

「介護予防ケアマネジメント」「指定介護予防支援」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(宮崎県指定 第4500400033号)

当事業所は契約者に対して指定介護予防支援サービスを提供します。事業所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。

☆介護予防支援とは

- 契約者が居宅での介護予防サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等を適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。
- 契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントケアプラン」(以下「介護予防サービス計画」という。)を作成します。
- 契約者の介護予防サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、契約者及びその家族等、第1号事業者等との連絡調整を継続的に行い、介護予防サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、事業者と契約者双方の合意に基づき、介護予防サービス計画を変更します。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	- 2 -
2. 事業所の概要.....	- 2 -
3. 事業実施地域及び営業時間.....	- 2 -
4. 職員の体制	- 3 -
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	- 3 -
6. 業務委託	- 6 -
7. サービスの利用に関する留意事項.....	- 6 -

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 慶明会
(2) 法人所在地 宮崎県東諸県郡国富町大字岩知野字明久 357 番地
(3) 電話番号 0985-75-1722
(4) 代表者氏名 理事長 原田 一道
(5) 設立年月 昭和58年9月13日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防支援事業所及び介護予防・日常生活支援総合事業
(2) 事業の目的 介護保険法に基づき、契約者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営む事ができるよう、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者の生活機能の改善を図ることを目的とします。
(3) 事業所の名称 日南市東地区地域包括支援センター
(平成24年4月1日指定 宮崎県第4500400033号)
(4) 事業所の所在地 宮崎県日南市岩崎三丁目5番17号
(5) 電話番号 0987-23-6099
(6) 事業所長 氏名 原田 一道
(7) 当事業所の運営方針 ①契約者が可能な限り居宅において、自立した日常生活が営むことが出来るよう介護予防に関する支援を行います。
②契約者の意志及び人格を尊重して、常に契約者の立場に立ったサービスを提供します。
③日南市、居宅介護支援事業所、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様々な取り組みとの連携に努めます。
(8) 開設年月 平成24年4月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 日南市油津地区・東郷地区・鶴戸全域・吾田一部(中平野・桜ヶ丘・松原団地)
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金
受付時間	月～金 8時30分～17時15分
サービス提供時間帯	月～金 8時30分～17時15分

4. 職員の体制

当事業所では、契約者に対して指定介護予防支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。(日南市地域包括支援センターの職員等に係る基準を定める条例)

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤		非常勤	常勤換算	指定基準
	専 従	兼 務			
1. 主任介護支援専門員	0	1		1	1名
2. 社会福祉士	0	1		1	1名
3. 保健師又は看護師	0	1		1	1名
4. 介護予防計画担当者	3	0		3	1名
5. 事務員				—	—名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護支援専門員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援として次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので契約者の利用料負担はありません。

（1）サービスの内容と利用料金（契約書第 4～9 条、第 12 条参照）

〈公正中立の確保〉

- ① 契約者は、当事業所に対し介護サービス計画に位置づける居宅サービス事業所等について、複数の事業所の紹介を求めることができます。又、サービス事業所等を介護予防サービス計画に位置づけた理由を求めることができます。

〈サービスの内容〉

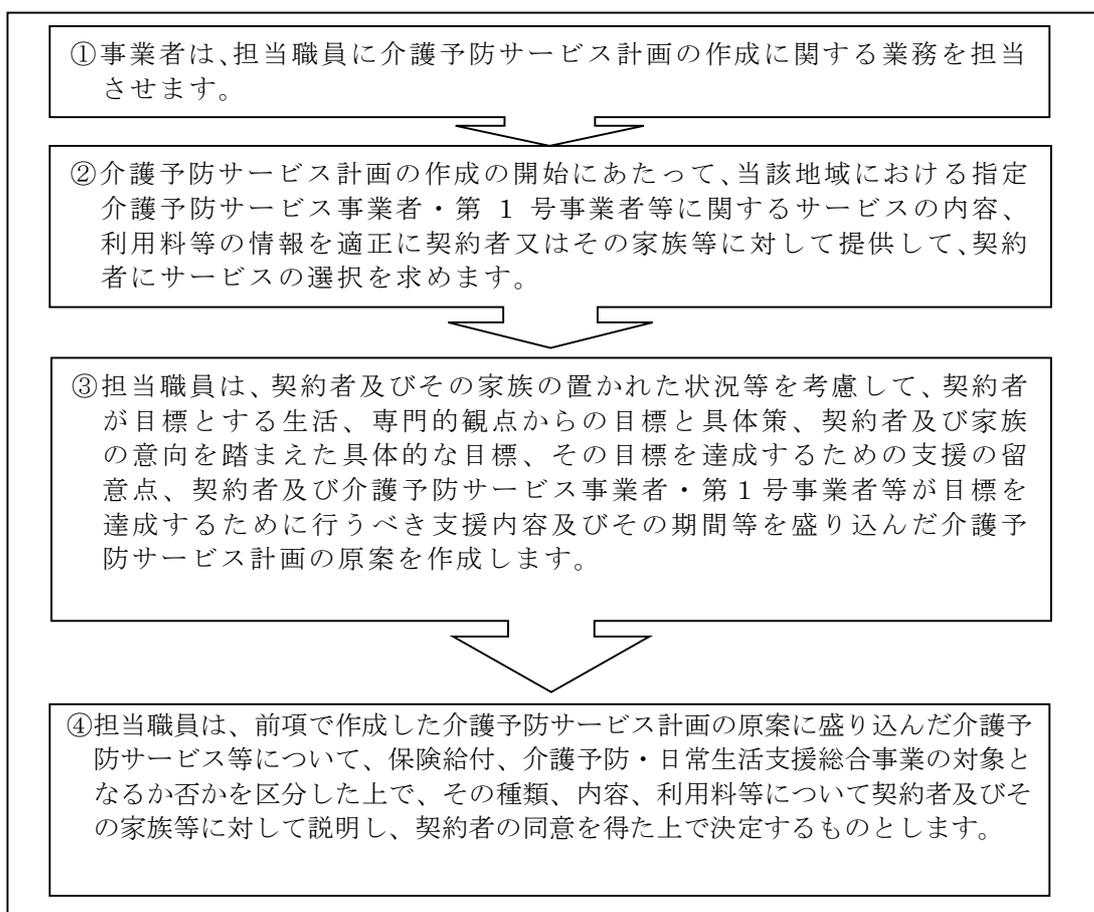
①介護予防サービス計画の作成

契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、介護予防サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等（以下「指定介護予防サービス事業者・第 1 号事業者等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、介護予防サービス計画を作成します。

②介護予防サービス計画の交付

保健師その他指定介護予防支援に関する知識を有する職員（以下、「担当職員」という。）は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び当該計画に位置づけた指定介護予防サービス等の担当者に交付します。

<介護予防サービス計画の作成の流れ>



③介護予防サービス計画作成後の便宜の供与

- ・契約者及びその家族等、指定介護予防サービス事業者及び第1号事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防サービス計画の実施状況を把握します。
- ・介護予防サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業者・第1号事業者等との連絡調整を行います。
- ・契約者の意思を踏まえて、要支援認定の更新申請及び要介護認定申請等に必要な援助を行います。

④介護予防サービス計画の変更

契約者が介護予防サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が介護予防サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、介護予防サービス計画を変更します。

⑤介護予防サービス計画の評価

担当職員は、介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価を行います。

⑥介護保険施設への紹介

契約者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、契約者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

<サービス利用料金>

介護予防支援等に関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

但し、契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

利用料金 4,420円（月額）

初回加算 3,000円

介護予防支援委託連携加算 3,000円（初回のみ）

（２）交通費（契約書第8条参照）

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は、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。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月10日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア．下記指定口座への振り込み

宮崎銀行 飫肥出張所 口座番号 63247

口座名義 社会福祉法人 慶明会

住宅型有料老人ホーム日南けいめい館

理事長 原田 一道

イ．現金による支払い

前記（２）の交通費は、サービス利用終了時に、その都度お支払い下さい。

6. 業務の委託

当事業所では、以下の<業務委託内容>の一部又は全部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。契約者の介護予防サービス計画の作成を担当する事業所（当事業所を含む）については、契約者と協議の上、決定します。

以下の居宅介護支援事業所は、委託業務の実施にあたって、当事業所と同様、契約書第11条に定める守秘義務を守ります。

＜業務委託内容＞

- ① 重要事項説明、契約締結事務
- ② 介護予防サービス計画原案の作成
- ③ 介護予防サービス計画の交付
- ④ 介護予防サービス計画作成後の支援
- ⑤ サービス担当者会議の開催
- ⑥ 評価・モニタリング
- ⑦ 介護保険給付費の受領

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う担当職員

サービス提供時に、当事業所及び6.に記載した居宅介護支援事業所のいずれかにおいて担当職員を決定します。サービス提供を行う事業所については、契約者と協議の上決定します。

(2) 担当職員の交替（契約書第9条参照）

①事業者からの担当職員の交替

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。

介護支援専門員担当職員を交替する場合は、契約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契約者からの交替の申し出

選任された担当職員の交替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。ただし、契約者から特定の担当職員の指名はできません。

8. 緊急時及び事故発生時の対応方法について

当事業所は、介護予防支援を提供する上で事故が発生した場合は、速やかに市町村及び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。事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。事業所に連絡するとともに、利用者の主治医又は医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

9. 高齢者虐待について

当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。また、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するものとします。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 担当職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

10. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

（1）苦情の受付

当事業所に対す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）北富 貴之

所在地 日南市岩崎三丁目5番17号

電話番号 0987-23-6099 FAX23-4188

毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

（2）行政機関その他苦情受付機関

【市の窓口】 名称 日南市長寿課	日南市中央通1丁目1-2 電話番号 0987-31-1160 FAX 0987-21-1410 受付時間 8:30～17:15 月～金
【公的団体の窓口】 名称 宮崎県国民健康保険団体 連合会	宮崎市下原町231番地1 電話番号 0985-35-5301 FAX0985-25-0268 受付時間 8:30～17:00 月～金
【事業者の窓口】 名称	

令和 年 月 日

指定介護予防支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護予防支援事業所 日南市東地区地域包括支援センター

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防支援サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所 日南市

氏名

代筆者

続柄 ()

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成18年3月14日）第4条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

＜重要事項説明書付属文書＞

1. サービス提供における事業者の義務（契約書第 12 条、第 13 条参照）

当事業所では、契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 契約者に提供した介護予防支援について記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管するとともに、契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ② 契約者が他の介護予防支援事業者の利用を希望する場合その他契約者から申し出があった場合には、ご契約者に対し、直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。
- ③ 事業者、担当職員または従業員は、介護予防支援を提供するうえで知り得た契約者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）
 - ・ サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防サービス事業者及び第 1 号事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

2. 損害賠償について（契約書第 15 条参照）

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

3. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要支援認定の有効期間満了日、介護予防・日常生活支援総合事業対象までですが、契約期間満了の 2 日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。（契約書第 2 条参照）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 13 条参照）

- ② 契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合、介護予防・日常生活支援総合事業の対象者外となった場合
- ③ 契約者が介護保険施設に入所した場合
- ④ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉

鎖した場合

- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ 契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 17 条、第 18 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。

その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前（※最大 7 日）までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 事業者が作成した介護予防サービス計画に同意できない場合
- ② 事業者もしくは担当職員が正当な理由なく本契約に定める介護予防支援を実施しない場合
- ③ 事業者もしくは担当職員が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業者もしくは担当職員が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 19 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、契約者（ ）は、日南市東地区地域包括支援センターが利用者及び契約者並びに家族の情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、また収集することに同意します。

1. 利用目的

- ① 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、契約者の介護予防サービス計画に基づき、指定介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議や申請（新規・更新・変更）等において必要な場合
- ② 行政等が開催する会議等において必要な場合
- ③ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

2. 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外に決して利用しない。また、契約者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

3. 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者が介護予防支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報。
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

医療との連携に係る同意書

以下に定める条件のとおり、医療との連携に関する事項について同意します。

1. 入院時における医療機関との連携

契約者（家族への依頼も可）は、利用者が医療機関に入院した場合は、当該医療機関に介護予防サービス計画作成事業所名（日南市東地区地域包括支援センター）並びに計画作成担当者の氏名を報告する。

2. 主治医等に対する介護予防サービス計画の交付

契約者が医療系サービスを希望している場合等、計画作成担当者は主治医等に意見を求めるとともに、作成した介護予防サービス計画について交付する。

3. 主治の医師等に必要な情報伝達

訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等についてケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行う。

令和 年 月 日

日南市東地区地域包括支援センター 管理者 北富 貴之

住 所 日南市 _____

本 人 (契約者) _____

住 所 _____

代筆者 _____

3. 介護予防支援（介護予防サービス計画作成等）を行う事業者とその事業所

① 介護予防支援を地域包括支援センターから受託する事業者について

事業者の名称	
代表者名	
所在地（連絡先）	

② 介護予防支援を提供する事業所について

事業所の名称	
介護保険指定事業所番号	
所在地（連絡先）	
代表者名	
担当者名	
営業日及び時間	