

江北町地域包括支援センター介護予防支援事業所 重要事項説明書及び個人情報提供に関する同意書

1 介護予防支援事業所の概要

名 称	江北町地域包括支援センター
代 表 者 名	江北町長 山 田 恭 輔
所 在 地	〒849-0592 佐賀県杵島郡江北町大字山口 1651-1
電 話 番 号	0 9 5 2 - 8 6 - 5 6 1 4
F A X 番 号	0 9 5 2 - 8 6 - 2 1 3 0
職 員 体 制	管理者 1 名 保健師 1 名以上 社会福祉士又は社会福祉士に準ずる者 1 名以上 主任介護支援専門員 1 名以上 介護支援専門員 1 名以上
受付・相談日	月曜日から金曜日まで 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分 (ただし、12月29日から1月3日までと祝日を除く)
通常の事業実施地域	江北町
第三者評価の実施状況	令和6年度実績なし

2 介護予防支援事業の目的

利用者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう、心身の健康保持及び生活の安定のため必要な援助を行い、保健医療の向上と福祉の増進を包括的に推進します。

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防支援等」という。）の運営方針

- ① 利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援を行います。
- ② 要支援状態の維持改善を図り、要介護状態への移行を防止します。
- ③ 利用者の心身の状況、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が、多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。
- ④ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立なサービスの提供を行います。なお、利用者はケアプランに位置づける居宅サービス事業所について、複数事業所の紹介を求めることや当該事業所を位置づけた理由について説明を求めることが可能です。
- ⑤ 介護保険法令を遵守します。

4 提供する介護予防支援等の内容

（１）予防給付及び介護予防・日常生活支援総合事業に関するケアマネジメント

① アセスメント

認定調査結果及び主治医意見書の内容を把握し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及びその家族に対しアセスメントを行います。

② 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント計画（以下「ケアプラン」という。）原案の作成

アセスメント結果を基に、どのように支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果

に基づき、ケアプラン原案を作成します。

③ サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、ケアプラン原案について専門的な意見を聴取します。

④ ケアプランの交付

利用者又はその家族に説明し、同意を得た後、ケアプランを利用者又は家族に交付します。

⑤ サービスの提供

介護予防サービス事業者及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者等に対し、ケアプランに基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

⑥ モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により計画の実施状況を把握します。

(担当職員による居宅訪問頻度等)

1) 提供開始月

2) 提供開始月の翌月から起算して3月に1回

3) サービスの評価期間が終了する月

4) 利用者の状況に著しい変化があったとき

なお、利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するように努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施します。

5) 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録します。

6) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、サービスの提供状況や利用者の状況等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取しなければならない。また、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報提供を受けたとき、その他必要と認められるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち、必要と認められるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとします。

⑦ 評価

ケアプランで定めた期間の終了時に、計画の達成状況について評価を行います。

(2) 予防給付に関するマネジメント及び介護予防ケアマネジメントは居宅介護支援事業所に委託することができます。この場合においても、ケアプラン原案が作成された段階で、その内容の適正を確認し、同原案の最終的な責任を図ります。

(3) 介護予防事業及び予防給付に関するケアマネジメント、並びに介護給付のケアマネジメントとの連携を図ります。

5 サービス利用料及びその他の費用

介護予防支援等（介護予防サービス計画書等の作成・変更・事業者との連絡調整、相談説明等）については、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、利用者の自己負担はありません。

ただし、利用者に介護保険料の滞納等があり、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領できない場合は、一旦、1か月あたりのケアプランの作成料金として金額4,420円をお支払い頂きます。また、新規にケアプランを作成した場合、初回加算として上記料金に3,000円が加算されます。さらに、新規にケアプランの作成を居宅介護支援事業所に委託した場合、委託連携加算と

して上記料金に3,000円が加算されます。今後、介護予防支援の1か月あたりのケアプランの作成料金は、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第129号）の改正により変更となることがあります。その場合は、変更後の算定による額とし、文書にて通知します。

また、利用者が介護予防サービスから介護予防小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する際には利用者の必要な情報を介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業所に提供する等の連携を図った場合、介護予防小規模多機能型居宅介護加算として上記料金に3,000円が加算されます。

6 ケアプラン作成の委託

当センターでは、利用者の希望等を考慮したうえで、杵藤地区広域市町村圏組合介護保険運営協議会で承認を得た居宅介護支援事業者を利用者のケアプラン作成業務等を委託することがあります。

なお、上記のとおり委託した場合であっても、当該委託事業者は、利用者と締結します「介護予防支援介護予防ケアマネジメント利用契約書」に定められた関係各条項を遵守し、ケアプラン作成に努めます。

7 相談窓口、苦情対応

相 談 窓 口	江北町地域包括支援センター
(電 話 番 号)	0952-86-5614 0952-86-2111（※開所日の時間外及び休日）
(FAX番号)	0952-86-2130
(受 付 時 間)	月曜日から金曜日まで午前8時30分から午後5時15分 (ただし、12月29日から1月3日までと祝日を除く。)

8 苦情受付公的機関

佐賀県 国民健康保険団体連合会 情報・介護課 介護保険係	住 所	佐賀市呉服元町7番28号
	電 話 番 号	0952-26-1477
	FAX番号	0952-26-6123
杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所	住 所	鹿島市大字中村917番地2
	電 話 番 号	0954-69-8222
	FAX番号	0954-69-8220

9 秘密保持

- ① 介護予防支援等を行う上で知り得た利用者及び家族に関する個人情報を正当な理由もなく第三者に提供しません。また、契約が終了した後も同様です。
- ② 当センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要がある時は、あらかじめその情報を用いられる者から事前に文書による同意を得た上で、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書及び利用者基本情報・アセスメントシートを居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設及び主治医等の本業務に必要な範囲で関係する者に提示することができるものとします。

10 事故発生時の対応（損害賠償）

- ① 担当職員は、利用者に対する指定介護予防支援等の提供により事故が発生した場合には速やかに江北町、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、本地域包括支援センター管理者に報告するものとします。
- ② 介護予防支援等を提供する上で、事故が発生し、利用者又はその家族の生命・身体・財産に損害

を与えた場合は、その損害を賠償する義務を負います。ただし、甲又はその家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

1 1 個人情報の保護

利用者にサービスを提供する上で知り得た情報は、契約終了後においても第三者に漏らすことはありません。ただし、サービス担当者会議等でサービスの利用調整を行う際に情報提供への同意が必要となりますので、別紙の同意書に記名押印していただくことになります。

指定介護予防支援サービス又は介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、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。

説明及び交付日 令和 年 月 日

事業者 所在地 佐賀県杵島郡江北町大字山口1651-1

名称 江北町地域包括支援センター

説明者 氏名 印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、同意致しました。

利用者 住所 佐賀県杵島郡江北町大字

氏名 印

署名代行者 住所

氏名 印

本人との関係

署名代行理由

センター記入欄

利用者家族から文書での同意が諸事情により速やかに得ることができない場合は、サービス利用に係るケアプラン作成を円滑に進める観点から、電話連絡等で口頭により事前に同意を得ておく。

○期日 令和 年 月 日

○連絡先 氏名 _____ 続柄 _____
電話番号 _____ () _____

○文書での同意が速やかに得られない理由

○センター記入者名