

**塩田地区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	塩田地区地域包括支援センター
代表者名	センター長 西野 厚史
指定事業所番号	4100900036
所在地	郵便番号 849-1411 嬉野市塩田町大字馬場下甲1769番地（塩田庁舎1階）
電話番号	0954-66-8001
ファクシミリ番号	0954-66-8002
職員体制	センター長、管理者、主任介護支援専門員、看護師、社会福祉士、認知症地域支援推進員、介護支援専門員
受付・相談日	月曜日から土曜日 午前8時30分から午後5時30分 ※緊急等の場合は24時間相談対応します。
第三者評価の実施	なし

2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業の目的

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 地域包括支援センターの職員は、利用者の心身の特性を踏まえて、その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援助を行います。
- ② 事業の実施に当たっては、利用者の心身の状況やその環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、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。
- ③ 事業の提供に当たっては、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、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、公正中立に行います。
- ④ 事業の提供に当たっては、誠意を持って懇切丁寧にを行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。また利用者は複数のサービス事業者等を紹介するように、指定介護予防支援事業所に求めることができるとともに、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定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可能であることについて十分な説明を行います。
- ⑤ 事業の運営に当たっては、関係市町村、他の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、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、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を行う者等との連携に努めます。
- ⑥ 事業の提供に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、利用者について、病院等に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員等の氏名及び連絡先を病院等に伝えるよう協力を求めます。
- ⑦ その他必要な事項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」に記載しているとおりです。

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調整し、利用者調整した結果に基づき、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。

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。

また、介護予防サービス計画の作成を、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指定居宅介護支援事業者へ委託する場合、委託を開始した月に限り、委託連携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。

事業所名	
所在地	
担当介護支援専門員	
連絡先	

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

塩田地区地域包括支援センター (嬉野市役所塩田庁舎1階)	住所	嬉野市塩田町大字馬場下甲1769番地		
	電話	0954-66-8001	FAX	0954-66-8002

8 苦情受付公的機関

嬉野市役所 市民福祉部 福祉課(嬉野庁舎)	住所	嬉野市嬉野町大字下宿乙1185番地		
	電話	0954-42-3306	FAX	0954-43-1157
佐賀県庁 佐賀県健康福祉本部 長寿社会課	住所	佐賀市城内1丁目1-59		
	電話	0952-25-7054	FAX	0952-25-7265
佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険課	住所	佐賀市呉服元町7番28号		
	電話	0952-26-1477	FAX	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	0954-69-8222	FAX	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。
- ③ 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。

10 事故発生時の対応(損害賠償)

- ① 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市(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、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責務を負います。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 ハラスメントへの対応

- ① 当センターは、「職員が安心できる職場でなければ、利用者の皆様に信頼されるサービスを提供できない」と考えます。そのため、事業所及び利用者等からのハラスメント行為には厳正に対応していきます。
- ② 当センターは、「ハラスメント防止規程」を策定して職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します。
- ③ 利用者又はその家族が当センターの職員に対して次のア～キに記載するハラスメント行為を行った場合には、契約解除・損害賠償請求も含めて厳正に対応します。
 - ア 暴行：殴る、蹴る、つねる、物を投げつける、など
 - イ 暴言：「死ね」「役立たず」など、職員の尊厳を傷つけるような言葉を言う、など
 - ウ 威嚇：近距離で職員に怒鳴る、反社会的勢力の構成員だったなどの過去を示したり、殺傷能力のある物を示したりして職員に恐怖心を与える行為、職員の求めに反してペットをケージ等に入れない、など
 - エ 性的嫌がらせ：必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、性的な動画・音声を流す、卑猥な写真を見せる、卑猥な言葉を発する、など
 - オ 過度な要求：職員の契約内容以外の労力や介護保険制度から逸脱する内容を要求する、長時間にわたる拘束を強いる、執拗に謝罪を要求する、土下座を要求する、など
 - カ プライバシー侵害 職員の許可なくその撮影をしてSNS上に投稿する、執拗に個人情報を訪ねる、など
 - キ その他、上記に類する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

1.2 必要に応じた説明

当センターでは、厳正なサービス提供と利用者又はその家族の相互理解に資するため、必要に応じて介護保険制度の概要と利用契約書及び本重要事項説明書を改めてご説明する機会を設ける場合があります。

1.3 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 嬉野市塩田町大字馬場下甲1769番地
名称 塩田地区地域包括支援センター

説明者 氏名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

内容を確認し了承しましたので同意するとともに、当センターが提供する介護予防支援等に係る、本人その他必要な個人情報、当センターが行う事業の実施に当たり、必要の範囲内で介護予防サービス事業者等の関係機関へ提供することを同意します。

また、提供したそれらの個人情報に関して、当センターの責に帰さない流出等の事故の場合は、当センターが損害賠償を負わないことを合わせて同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 佐賀県嬉野市塩田町大字

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 _____

利用者家族の同意

当センターが提供する介護予防支援等に係る、利用者本人の家族の個人情報について当センターが行う事業の実施に当たり、必要の範囲内で介護予防サービス事業者等の関係機関へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____