

「指定介護予防支援」重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して指定介護予防支援サービスを提供させていただくに際し、契約を締結する前に、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させていただきます。

☆介護予防支援とは

ご利用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。

○ご利用者の心身の状況やご利用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」を作成します。

○ご利用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、ご利用者及びその家族等、介護予防サービス事業者及び関係機関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、事業者とご利用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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。

1. 介護予防支援を提供する事業者について

法 人 名	医療法人 協和会
法 人 所 在 地	兵庫県川西市火打 1 丁目 7 番 13 号
代 表 者 名 氏 名	理事長 北川 透
電 話 番 号	072-758-7223

2. 介護予防支援の提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地など

事 業 所 の 名 称	医療法人 協和会 千里中央ケアプランセンター
事 業 所 の 所 在 地	大阪府豊中市新千里東町 1 丁目 4 番 3 号 シッビル地下 1 階
介護保険事業所番号	2774004481
サービス提供実施地域	豊中市 吹田市
電 話 番 号	06-6834-1381
F A X 番 号	06-6834-1328

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日（日・祝祭日・12月30日から1月3日は除く）
営 業 時 間	午前8:30～午後5:00

※上記の営業日・営業時間の他、電話等により常時連絡が可能な体制を整備しています。

(3) 事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者 (主任介護支援専門員)	業務の統括管理	常勤 1名 (介護支援専門員 と兼務)
介 護 支 援 専 門 員	介護予防サービス計画の作成 介護予防サービス事業者等の連絡調整	常勤 5名以上 (兼務職員 1名 管理者と兼務)

(4) 事業の目的及び運営方針

事 業 の 目 的	要支援状態のご利用者が、有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を継続出来るよう、ご利用者やご家族の意向を基に、介護予防サービス計画を作成すると共に、介護予防サービス事業者及び関係機関等との連携調整を密に行い、円滑な運営を図ることを目的とする。
運 営 方 針	ご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自立した生活を営めるよう介護予防サービス計画を作成する。 公正中立な居宅介護支援の提供に努める。 介護保険法令に定める内容を遵守し事業を実施する。

3. 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、ご利用者の利用料負担はありません。

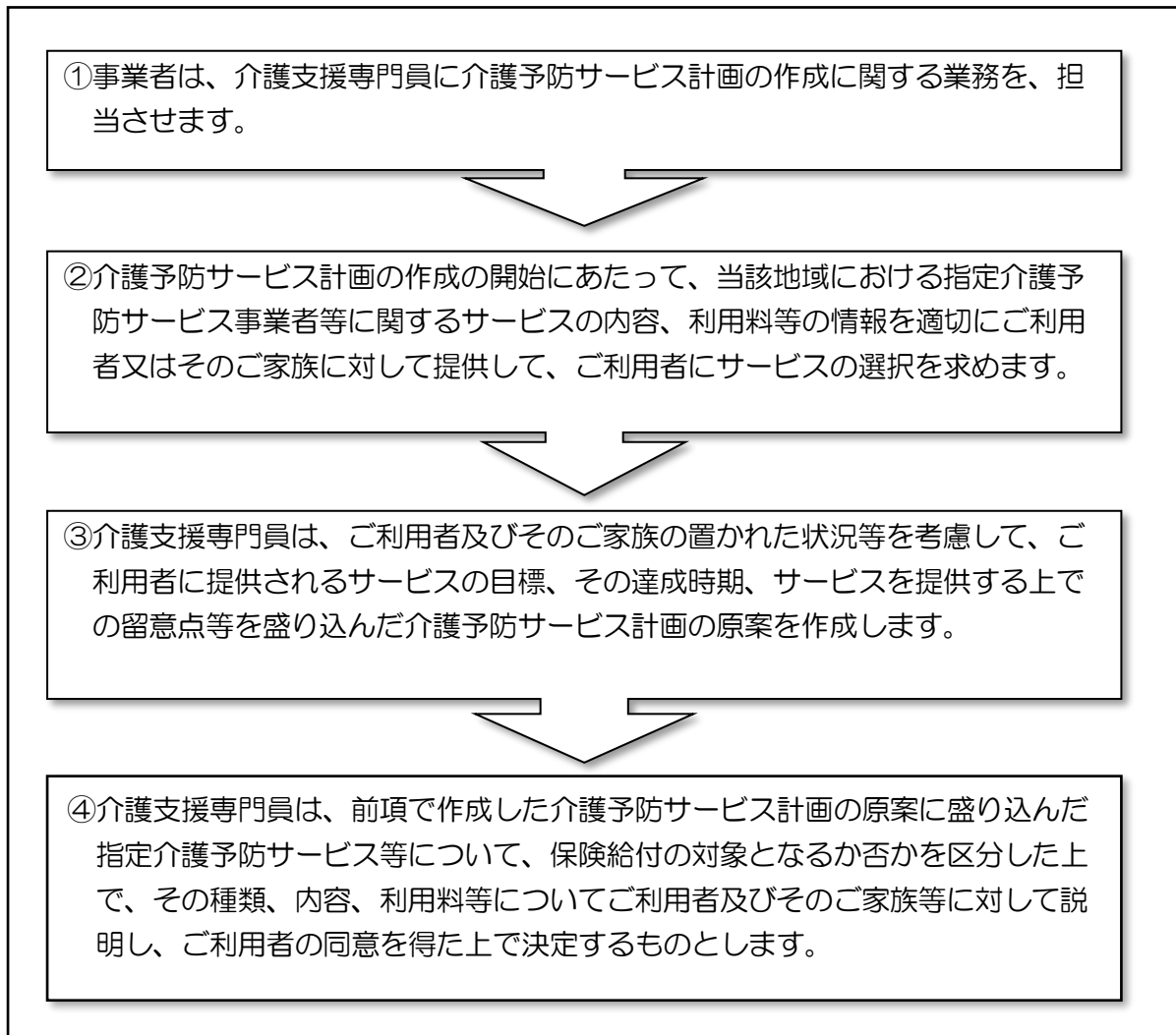
(1) サービスの内容

① 介護予防サービス計画の作成

ご利用者のご家庭を訪問して、ご利用者の心身の状況、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。

介護予防支援を担当する職員は、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画をご利用者及び当該計画に位置づけた介護予防サービス事業者に交付します。

介護予防サービス計画の作成の流れ



② 介護予防サービス計画作成後の便宜の供与

- 介護予防サービスの利用状況確認のため、おおむね3か月に1回程度、利用者宅等への訪問します。
- ご利用者及びそのご家族等、介護予防サービス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介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ご利用者の意思を踏まえて、要支援認定の更新及び要介護認定申請等に必要な援助を行います。

③ 介護予防サービス計画の変更

ご利用者が介護予防サービス計画の変更を希望した場合、またはサービス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、サービス事業者とご利用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。

④ 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。

⑤ 介護保険施設への紹介

ご利用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またはご利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には、介護保険施設等への紹介その他の便宜の提供を行います。

(2) サービス利用料金

全額介護保険から給付されますので、原則としてご利用者の自己負担はありません。

但し、ご利用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一旦お支払い下さい。当事業所から「サービス提供証明書」を発行いたします。

サービス提供証明書を後日市区町村の窓口に提出しますと、後日の払い戻しを受けることができる場合があります。

介護予防支援費	5, 116円 (1ヵ月)
初回加算	3, 252円 (1ヵ月)

*当事業所は、介護職員の人材確保の推進に向け、処遇改善の為に賃金体系の整備・研修の実施・職場環境の改善等の取組（又は令和8年度は生産性向上・協働化の取組としてケアプラン連携システムの加入・実績の報告でも可）を行う事業所として介護職員等処遇改善加算を取得しています。（当該加算を除く加減算後の総報酬単位数に2.1%分を乗じる金額が加算額となります。）

4. 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介護支援専門員

サービス提供時に、担当の介護支援専門員を決定します。

(2) 介護支援専門員の交替

① 事業者からの介護支援専門員の交替

事業者の都合により、介護支援専門員を交替することがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、ご利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

② ご利用者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門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、事業者に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。

但し、ご利用者から特定の介護支援専門員の指名はできません。

(3) 身分証携行義務

担当介護支援専門員は、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いたします。

5. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用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) 事業者の記録作成・交付の義務

- ① ご利用者に提供した介護予防支援について記録を作成し、利用者との契約終了の日から5年間保管するとともに、ご利用者または代理人の請求により閲覧に応じ、複写物を交付します。
- ② ご利用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ご利用者から申し出があった場合には、ご利用者に対し、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。

(2) 守秘義務と個人情報の保護

ご利用者及びそのご家族に関する守秘義務	①事業者は、ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ②事業者、サービス従事者又は従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族に関する事項を、第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します
個人情報の保護及び情報開示	①事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者及びご家族の個人情報を用いることができるものとします。 ②事業者は、ご利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

個人情報の保護及び情報開示	<p>③事業者が管理する情報については、ご利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。</p> <p>（開示に際して複写料等が必要な場合はご利用者の負担となります。）</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. 損害賠償について

(1) 事業者の責任によりご利用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。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合には、ご利用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。

当事業者は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険
保障の概要	対人・人格権侵害・対物・管理受託物

(2) 飼育する動物に噛まれた（咬傷）場合の損害賠償請求

ご利用者が飼育する動物によって被害を受けたサービス従事者は、その飼い主に対して損害賠償請求（第三者行為にて請求）をいたします。サービス従事者による過失事故についてはこの限りではありません。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

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。

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ①ご利用者が死亡された場合 ②ご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 ③ご利用者の要介護認定区分が、要介護と認定された場合 ④ご利用者が介護保険施設に入所された場合または医療機関に入院された場合 ⑤ご利用者が、被保険者としての資格を喪失した場合 ⑥事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ⑦当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

8. ご利用者からの解約・契約解除について

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。この場合には、契約終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

但し、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事業者もしくは介護支援専門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事業者もしくは介護支援専門員が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくは介護支援専門員が故意または過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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

9. 事業者からの契約解除について

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ご利用者及びご利用者家族等が、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、また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ご利用者及びご利用者家族等から、職員への著しい迷惑行為や違法行為により、職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難である等により、利用者に対してサービス提供をすることが困難になった場合

(著しい迷惑行為・違法行為の一例) *違法行為については原則警察に通報をします。

身体的な攻撃(未遂を含む)

- ・ 殴る、蹴る、たたく、つねる、ひっかく、押し倒す、唾を吐く、ものを投げつける
- ・ 刃物等鋭利なものを向ける

精神的な攻撃

- ・ 命を脅かす発言や行動、威圧的な態度を用いた脅し
- ・ 怒鳴る、大声を発する、威圧的な態度で文句を言う、暴言を吐く
- ・ 職員を侮辱、誹謗中傷をする
- ・ 継続的、執拗な言動
- ・ 特定の職員に嫌がらせをする
- ・ 刺青を見せる

セクシャルハラスメント

- ・性的な発言やジェスチャー、不適切な身体接触、不必要に距離が近い
- ・下半身やヌード画像を見せる

ストーカー行為

- ・職員の後をつける、監視する、つきまとう、しつこく連絡を取る等の行為
- ・自宅の住所や電話番号を聞く

悪質なクレーム

- ・長時間の電話や対応
- ・土下座を要求する
- ・インターネットにいわれのない、誹謗中傷の事業所評価を掲載する

職員のプライバシー侵害

- ・許可なく職員の写真や動画撮影をする
- ・許可なくインターネット上に職員の氏名や写真、動画等を投稿する

不法侵入

- ・許可なく他人の敷地や建物に侵入する

薬物使用

- ・違法薬物の使用や所持を含む行為

など

10. 暴力団等の影響の排除

事業所は、その運営について、暴力団等の支配を受けてはならないものとします。

11. サービス内容に関する苦情相談窓口

当事業所が提供したサービス、または介護予防サービス計画に基づいて提供された介護予防サービスに関する相談・苦情は、事業所のご利用者相談窓口までご連絡下さい。速やかに対応いたします。また、市区町村や国民健康保険団体連合会等にも相談窓口があります。

(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。

医療法人 協和会 千里中央ケアプランセンター	担当者 _____ (月曜日～金曜日) 午前 8:30～午後 5:00 TEL 06-6834-1381 FAX 06-6834-1328
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

(2) 行政機関その他苦情受付機関

豊中市福祉部 長寿社会政策課	(月曜日～金曜日) 午前8:45～午後5:15 TEL 06-6858-2838 FAX 06-6858-3146 所在地 豊中市中桜塚3丁目1番1号
豊中市 「話して安心、困りごと相談」	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:15 TEL 06-6858-2815 FAX 06-6854-4344 所在地 豊中市中桜塚3丁目1番1号
吹田市福祉部 高齢福祉室 介護保険グループ	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6384-1341 FAX 06-6368-7348 所在地 吹田市泉町1丁目3番40号
大阪府国民健康保険 団体連合会	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:00 TEL 06-6949-5418 所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通 FNビル内

12. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 ・ 無
	② 無		

13. 虐待の防止

事業者は、ご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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

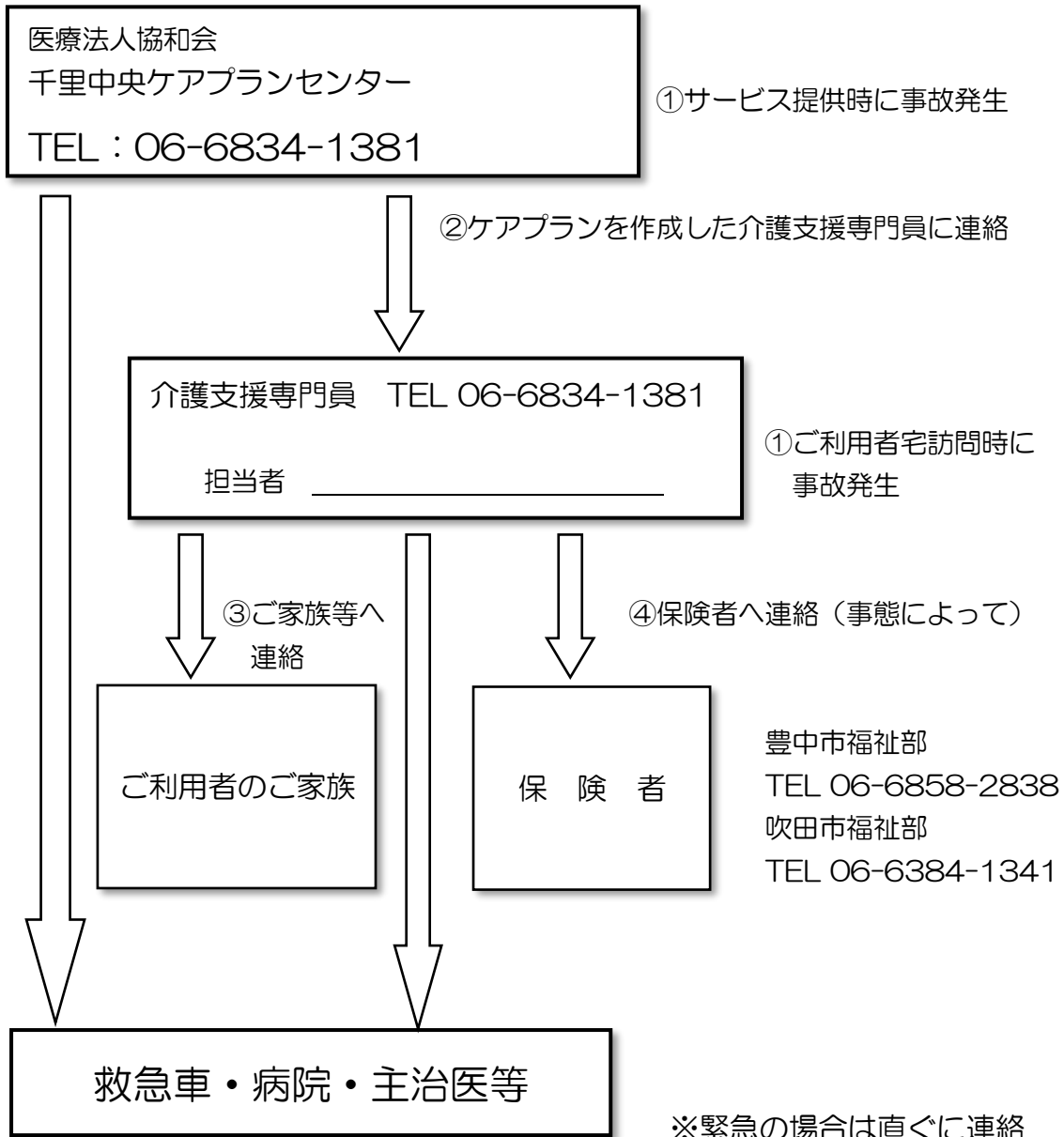
虐待防止に関する責任者	管理者
-------------	-----

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員または養護者（ご利用者のご家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報します。

14. 事故発生時の対応

介護予防支援の提供によって事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、当事業所及び豊中市に連絡するとともに、必要な対応をおこないます。

また、当事業所の責めに帰すべき事由によって損害が発生した場合は、速やかに賠償します。



豊中市消防本部 06-6853-2345
吹田市消防本部 06-6193-0119

千里中央病院 06-6834-1100
協和会病院 06-6339-3455

かかりつけ医 _____

主治医 _____

令和 年 月 日

介護予防支援サービスの提供開始に際し、本書面及び別紙に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 所在地 大阪府豊中市新千里東町1丁目4番3号
シップビル地下1階

事業所 医療法人 協和会
千里中央ケアプランセンター



氏名 _____

私は、本書面及び別紙に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

契約者 住所 _____

氏名(署名) _____

上記代理人(代理人を選定した場合)

住所 _____

氏名(署名) _____

