

重要事項説明書

京都市柘野地域包括支援センター
指定介護予防支援事業所

重要事項説明書（指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業）

1 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 柘野福祉会
代表者名	杉本 豊平
主たる事務所所在地・連絡先	京都市北区上賀茂中ノ河原町22の1 (電話) 075-705-4131 (FAX) 075-705-4138

2 事業所の概要

事業所名	京都市柘野地域包括支援センター指定介護予防支援事業所
所在地・連絡先	京都市北区上賀茂馬ノ目町10-1 (電話) 075-712-8621 (FAX) 075-711-2880
事業所番号	第2600100040号
管理者の氏名	高橋 直子
サービス提供地域	京都市北区雲ヶ畑学区、柘野学区、上賀茂学区及び元町学区

3 当センターの方針等

- (1) 指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業（以下「指定介護予防支援等」という。）は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現できるよう配慮して行います。
- (2) 指定介護予防支援等は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- (3) 指定介護予防支援等は、利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービス、障害者支援サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。
- (4) 指定介護予防支援等の提供に当たっては、利用者の意思等を尊重し、特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
- (5) 事業の実施に当たっては、京都市、関係区役所・支所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、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組等との連携に努めます。
- (6) 指定介護予防支援等において虐待の発生や再発を防止するため、対策を検討し、職員に対する研修を定期的実施します。
- (7) 指定介護予防支援等において身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を原則禁止し、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録します。
- (8) 指定介護予防支援等の提供に当たっては、介護保険など関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
- (9) 指定介護予防支援等において、感染症や非常災害の発生時においても支援を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を計るための計画を策定し、計画に従って必要な措置を行います。

- (10) 指定介護予防支援等において感染症の発生及びまん延しないよう、対策を検討すると共に指針を整備し、職員に対して研修及び訓練を定期的実施します。(感染防止対策のため、テレビ電話装置その他の情報通信機器の活用を検討します。)
- (11) 上記のほか「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第37号)及び国が定める介護予防支援に係るマニュアル並びに京都市が定める指針等(以下「基準等」という。)を遵守します。

4 事業所の職員体制等

職種	資格	員数等
管理者		常勤兼務職員1名(保健師等を兼務)
保健師等	地域保健等の経験のある看護師	常勤兼務職員1名
主任介護支援専門員	主任介護支援専門員	常勤専従職員2名
社会福祉士	社会福祉士	常勤専従職員1名
介護支援専門員	介護支援専門員	常勤専従職員2名、非常勤専従職員1名
事務職員		非常勤専従職員1名

5 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	午前9時～午後5時

※ 土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日から1月3日は休業します。

6 利用料金

(1) 指定介護予防支援

ア 指定介護予防支援の利用料金は、下表のとおりです。(1単位単価＝10.7円)
ただし、法定代理受領のため、利用者負担は発生しません。

	単位(1月につき)	備考
介護予防支援費	442単位	
初回加算	300単位	新規に利用を開始する月に加算されます。
委託連携加算	300単位	居宅介護支援事業所に委託を開始する際、加算される場合があります。

イ 介護保険料を滞納されると、法定代理受領できなくなる場合があります。この場合は、一旦(1)の額の料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。この証明書を区役所・支所の健康長寿推進課又は京北出張所保健福祉第一担当の窓口提出されずと、全額払い戻しを受けることができます。(利用者の介護保険料の滞納の額等によっては、全額が払い戻されない場合があります。)

ウ 前記2のサービス提供地域内では交通費は無料ですが、サービス提供地域外に訪問する場合の交通費は、サービス提供地域との境界から目的地までの移動に実際に要した額をお支払いいただきます。

- (2) 第一号介護予防支援事業
利用料金は発生しません。

7 介護予防ケアプランに位置付ける介護予防サービス等

介護予防ケアプランに位置付ける介護予防サービス等について、利用者は、当センターに対して、複数の介護予防サービス事業者等を紹介することを求めることができます。
また、介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

8 医療機関との連携

(1) 病院又は診療所への入院時のお願い

利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、利用者は、当該病院又は診療所に対して、当センターの担当職員の氏名及び連絡先をお伝えください。

(2) 主治の医師，歯科医師又は薬剤師との連携

利用者の服薬状況，口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち当センターが必要と認めるものを、当センターから、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対して情報提供します。

利用者が、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対する情報提供を希望されない場合は、当センターにお申し出ください。

9 指定介護予防支援等の委託

(1) 当センターは、必要に応じ、指定介護予防支援等のうち次の業務について、指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

- ① アセスメントの実施
- ② 介護予防ケアプランの原案の作成
- ③ サービス担当者会議の開催
- ④ 利用者に対する介護予防ケアプラン原案の説明
- ⑤ 利用者及びサービス担当者に対する介護予防ケアプランの交付
- ⑥ モニタリングの実施
- ⑦ 介護予防に係る効果の評価
- ⑧ 保険給付等に係る給付管理業務
- ⑨ 利用者及びサービス担当者等との連絡調整
- ⑩ その他

(2) 当センターは、指定介護予防支援等の一部を委託する場合、委託することについて、利用者又はその家族に十分説明し、文書による同意を得るとともに、利用者又はその家族に対して、委託契約を締結している指定居宅介護支援事業者の一覧を提示し、その意向を聴取します。

10 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医，救急隊，緊急時連絡先等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市，関係機関及び当該利用者の家族等に連絡を行います。

11 秘密の保持と個人情報の保護取扱い

(1) 利用者，その家族に関する秘密の保持について、当センターはサービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を、書面だけでなく電磁的記録も含めて、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

(2) 個人情報の保護について当センターは、以下のア～エにおいて、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、以下のア～エにおいて、予め文書で同意を得ない限り用いません。

ア サービス担当者会議（テレビ電話装置等を活用し、利用者、家族が参加する場合）

イ 介護予防サービス事業者等との連絡調整

ウ 指定居宅介護支援事業者への指定介護予防支援等の一部の委託

エ 利用者が要介護と認定された場合の指定居宅介護支援事業者との連絡調整

(3) 当センターは、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物（電磁的記録含む）については、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します。

1.2 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

当センター 苦情相談窓口	社会福祉法人 柊野福祉会 法人事業本部 電話番号 075-705-4131 担当者 酒枝 素子
	京都市柊野地域包括支援センター 電話番号 075-712-8621 FAX番号 075-711-2880 管理者 高橋 直子 担当者 _____ 対応時間 午前9時～午後5時
	第三者委員：三宅 正 電話番号 075-701-2228（会社）

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

京都市北区役所 保健福祉センター 健康福祉部健康長寿推進課 高齢介護保険担当	所在地 京都市北区紫野東御所田町33-1 電話番号 075-432-1366 FAX番号 075-432-1590
京都府国民健康保険団体連 合会（国保連）	所在地 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620 COCON 烏丸内 電話番号 075-354-9090 FAX番号 075-354-9055

【説明確認欄】

指定介護予防支援等の開始に当たり、利用者に対して重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者 事業者名 京都市柊野地域包括支援センター

説明者 _____

私は指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業のサービス内容及び重要事項について説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

年 月 日

(利用者) 氏名 _____

住所 _____

代理人又は立会人

氏名 _____

続柄 _____

住所 _____

個人情報提供の同意書

社会福祉法人柘野福祉会 京都市柘野地域包括支援センター（以下、「事業所」という）では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表し、説明いたします。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 事業所内部での利用目的

- 事業所が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用に係る事業所の管理運営業務

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- 事業所が利用者等に提供する介護サービス
 - 居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの連携、照会への回答
 - 利用者へのサービス提供にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場面
 - 家族等への心身の状況説明等
- 介護保険事務
 - 保険事務の委託
 - 審査支払い機関へのレセプトの提出
 - 審査支払い機関又は保険会社からの照会への回答
- 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 事業所内部での利用目的

- 事業所の管理運営業務
 - 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - 事業所等において行われる学生等の実習への協力
 - 事業所において行われる事例研究等

2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- 事業所の管理運営業務
 - 外部監査機関、評価機関等への情報提供等

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

本書面についての説明を受け、個人情報の提供・利用について同意し、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者氏名

代筆者氏名

続柄

個人情報提供の同意書

社会福祉法人柊野福祉会 京都市柊野地域包括支援センター（以下、「事業所」という）では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、ここに利用者家族等の個人情報の「利用目的」を公表し、説明いたします。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 事業所内部での利用目的

- 事業所が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用に係る事業所の管理運営業務

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- 事業所が利用者等に提供する介護サービス
 - 居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの連携、照会への回答
 - 利用者へのサービス提供にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場面
 - 家族等への心身の状況説明等
- 介護保険事務
 - 保険事務の委託
 - 審査支払い機関へのレセプトの提出
 - 審査支払い機関又は保険会社からの照会への回答
- 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 事業所内部での利用目的

- 事業所の管理運営業務
 - 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - 事業所等において行われる学生等の実習への協力
 - 事業所において行われる事例研究等

2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- 事業所の管理運営業務
 - 外部監査機関、評価機関等への情報提供等

なお、あらかじめ利用者家族等の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

本書面についての説明を受け、個人情報の提供・利用について同意し、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

家族等氏名

続柄

利用者氏名

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業の一部委託に関する同意書

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業の一部を委託することについて、委託する業務の内容及び委託する指定居宅介護支援事業者の説明及び利用者の意向の聴取を受け、次の指定居宅介護支援事業者に委託されることに同意します。

法人の名称	
事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所の連絡先	

令和 年 月 日

(利用者) 氏名 _____

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者) 氏名 _____
(続柄 _____)