

# 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援契約重要事項説明書

令和7年4月1日現在

- \* これは、利用者(以下、「甲」という。)及び甲の家族と館山市地域包括支援センターなのはな(以下、「乙」という。)の間で甲が利用しようとする介護予防ケアマネジメント・介護予防支援について、契約を交わす前に知っておいていただきたいことを説明するものです。
- \* 「要支援1」「要支援2」の認定を受けた方は、「介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス」をご利用いただくことになります。
- \* 介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスを利用するにあたっては、「介護予防サービス計画」作成等を行う必要がありますが、これらの業務は居宅介護支援事業所ではなく、乙が甲と契約を締結して作成することになっています。
- \* 甲の介護予防サービス計画の作成については、乙より、居宅介護支援事業所へ委託することが可能となっております。その場合には、委託先の居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)が担当として、甲の介護予防サービス計画を作成します。その場合には、乙と共同で業務に当たることになります。

## 1 乙の法人概要

事業者名	医療法人社団慶勝会
所在地	館山市沼1637番地2、2階
連絡先(代表)	TEL 0470-25-7300 FAX 0470-25-7301
法人種別	医療法人
代表者	理事長 宮川 慶
法人の行う他の業務	赤門整形外科内科(有床診療所) 赤門ケアプランセンター(居宅介護支援事業) 介護老人保健施設なのはな館みさき(入所・短期入所・通所) サテライト型小規模介護老人保健施設なのはな館なぎさ(入所・短期入所) なのはな訪問看護ステーション(訪問看護事業・訪問介護事業) 館山市地域包括支援センターいちご(豊房・館野・九重地区) 館山市認知症初期集中支援チームおれんじ

## 2 乙の概要

事業所名	館山市地域包括支援センターなのはな
所在地	館山市沼1604番地
連絡先	TEL 0470-22-1350
緊急時の連絡先	FAX 0470-22-1351 TEL 090-4716-6040
管理者名	初山 浩二
営業日	月曜日から金曜日（祝祭日、年末年始は休み）
営業時間	午前9時00分～午後5時00分まで
サービス提供実施地域	館山市内（館山・神戸・富崎・西岬地区）

## 3 委託先の事業者及び事業所について（委託しない場合には記載はありません）

事業所名	
所在地	
連絡先	TEL
緊急時の連絡先	FAX TEL
管理者名	
担当者名	
営業日	
営業時間	
事業者の名称	
事業者所在地 （連絡先）	
代表者名	

#### 4 事業の目的・運営方針

事業の目的	要支援状態にある高齢者等に対して、適切な指定介護予防支援事業、介護予防・日常生活支援総合事業を行うこと。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法令を遵守いたします。</li> <li>・公正中立な介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供を行います。</li> <li>・甲が可能な限り居宅において、その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介護予防サービス計画の作成を行います。</li> <li>・行政・医療・介護・地域等の関係者との連携に努めます。</li> <li>・甲の自立に向けて設定された目標を達成するために総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう取り組みます。</li> <li>・感染症の予防及びまん延の防止のため必要な措置を講じます。</li> <li>・感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう努めます。</li> <li>・利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。</li> <li>・身体拘束等の適正化を推進する観点から、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わないものとします。</li> <li>・職場内におけるハラスメント対策の強化を図るとともに、カスタマーハラスメントを防止するための措置を講じます。</li> </ul>

#### 5 提供する介護予防サービスの内容

契約書本文第3条、第4条および第11条に定める甲に提供するサービスの内容は次のとおりです。

内容	提供方法
介護予防サービス計画の作成 (契約書本文第3条)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 甲の居宅を訪問し、甲及び甲の家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。</li> <li>2 居宅周辺地域における介護予防サービスと介護予防・生活支援サービス事業者やインフォーマル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甲及び甲の家族に提供し、甲にサービスの選択を求めます。</li> <li>3 提供するサービスが目指す目標、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の原案を作成します。</li> <li>4 介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定サービス等について、保険給付および介護予防・日常生活支援総合事業の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を甲及び甲の家族に説明し、その意見を伺います。</li> <li>5 介護予防サービス計画の原案は、甲及び甲の家族と協議した上で、必要があれば変更を行い甲から文書による同意を得ます。</li> </ol>
介護予防サービスおよび介護予防・日常生活支援サービス事業者等との連絡調整・便宜の提供 (契約書本文第3条、第4条)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 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および介護予防・日常生活支援サービス事業者等との連絡調整を行います。</li> <li>2 各種会議においてテレビ電話装置等を活用する場合には、利用者等の同意を得た上で、個人情報の取り扱い及び安全管理に十分配慮します。</li> </ol>

<p>サービス実施状況の把握・介護予防サービス計画等の評価 (契約書本文第4条)</p>	<p>1 甲または甲の家族と毎月連絡をとり、サービスの実施状況の把握に努めます。</p> <p>2 甲の状態について定期的に再評価を行い、甲の申し出により又は状態の変化等に応じて介護予防サービス計画の評価、変更等を行います。</p>
<p>相談・説明 (契約書本文第3条)</p>	<p>1 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。</p>
<p>医療との連携・主治医への連絡 (契約書本文第3条)</p>	<p>1 ケアプランの作成時（又は変更時）やサービスの利用時に必要な場合は、甲の同意を得たうえで、関連する医療機関や甲の主治医との連携を図ります。なお医療機関へ入院した際、担当ケアマネジャーの氏名等を入院先に提供するようお願い致します。また医療系サービスの利用を希望される場合等は、甲の同意を得た上で医師等の意見を求めることとされており、この際意見を求めた医師等にケアプランを交付させていただきます。</p>
<p>財産管理・権利擁護等への対応 (契約書本文第3条、第4条)</p>	<p>1 甲がサービスを利用する際に、その所有する財産の管理や権利擁護について問題が発生し、第三者の援助が必要な場合には、甲の依頼に基づいて、専門の担当者が訪問し、必要に応じて契約司法書士への連絡を行います。</p>
<p>介護予防サービス計画の変更 (契約書本文第4条)</p>	<p>1 甲が介護予防サービス計画の変更を希望した場合又は事業者が介護予防サービスの変更が必要と判断した場合には、甲の意見を尊重して、合意のうえ、介護予防サービスの変更を行います。</p>
<p>サービス提供記録の閲覧・交付 (契約書本文第11条)</p>	<p>1 甲は、サービス提供の実施記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。（但し、複写料の実費を請求する場合があります。）</p> <p>2 甲は、契約終了の際には事業者に請求して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面の交付を受けることができます。</p>
<p>要介護認定等にかかる申請の援助</p>	<p>1 甲の意思を踏まえ、要介護認定または要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）の申請に必要な協力を行います。</p> <p>2 甲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。</p>
<p>介護支援専門員等の変更</p>	<p>1 介護支援専門員（館山市指定介護予防支援業務従事者）の変更を希望する場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。</p>
<p>訪問回数の目安</p>	<p>1 介護支援専門員等が、甲の居宅を訪問し、状況の把握等を行います。概ね3月に1回程度。ただし、電話連絡等により月に1回、状況の把握をさせていただきます。</p>
<p>電磁的記録</p>	<p>1 諸記録の保存、交付等について電磁的記録により行うことができるものとします。</p> <p>2 ケアプランや本説明書等における説明、同意等、利用者等の承諾を得た上で書類に代えて電磁的方法により行うことができるものとします。</p>

## 6 サービスの利用料及び利用者負担

### (料金)

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援に対しては、乙との契約の中で、料金の契約が発生致しません。その際、甲の負担はございません。

### (その他の費用)

内 容	金 額	説 明	支払方法
交通費（実費）	実費相当分	サービス提供実施地域以外の地域に訪問出張する場合には、実費相当の交通費の支払いが必要となります	利用のあった月ごとに集計し翌月10日までに請求いたします。
申請代行料	無 料	要介護認定等の申請代行にかかる費用については無料です。	
複写料金	実費相当分	サービス提供の実施記録を甲に交付する場合には、複写料金等の実費負担が必要となります。	

## 7 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、甲の方から解約を希望する2日前までにお申し出いただければ解約することができます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。

## 8 プライバシー（個人情報）の保護

乙は、甲にサービスを提供するうえで知り得た情報は、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、甲及び甲の家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者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、乙がサービスを提供する際に甲及び甲の家族に関して、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。利用の際には甲の同意が必要となりますので、別紙の同意書に記名押印いただくこととなります。

## 9 サービス提供中における事故発生時の対応

### (1) 緊急時における確認事項

①訪問等の際し、容態が急変した場合 ⇒ 甲の家族・主治医への連絡 ⇒ 必要に応じて、 収容先、救急車等の手配 ⇒ 事業所への連絡 ⇒ 介護予防サービス事業者への連絡 ⇒ 自治体への報告
②訪問等の際し、財物を破損 ⇒ 損害程度の確認 ⇒ 事業所への連絡 ⇒ 同等品の弁済

(2) 市町村、家族等への連絡方法

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 甲の家族へ事前に連絡先の確認をいたします。緊急時は速やかに電話連絡による状況の説明をします。甲の家族の要望により医療機関等の收容先を確保いたします。</li><li>2 自治体には、担当者へ電話連絡にてまずは報告します。書面にて報告、経過、対応等を報告します。</li></ol> |
|--|

(3) 乙の再発防止策等

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 事故発生状況を台帳にまとめ、従業員全員に周知し再発防止に努めます。</li><li>2 法人内の安全管理委員会への報告、再発防止策の策定を行っています。</li></ol> |
|--|

10 損害賠償について

乙が甲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9条に基づき、乙は金銭等により賠償をいたします。

乙は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

○ 加入保険名

「全国老人保健施設協会・居宅介護支援事業者賠償事故補償制度」  
主幹事会社 株式会社損害保険ジャパン

○ 保険の内容

「介護予防支援・地域包括業務等実行時に起因する事故」

○ 賠償できる事項

「業務遂行中における事故、業務の結果に起因する事故、人格権の侵害、経済的損失、財物に対する事故、預かった現金に対する事故等。」

11 サービスの苦情相談窓口

乙は、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計画に基づいて提供された介護予防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相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

○ 乙の苦情・相談窓口

慶勝会 赤門統括センター	連絡先 0470-25-7300 受付時間（平日）8時30分～午後5時30分
-----------------	---

○ 介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

(介護保険サービスの苦情について)	
千葉県国民健康保険団体連合会	連絡先 043-254-7428 受付時間（平日）8時30分～午後5時30分
(介護保険全般に関するお問い合わせ)	
館山市高齢者福祉課 介護保険係	連絡先 0470-22-3489 受付時間（平日）午前9時～午後5時

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供開始にあたり、甲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

事業者 所在地 千葉県館山市沼1604番地  
(乙) 名称 館山市地域包括支援センターなのはな 印  
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ました。

利用者 住所  
(甲) 氏名 印

上記代理人 (代理人を選定した場合)

住所  
氏名 印 (続柄 )