く
- (2) 利用者の要介護認定区分が、要介護と認定された場合
- (3) 利用者が、介護保険施設等に入所した場合
- (4) 利用者が、地域包括支援センター担当地区以外に転居した(住民票を移した)場合
- (5) 利用者が、被保険者としての資格を喪失した場合
- (6) 事業対象者が、1 年間サービスを利用しなかった場合

- 2 センターは、この契約が終了する場合で必要があると認められるときは、利用者が指定する居宅介護支援事業者、他の居宅介護支援事業者及びセンター、並びに医療機関等の関係機関へ関係記録の写しの引き継ぎ等の調整を行うものとします。

(利用者の解約など)

第 8 条 利用者は少なくとも 7 日前までにセンター等に予告することにより、この契約を解除することが可能です。ただし、利用者の病状の急変に伴う緊急の入院などやむを得ない事情がある場合にはこの限りではありません。

- 2 利用者は、センター等が次の各号のいずれかに該当する場合には、直ちに契約を解約することができます。
 - (1) 正当な理由なく介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を行わないとき
 - (2) 守秘義務に違反したとき
 - (3) 破産等業務を継続する見通しが困難になったとき
 - (4) 信頼関係を維持することができない事象が発生した場合
 - (5) 前各号のほか、この契約に違反したとき

(事業者の契約解除)

第 9 条 事業所は、利用者の著しい不信行為が継続的に行われたことにより、この契約が困難となったと判断した場合には、その理由を記載した文書を 30 日前に交付することにより、この契約を解除することができます。

(損害賠償)

第 10 条 センターは、利用者に対するサービスの提供に伴って、センターの責めに帰すべき事由により、利用者に損害を及ぼした場合には、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、利用者または利用者のご家族に故意または重大な過失がある場合は、賠償額を減額する場合があります。

(秘密保持)

- 第 11 条 センター及びセンターの職員は、正当な理由がない限り、サービスの提供にあたって知り得た利用者またはご家族の秘密を漏らしません。
- 2 センターは、センターの職員が退職後、在職中に知り得た利用者またはご家族の秘密を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
- 3 センターは、利用者またはご家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはご家族の個人情報を用いません。

(記録の整備・閲覧)

第 12 条 センターは、利用者に対する介護予防支援サービス及び介護予防・生活支援サービスの提供に際して作成した記録、書類をサービス提供の完了日より 5 年間保存します。

- 2 センターは、利用者またはご家族に対し、いつでも保管する利用者に関する記録、書類の閲覧、謄写に応じます。

(契約外条項)

第 13 条 本契約に定めのない事項については、介護保険法等関係法令の定めるところを尊重し、利用者やご家族とセンターとの協議により定めます。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス契約における 個人情報使用同意書

私、及び家族の個人情報については、下記の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することを同意します。

記

1.使用する目的

事業所が介護保険法等関係法令に従い、介護予防サービス計画及び介護予防支援計画(以下「介護予防ケアプラン」という)に基づき、指定居宅介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス等を円滑に利用するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

2.使用にあたっての条件

(1)個人情報の提供は、1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払う。

(2)事業所は、個人情報を使用した会議、内容等について記録しておくこと。

3.使用する期間

本契約の終了まで

(参 照)

・情報提供予定項目

- 介護保険被保険者証に記載されている事項
- 介護保険制度に基づく介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスを受けるために必要となる心身の様子
- 家族構成、緊急連絡先、家族の状況、住居の様子等
- その他、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成の目的を達成するために必要な範囲内の事項

前記契約の成立を証するため、この契約書 2 通を作成し、利用者、センター 各 1 通を所持する。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

事業者 医療法人 協和会
所在地 兵庫県川西市火打 1 丁目 7 番 13 号
代表者 理事長 北川 透



センター

住所 兵庫県川西市中央町 15 番 27 号
名称 川西地域包括支援センター
管理者 豊田 翔子



契約締結にあたり、私(利用者)は川西地域包括支援センターの _____ から、重要事項説明書及び契約書の説明を受け、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの提供開始に同意します。

また、介護予防サービスまたは介護予防・生活支援サービスを受けるにあたり、前掲の「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス契約における個人情報使用同意書」のとおり、私及び私の家族等の個人情報を用いることに同意します。

契約者 住所 _____

氏名 (署名) _____

代理人(代理人を選定した場合)

住所 _____

氏名 (署名) _____

(契約者との関係 _____)

