

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約 重要事項説明書

1 事業所のあらましをご説明します

事業所名	度会町地域包括支援センター
所在地	度会町棚橋 1215-1 (役場長寿福祉課内)
事業所番号	2402800037
連絡先 緊急時の連絡先	TEL 62-1118 / FAX 62-0054 *夜間・早朝・開所日以外の連絡先：62-1114 (当直室) 当直職員から担当者に連絡を致します。
管理者	大久保 (事業所の担当職員その他の従業者の管理、指定介護予防支援の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います。)
開所日	月曜日から金曜日 (ただし、祝日及び年末年始の12月29日から1月3日は除きます。)
開所時間	午前8時30分～午後5時15分まで
サービス提供実施地域	度会町全域
開設年月日	平成18年4月1日

2 当事業所は度会町の直営事業所です。役場についてお知らせします

名称	度会町
所在地	度会町棚橋 1215-1
連絡先 (長寿福祉課)	TEL 62-1118 FAX 62-0054
法人種別	地方公共団体
設置者	度会町長

3 当事業所は以下の職員で構成されています

職 種	人 数	勤務体制
管 理 者	1 人	常勤1人
保 健 師	1 人	常勤1人
社 会 福 祉 士	1 人	常勤1人
ケアマネジャー	1 人	常勤1人
社会福祉主事 (業務経験3年以上)	1 人	非常勤1人

4 当事業所の事業の目的と運営方針は次のとおりです

事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態になることを出来る限り防ぎ、あなた自身が地域において自立した日常生活を送れるよう支援するものです。 ・あなた自身が地域や家庭で何らかの役割を果たせる活動を継続することが、介護予防につながるため、あなたの生活上の何らかの困りごとに対して、それを補うサービスを当てはめるだけではなく、あなたの自立支援に資するよう、適切なアセスメントを実施しあなたとともに考え、目標の達成に取り組んでいけるよう、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを作成します。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・あなたが可能な限りその居宅において、介護予防の効果を最大限発揮し、自立した日常生活ができるよう介護予防サービス計画を作成し支援を行います。 ・あなたの心身の状況、その置かれている環境等に応じて、あなたの選択に基づき自立に向けて設定された目標を達成できるよう、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう努めます。 ・あなたの意思及び人格を尊重し、常にあなたの立場に立って、特定の種類又は特定のサービス事業者等に不当に偏らないよう公正中立に行います。 ・事業の運営に当たっては、町、保健医療及び福祉、地域活動など多様な主体との連携に努めます。 ・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、職員に対し研修を実施します。 ・事業者自ら、その提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善に努めます。

5 提供するサービスの実施方法等について説明します

内 容	実施方法
介護予防サービス・支援計画書の作成	<ol style="list-style-type: none"> ① 自宅を訪問し、あなたの基本的な情報（健康状態、生活機能、環境等）を聴き取りし、あなたやご家族が困っている困りごとを見つけます。 ② あなたのご自宅周辺地域の介護予防サービス事業者や介護保険以外のサービス事業者が実施しているサービスの内容、利用料等の情報を適正にあなたやご家族に提供し、あなたに必要なサービスを選んでいただきます。 ③ 介護予防の効果を最大限に発揮し、あなたが自立した生活を送れるよう、目指す目標、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盛り込んだ介護予防サービス計画表を作成し、あなたにお渡しします。 ④ サービス担当者会議の開催により、あなたの状況等に関する情報を各担当者と共有するとともに、担当者から専門的な意見を求め、あなたの目標が達成できるよう支援します。

内 容	提 供 方 法
介護予防サービス・支援計画書の作成	<p>⑤ あなたが介護予防サービス・支援計画書の内容の変更を希望した場合や事業者があなたの介護予防のためのサービスの内容の変更が必要と判断した場合には、あなたの意見をお聞きし、意思を尊重して、あなたと合意のうえ、介護予防サービス・支援計画書の変更を行います。</p> <p>⑥ あなたは、居宅サービス計画原案に位置付けられた居宅サービス事業者等の選定理由を求めることができます。</p>
介護予防サービス事業者等との連絡調整	<p>介護予防サービス・支援計画書の目標に沿ってサービスが提供されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。</p>
サービス実施状況の把握・ 介護予防サービス・支援計画書等の評価	<p>① あなたとあなたのご家族、又は介護予防サービス事業所等と毎月連絡をとり、サービスを適正に利用していただけたかの確認を行います。</p> <p>② あなたの心身の状態について定期的に改善されたところなどの確認を行い、あなたの希望や、状態の変化等があった場合は、より適切な介護予防サービス・支援計画書となるように、変更等を行います。</p>
給付管理	<p>介護予防サービス・支援計画書の作成後、その内容に基づいて毎月の給付管理票を作成し、三重県国民健康保険団体連合会に提出します。</p>
医療との連携・主治医への連絡	<p>① 入院時は医療機関との連携を促進するため、担当の居宅介護支援事業者名、介護支援専門員の氏名及び連絡先を、入院先医療機関へ伝えてください。また、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険証や健康保険証、お薬手帳とあわせて保管ください。</p> <p>② あなたの心身または生活状況に係る情報を把握した場合は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師等に必要な情報伝達を行います。</p> <p>③ あなたが医療系サービスを希望している場合等は、あなたの同意を得たうえで主治の医師等の意見を求め、その医師等に対してケアプランを交付します。</p> <p>④ 障害福祉サービスから介護保険サービスを利用される場合等は、支援に必要な情報共有ができるよう相談支援専門員や、特定相談支援事業者との連携に努めます。</p>

内 容	提 供 方 法
職員の体制整備	人権擁護、虐待防止等の観点から、虐待の未然防止、早期発見や迅速かつ適切な対応に努めることができるよう、体制を整備します。 〔虐待防止に関する担当者：大久保、鈴木〕
財産管理・権利擁護等への対応	あなたがサービスを利用する際に、あなたが持っている財産の管理やあなたの権利を守っていくうえで問題が生じた場合、第三者の援助が必要な場合には、あなたの依頼に基づいて関係機関への連絡を行います。
要介護認定等にかかる申請の援助	① あなたの意思を確認したうえで、要介護認定または要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）、サービス事業の申請に必要な協力を行います。 ② あなたの要支援認定有効期間満了の60日前には、要介護認定等の更新申請に必要な協力を行います。
相談・説明	介護保険や介護に関することは、幅広くご相談に応じます。
訪問について	① 担当者は、サービス提供を開始する月の翌月から起算して3ヶ月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びにあなたの状況に著しい変化があったときは、あなたのお住まい等に訪問し、あなたの心身の状態を把握します。 ② あなたのお住まい等を訪問しない月においては、可能な限り、介護予防サービス事業所を訪問し面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等によりあなたとの連絡を行います。

6 サービスの利用料を利用者にお支払していただく場合について

(料金)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（介護予防サービス・支援計画書の作成・変更、事業者との連絡調整、相談説明等）については、原則として利用者の負担はありません。

※しかし、介護保険適用の場合でも、利用者に保険料の滞納等がある場合には、一旦1ヶ月あたりについて、下記の料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。

事業対象者 要支援1・2	4,420円(1ヶ月)
初回加算	3,000円(1ヶ月)
委託連携加算	3,000円(1ヶ月)

(サービス提供証明書を役場長寿福祉課の窓口に提出しますと、後日払戻しとなる場合があります。また、滞納期間によっては全額が利用者のご負担となる場合もあります。)

7 契約の終了と自動更新について

契約の有効期間については、要支援認定の有効期間の満了日または、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約日から1年間でいったん終了することとなります。ただし、利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、継続されます。

8 契約期間途中での解約の場合

この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解約を希望する場合は、解約することができます。特に、解約料などは要りません。

9 プライバシーの保護

地域包括支援センターは、あなたにサービスを提供するうえで、あなたやご家族から知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、細心の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

ただし、当事業所がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して、知り得た情報については、

- ・サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。
- ・このため、その利用には利用者の同意が必要となりますので、**後の同意書に記名押印**いただくこととなります。

10 損害賠償

当事業所が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第8条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

11 ハラスメント行為

当事業所は、職員の安全を確保し、安心して働き続けられる環境を守り推進していく観点から、身体的暴力、精神的暴力及びセクシャルハラスメント等のハラスメント行為（例として、以下の行為）が、利用者やその家族から職員に対してあった場合は、契約を解除する場合があります。また、行為の内容により、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

(1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

(2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3) セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

12 サービスの苦情相談窓口

当事業所では、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供されたサービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、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要望、相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

担当者 大久保・鈴木	連絡先 62-1118 FAX 62-0054 (受付時間 平日午前8時30分から午後5時15分まで)
------------	---

○ 介護保険の苦情や要望、相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

(行政機関)			
度会町役場長寿福祉課	連絡先	電話	0596-62-1186
		FAX	0596-62-0054
三重県医療保健部長寿介護課	連絡先	電話	059-224-3327
		FAX	059-224-2919
(介護保険サービスの苦情について)			
三重県国民健康保険団体連合会	連絡先	電話	059-213-6500
		FAX	059-222-4166

13 要介護認定等の前に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供が行われる場合の特例事項の説明

要介護認定等の前に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供が行われる場合の特例事項に関する重要事項説明書

利用者が要介護認定等の申請後、認定結果通知等を受けるまでの間、利用者自身の依頼に基づいて、介護保険等による適切なサービスの提供を受けるために、暫定的な介護予防サービス・支援計画書の作成によりサービス提供を行う際の説明を行います。

1 提供する介護予防支援サービスについて

- ・利用者が要介護認定までに、介護予防サービスの提供を希望される場合には、この契約の締結の日から7日以内に介護予防サービス・支援計画書を作成し、利用者にとって必要なサービス提供のための支援を行います。
- ・介護予防サービス・支援計画書の作成にあたっては、計画の内容が利用者の認定の結果を上回る過剰なサービスを位置付けることのないよう配慮しながら計画の作成に努めます。

- ・作成した介護予防サービス・支援計画書については、要介護認定等の後に利用者等の意向を踏まえ、適切な見直しを行います。

2 要介護認定等の後の契約の継続について

- ・要介護認定等の後、利用者に対してこの契約の継続について意思確認を行います。
このとき、利用者から当事業所に対してこの契約を解約する旨の申入れがあった場合には契約は終了し、解約料はいただきません。
- ・また、利用者から解約の申入れがない場合には、契約は継続します。

3 注意事項（重要）

要介護認定等の結果が不明なため、利用者は以下の点にご注意いただく必要があります。

- (1) 要介護認定等の結果、自立（非該当）となった場合には、要介護認定前に提供されたサービスに関する利用料は、原則的に利用者にご負担いただくこととなります。
- (2) 要介護認定等の結果、認定前に提供されたサービスの内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合には、保険給付とならないサービスが生じる可能性があります。
この場合、保険給付されないサービスにかかる費用の全額を利用者においてご負担いただくこととなります。

介護予防サービス・支援計画書を作成するにあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 地域包括支援センター

氏名 _____

私は、本書面により上記事業者から重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者 住所 度会町 _____

氏名 _____ 印

署名代行者 住所 度会町 _____

(続柄)

氏名 _____ 印

署名代行理由 _____

上記代理人（代理人を選定した場合） 住所 _____

氏名 _____ 印

個人情報使用同意書

度会町長 様

利用者	氏 名	印
家族代表者	氏 名	印

度会町地域包括支援センター及び度会町保健センター職員が面接などで入手した私（利用者及び家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限度の範囲で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス・支援計画書に沿って、円滑にサービスを提供するために関係機関等との連絡調整において必要な場合のみ使用することを許可します。

2 使用する者の範囲

度会町地域包括支援センター及び度会町保健センターの職員、主治医、介護予防サービス・支援計画書に位置づけられたサービス事業者の担当者とします。

3 使用する条件

個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては担当する職員と主治医、介護予防サービス事業所の担当者以外の者に漏れることがないよう細心の注意を払ってください。