

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業に係る
重要事項説明書・契約書・個人情報使用同意書

事業者： さつき町地域包括支援センター

第1条 当法人の概要

法人名・法人種別	一般社団法人 海老名市医師会
代表者名	高橋 裕一郎
所在地	海老名市さつき町41番地
電話番号	046-234-3241
併設事業所	海老名市医師会訪問看護ステーション

第2条 事業所の概要

事業所名	さつき町地域包括支援センター
------	----------------

第3条 営業時間

月曜日 ～ 金曜日	8:30 ～ 17:00
-----------	--------------

※ 土曜日・日曜日・国民の祝日・年末年始（12/29～1/3）は休みさせていただきます。

第4条 介護予防支援の目的及び内容

指定介護予防支援事業者（以下、事業者）は、介護保険法等の関係法令等に従い、当該担当地域内に居住する利用者に対し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な介護予防サービス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・支援計画書（以下、介護予防プランという）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の提供が確保されるよう、サービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

第5条 事業所の職員体制

事業者指定番号	神奈川県 1404200063
管理者	大谷 芳見
連絡先	(TEL) 046-234-7226 (FAX) 046-234-7277
サービス提供地域	海老名市 さつき町・河原口・中新田・杜家

職 種	サービス種類・業務	人 員
管理者	管理業務	常勤1名（社会福祉士兼務）
社会福祉士	介護予防支援	常勤1名
看護師	介護予防支援	常勤1名 非常勤1名
主任介護支援専門員 介護支援専門員 介護支援専門員	介護予防支援	常勤1名 常勤1名 非常勤1名

第6条 契約の有効期間

- 1 この契約の有効期間は、令和____年____月____日から令和____年____月____日までとします。
なお、この契約以前に居宅介護支援事業者と利用者間で締結していた居宅介護支援事業に関する契約は、この契約の有効期間の開始日をもって解約したものとみなします。
- 2 事業者は、利用者に対して、有効期間満了までに契約更新を行うか否かの意思表示を行うよう求めるものとします。
- 3 上記契約期間満了日までに、事業者又は利用者から相手方に対して契約終了の申し出がない場合は、同一契約内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

第7条 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの担当者

- 1 事業者は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの担当者を選任し、適切な介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに努めます。
- 2 事業者は、前項の担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業者側の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡します。
- 3 事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

第8条 介護予防プランの変更等

- 1 事業者は、利用者が介護予防プランの変更を希望する場合には、速やかに自立した日常生活に向けての検討を行い、必要に応じて介護予防プランの変更に向けた手続きをするとともに、これに基づき介護予防サービスが円滑に提供されるようサービス事業者等への連絡調整等を行います。
- 2 事業者は、利用者が介護予防プランの範囲内でサービス内容等の変更を希望する場合には、速やかにサービス事業者への連絡調整等を行います。
- 3 利用者は指定介護予防サービス事業者を選定するにあたって、特段の事情の無い限り、複数の事業者の紹介を事業者に求めることができます。特段の事情とは当該地域でサービスを提供できる指定介護予防サービス事業者が複数無い場合等です。また、事業者が指定介護予防事業者を選定した場合においてはその選定理由を求めることができます。

第9条 介護予防支援の記録等

- 1 事業者は、利用者との合意のもとで介護予防プランを作成して、利用者にその写しを交付します。
- 2 事業者は、定期的に、介護予防プランに記載したサービス提供の目標等の達成状況等を評価し、その結果を「介護予防支援経過記録書」等の書面に記載するとともに、プランの変更が生ずる場合は、必要に応じて介護予防プランを追記・修正し、利用者に説明のうえ、その写しを交付します。
- 3 事業者は、介護予防支援記録書等の書面を介護予防サービスが終了した後5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

第10条 利用者の解約等

- 1 利用者は、少なくとも3日前までに事業者に予告することにより、いつでも、この契約を解約

することができます。

- 2 利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

第11条 事業者の解除

- 1 事業者は、利用者、または利用者の家族等支援者の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を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。
- 2 事業者が介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業を終了した場合、この契約を解除する事が出来ます。
- 3 天災・災害により事業継続が困難となった場合にはこの契約を解除することができます。また職員の体調不良等により支援継続が困難となった場合にも、この契約を解除することができます。その際には後任の支援者への引継ぎ等、可能な限り支援継続への協力を行います。

第12条 契約の終了

- 1 利用者が医療施設等に入院（所）し、又は要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスの利用が困難となった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、事業者は利用者に対し速やかにその旨を通知するものとします。
- 2 事業者は、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、他の指定介護予防支援事業者、並びに医療機関等の関係機関への関係記録の写しの引き継ぎ、介護保険外サービスの利用に係る市町村への連絡等の調整を行うものとします。

第13条 事故時の対応

- 1 事業者は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。
- 2 事業者は、介護予防支援の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第14条 秘密保持

- 1 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。
- 4 個人情報の適切な管理使用の為、個人情報の保護に関する責任者を配置します。管理者がこれを兼務します。

第15条 苦情対応

- 1 利用者は、提供された介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関して苦情がある場合又は事業者が作成した介護予防プランに基づいて提供された介護予防サービスに苦情がある場合には、事業者、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いもいたしません。

第16条 相談窓口、苦情対応

さつき町地域包括支援センター ご利用者様 相談・苦情相談	電話番号：046-234-7226 FAX番号：046-234-7277 責任相談員：羽太 香澄 対応時間：平日 8:30～17:00
海老名市役所 介護保険課 事業者支援係	所在地：海老名市勝瀬175-1 電話番号：046-235-8232 対応時間：平日 8:30～17:00
神奈川県 国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 介護苦情相談班	所在地：横浜市神奈川区楠町27-1 電話番号：045-329-3447 対応時間：平日 8:30～17:00

第17条 料金

- 1 指定介護予防支援に要した費用については、介護保険法第58条第4項の規定に基づいて、事業者が受領(法定代理受領)する場合は、利用者の自己負担はありません。
- 2 介護予防ケアマネジメント費に要した費用についても、利用者の自己負担はありません。
- 3 ただし、利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が法定代理受領をできなくなる場合があります。この場合は、指定介護予防支援に要した費用について、次表に定める額を負担していただきます。

「指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに要する費用」

区 分	単位数	1単位当たりの単価	金 額
通常月	442単位	10,84円	4,791円
初回月	742単位		8,043円
通常月＋委託連携 加算	742単位		8,043円
初回月＋委託連携 加算	1,042単位		11,295円

第18条 居宅介護支援事業者による介護予防プラン原案作成

- 1 利用者が、居宅介護支援事業者による介護予防プラン原案作成を希望される場合は、申込の際

に事業者申し出ることにします。

- 2 事業者は、利用者から前項の希望が出された場合は、手続き等について説明及び情報提供するとともに、当該居宅介護支援事業者や関係機関と調整を図ります。
- 3 利用者は、介護予防プラン原案作成などの居宅介護支援事業者の業務に積極的に協力することとします。
- 4 居宅介護支援事業者は、本契約の趣旨を尊重して、介護予防プラン原案作成の業務に従事することとします。
- 5 事業者は、居宅介護支援事業者が作成した介護予防プラン原案に関する最終責任を負うものとします。

第19条 職員の研修

- 1 事業者は、サービスの質の向上のため、関係団体の研修等への職員の参加を促進します。

第20条 暴言・暴力・ハラスメントについて

- 1 事業者は暴言・暴力・ハラスメントの防止に取り組み、職員の安全確保と安心して働き続けられる労働づくりを目指します。
- 2 利用者およびその家族等支援者から職員に対し暴言・暴力・ハラスメント、または嫌がらせや誹謗中傷等の行為があった際には契約の解除等の措置を講じます。また、損害賠償などの法的措置を講じることがあります。

第21条 契約外の事項

- 1 この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。
- 2 この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものであるため、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約を行います。

以下余白

包括支援センター業務に関する個人情報使用同意書

私及び私の家族の個人情報について、地域包括支援センター（以下「センター」という）が次に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に同意します。

1 使用する目的

- ① センターが介護保険法関連法令に従い、私の介護予防サービス計画または介護予防ケアプラン（以下「介護予防サービス計画等」という）に基づき、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等において必要となる場合。
- ② 医療機関及び介護予防サービス事業者、行政等の関連機関との連絡調整に必要となる場合
- ③ 私に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡が必要となる場合
- ④ 災害対策・災害時の救援要請等、関係機関への連絡が必要となる場合
- ⑤ その他センターが実施する業務において必要となる場合

2 使用にあたっての条件

- ・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こと

3 個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況など介護予防サービス等の提供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（利用者基本情報）
- ・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（要支援認定者の場合）
- ・介護予防サービス計画等及び評価表、支援経過記録、基本チェックリストなど、介護予防サービス計画等の円滑な実施に必要となる情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

4 使用する期間

センターの利用を必要とする期間、及び医療機関やサービス事業者等の関係者と連携を必要とする期間まで。

5 特記事項

センターが私の介護予防支援等の業務を居宅介護支援事業所に委託する場合、当同意書の「センター」を「センター及び介護予防支援等を委託する居宅介護支援事業所」に読み替えるものとします。

私（利用者及びその家族）は、重要事項説明書・個人情報使用同意書の説明を受け、同意し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの契約を締結します。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印 電話 _____

(署名代行者) 住所 _____

氏名 _____ 印 電話 _____

(署名代行の理由) _____

(家族) 住所 _____

氏名 _____ 印 電話 _____

(利用者上記代理人（代理人を選任した場合）) 住所 _____

氏名 _____ 印

(立会人) 住所 _____
氏名 _____ 印

(注) 「立会人」欄には本人とともに契約内容を確認し、緊急時等に利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務を負うものではありません。

(介護予防支援事業者) 所在地 海老名市さつき町41番地
事業者名 さつき町地域包括支援センター
代表者名 高橋 裕一郎 印
担当者 _____

(業務委託先居宅介護支援事業者) 事業者名（法人名） _____
事業所名 _____ 印
担当ケアマネジャー _____

※ 居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防プラン原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む）のみ記入