

# 介護予防支援・第1号介護予防支援

## 重要事項説明書（兼契約書）

令和7年4月1日版

※尾張旭市地域包括支援センターは、尾張旭市より委託を受け運営しております。

### ◇ ◇ 目 次 ◇ ◇

#### <第1部>重要事項説明書

|    |                               |   |
|----|-------------------------------|---|
| 1  | 介護予防支援及び第1号介護予防支援の目的          | 2 |
| 2  | 事業所の概要（事業所の概要・職員体制・営業日及び営業時間） | 2 |
| 3  | 業務の流れ                         | 3 |
| 4  | 利用料金                          | 4 |
| 5  | キャンセル料                        | 4 |
| 6  | 計画書などの文書発行等に係る手数料             | 4 |
| 7  | 相談窓口・苦情窓口                     | 5 |
| 8  | 緊急時の連絡先                       | 5 |
| 9  | 賠償責任について                      | 5 |
| 10 | 秘密の保持                         | 5 |
| 11 | 連絡について                        | 6 |
| 12 | 介護予防サービス事業所等の選択等について          | 6 |
| 13 | 高齢者虐待防止法に基づく通報義務              | 6 |
| 14 | ハラスメントへの対応                    | 6 |
| 15 | 身体拘束禁止への対応                    | 6 |

#### <第2部>契約に関すること

|     |                |   |
|-----|----------------|---|
| 第1条 | 契約期間           | 7 |
| 第2条 | 要支援状態等の悪化に係る援助 | 7 |
| 第3条 | 医療との連携の義務      | 7 |
| 第4条 | 協力義務           | 7 |
| 第5条 | 記録の整備・開示義務     | 8 |
| 第6条 | 契約の終了          | 8 |
| 第7条 | 利用者様の解約権等      | 9 |
| 第8条 | 事業者の解除権        | 9 |
| 第9条 | 契約に定めない事項の処理   | 9 |

説明者 事業所名（ ）

氏 名（ ）

尾張旭市地域包括支援センター

# 第1部 重要事項説明書

## 1 介護予防支援及び第1号介護予防支援の目的

介護予防支援は、利用者様が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むことができるよう、心身の状況等に応じた適切な介護予防サービス計画を作成するとともに作成された介護予防サービス計画に沿って指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ることを目的とします。

第1号介護予防支援は、利用者様の心身の状況等に応じて、第1号訪問事業、第1号通所事業又は第1号生活支援事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を行うことを目的とします。

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所の概要

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| 運営主体（事業者）       | 社会福祉法人尾張旭市社会福祉協議会                   |
| 運営主体の代表者氏名      | 会長 秋田 誠                             |
| センター名（事業所）      | 尾張旭市地域包括支援センター                      |
| 介護予防支援事業管理者     | センター長 松野 宏美                         |
| 第1号介護予防支援事業管理者  | センター長 松野 宏美                         |
| 所在地             | 尾張旭市新居町明才切57番地<br>尾張旭市保健福祉センター内     |
| 電話番号            | 0561-55-0654                        |
| FAX番号           | 0561-51-1880                        |
| メールアドレス         | asahi-sk-sc@gctv.ne.jp              |
| 指定年月日<br>（有効期間） | 平成27年4月1日指定<br>（令和3年4月1日～令和9年3月31日） |
| 介護保険指定番号        | 2304500024                          |
| 実施地域            | 尾張旭市内                               |

### (2) 職員体制（令和7年4月1日時点）

|            | 常勤 | 非常勤 | 計   | 備考   |
|------------|----|-----|-----|--|
| 保健師等       | 5人 | 0人  | 5人  | 介護予防支援担当職員は、保健師、経験のある看護師、介護支援専門員又は社会福祉士のいずれかとなります。 |
| 社会福祉士      | 3人 | 0人  | 3人  |  |
| 主任介護支援専門員等 | 4人 | 0人  | 4人  |  |
| 介護予防支援担当職員 | 0人 | 12人 | 12人 |  |
| 事務職員       | 1人 | 1人  | 2人  |  |

### (3) 営業日及び営業時間

|           |                             |                 |
|-----------|-----------------------------|-----------------|
| 提供日及び提供時間 | 平日                          | 午前8時30分～午後5時15分 |
| 休業日       | 土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12/29～1/3） |                 |
| 備考        | 提供時間外の電話連絡は転送されます。          |                 |

### 3 業務の流れ

|   |
|---|
| <p>①重要事項説明書（兼契約書）の説明</p> <p>重要事項の説明を行い、契約を締結します。「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を市へ届け出ます。なお、手続きのため、介護保険被保険者証をお預かりします。</p>   |
| <p>②状態の把握（アセスメント）</p> <p>認定調査結果、主治医意見書、基本チェックリスト及び基本情報などをもとに、担当職員が利用者様やご家族に面接し、抱えておられる問題点や解決すべき課題を分析します。</p>  |
| <p>③介護予防サービス・支援計画原案の作成</p> <p>アセスメントの結果をもとに、どのような支援が必要かを検討し、介護予防サービス・支援計画原案を作成します。介護予防サービス事業者等を利用者様に選定していただきます。</p>   |
| <p>④サービス担当者会議の開催</p> <p>関係する介護予防サービス等担当者を集め、介護予防サービス・支援計画原案について検討します。利用者様の希望や心身の状況等を考慮し、介護予防サービス等の目標とその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料金等をご説明のうえ決定します。</p>  |
| <p>⑤介護予防サービス・支援計画書の交付</p> <p>検討された介護予防サービス・支援計画の内容についてご確認、ご了承いただきます。そのうえで、介護予防サービス・支援計画書をお渡しします。</p>  |
| <p>⑥介護予防サービスの提供</p> <p>介護予防サービス・支援計画に位置づけられたサービスが各々の介護予防サービス等事業者等より提供されます。（別途各介護予防サービス等事業者等との契約が必要です。）</p>  |
| <p>⑦状況の把握（モニタリング）</p> <p>介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握につとめ、定期的に評価を行い、必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更を実施します。なお、サービス利用開始後は、毎月電話等で、介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握につとめ、原則、3ヶ月に1度はご自宅を訪問させていただきます。</p> <p>サービス評価期間終了月及び必要時に評価を行い、必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更を実施します。ただし、ケアマネジメントCの場合は評価及びモニタリングは簡略化して行います。</p> |
| <p>⑧給付管理</p> <p>支給限度額の管理に必要な介護予防サービス等の利用実績を確認します。</p>   |
| <p>⑨費用の請求</p> <p>介護予防サービス・支援計画の作成にかかる費用の請求事務等を行います。</p>   |

①～⑧については、指定居宅介護支援事業者に業務委託を行うことがあります。

- 第1号介護予防支援の類型は、次のとおりです。
  - ケアマネジメントA
 

第1号介護予防支援事業により利用する事業に、従来型訪問サービス又は従来型通所サービスを利用する場合
  - ケアマネジメントC
 

尾張旭市が実施する介護予防・生活支援サービスのうち、訪問型・通所型短期集中予防サービスを利用する場合

※ ケアマネジメントAに準じたアセスメント、ケアプラン原案、サービス担当者会議及び利用者様との面接によるモニタリング等を簡略化して介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施します。
- その他、業務のより詳しい内容について説明を受けたい場合については、担当職員にお気軽に申し出ください。

#### 4 利用料金

介護予防サービス・支援計画作成業務については、介護保険から全額支給されるので自己負担はありません。その他の所定の書類提出についての注意事項は、下表のとおりです。

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 要介護認定等の代行申請                         | 自己負担はありません。ただし、代行にあたっては、手続き上、介護保険被保険者証をお預かりします。 |
| 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）の届け出 |   |

※ ただし、介護保険料を滞納している場合は、国が定める金額をお支払していただくことがあります。

#### 5 キャンセル料

介護予防支援及び第1号介護予防支援に係るサービスをキャンセルした場合は、交通費等の実費をお支払いただくことがあります。

#### 6 計画書などの文書発行等に係る手数料

計画書等の再発行、各種文書発行及び郵送などの経費について、実費をお支払いしていただくことがあります。

#### 7 相談窓口・苦情窓口

|                |         |                    |
|----------------|---------|--------------------|
| 本事業所           | 担 当     | 社会福祉法人尾張旭市社会福祉協議会  |
|                | 受 付 時 間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
|                | 電 話 番 号 | 0561-54-4540       |
| 保険者(尾張旭市)      | 所 在 地   | 健康福祉部 長寿課          |
|                | 受 付 時 間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
|                | 電 話 番 号 | 0561-76-8138       |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 | 担 当     | 介護保険課 介護サービス苦情相談窓口 |
|                | 受 付 時 間 | 平日 午前9時～午後5時       |
|                | 電 話 番 号 | 052-971-4165       |

※ 住所地特例適用の被保険者に該当する場合も、保険者の窓口は、尾張旭市になります。

## 8 緊急時の連絡先

尾張旭市地域包括支援センターは、介護予防支援又は第1号介護予防支援の実施に際して利用者様の体調の急変等必要な場合には、すみやかにご家族への連絡その他の適切な措置を行うとともに、法令に基づき尾張旭市その他関係機関への報告を行います。

## 9 賠償責任について

- (1) 介護予防支援又は第1号介護予防支援の提供に伴って、尾張旭市地域包括支援センターの責めに帰すべき事由により、利用者様又はそのご家族等の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当の範囲内においてその損害を賠償します。
- (2) 利用者様又はそのご家族等が、自らの責めに帰すべき事由により、尾張旭市地域包括支援センターの職員の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当の範囲内においてその損害を賠償していただきます。
- (3) その他紛争が生じたときは、名古屋地方裁判所をもって第一管轄裁判所とします。

## 10 秘密の保持

- (1) 尾張旭市地域包括支援センターは、その職員ないし業務委託先が、業務上知り得た利用者様又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- (2) 尾張旭市地域包括支援センターは、その職員ないし業務委託先が、退職後ないし委託契約終了後であっても、在職中ないし委託中に知り得た利用者様又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- (3) 尾張旭市地域包括支援センターは、利用者様の個人情報を通常業務以外の目的で用い、あるいは第三者に提供する場合には、利用者様の同意を得ることとします。ただし、尾張旭市地域包括支援センターは、法令上定めのある場合や利用者様又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合には、必要な範囲内で、個人情報を用いあるいは第三者に提供することができるものとします。
- (4) 尾張旭市地域包括支援センターが介護予防支援又は第1号介護予防支援の業務の中で医療サービスの位置付けが必要な場合において、主治医ないし歯科医師等に対して意見を求めることができるものとします。また、この意見を求めた主治医ないし歯科医師等に対して介護予防サービス・支援計画を交付します。
- (5) 尾張旭市地域包括支援センターは、緊急時・災害時において生命・身体の保護のため、利用者様の安否確認を、行政等に提供することができるものとします。

#### 11 連絡について

利用者様が、要介護認定の（変更）申請、住所の変更、介護保険施設・病院・有料老人ホーム等への入所・入院を行う場合は、尾張旭市地域包括支援センター又は業務委託先に対し、速やかに連絡してください。

#### 12 介護予防サービス事業所等の選択等について

介護予防支援及び第1号介護予防支援の実施にあたって、利用者様は、尾張旭市地域包括支援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よう求めることができます。また、介護予防サービス・支援計画に位置付けた介護予防サービス事業者等について、その位置付けた理由を求めることができます。

#### 13 高齢者虐待防止法に基づく通報義務

尾張旭市地域包括支援センターは、利用者様が虐待を受けたと思われる場合は、速やかに、これを尾張旭市に通報するものとします。

#### 14 ハラスメントへの対応

尾張旭市地域包括支援センターは「ハラスメント対策基本指針」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づくりを目指しています。

利用者様及びそのご家族が事業者の職員に対して以下の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厳正に対応します。  
（暴言・暴力・威嚇・セクハラ・過度な要求・プライバシーの侵害など）

#### 15 身体拘束禁止への対応

ケアマネジメントの提供にあたっては、利用者様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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。なお、当該行為を行う場合には、その様態及び時間、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を記録するものとします。

（第1部以上）

## 第2部 契約書（重要事項説明書以外の部分）

### 【記載上の定義】

甲（利用者様）…10頁①と同じ

乙（社会福祉法人尾張旭市社会福祉協議会）…11頁④と同じ

### （契約期間）

#### 第1条

- 1 この契約の期間は、契約締結の日から甲の要支援認定の有効期間の満了日、又は介護保険法施行規則第140条の62の4第2号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当している者（以下「事業対象者」という。）は要支援・要介護認定申請をした日（却下になった場合を除く）までを満了日とします。
- 2 前項の契約期間満了日の10日前までに甲から書面による契約終了の申し出がない場合には、本契約と同一の内容で自動的に更新され、以降も同様とします。
- 3 乙は、この契約が更新される毎に更新時点での甲の要支援状態区分、要支援認定の有効期間、認定審査会意見を確認します。そのため、甲は、乙が求めるときは、乙に介護保険被保険者証を提示します。

### （要支援状態等の悪化に係る援助）

#### 第2条

- 1 乙は、甲の要支援状態又は事業対象者該当状態が明らかに悪化した場合、並びに甲が希望する場合には、要介護認定等の申請及び介護保険施設等の選定・入所について、円滑に行われるように援助します。
- 2 乙は、前条の場合で甲が希望する場合は、要介護認定等の申請を甲に代わって行います。
- 3 乙は、甲が要介護認定を受けた場合には、甲のために、乙が有する甲に係る情報を提供するなどして、指定居宅介護支援事業者との連携を図ります。

### （医療との連携の義務）

#### 第3条

- 1 乙は、サービスの提供にあたり、甲に対して入院時に担当者（介護支援専門員等）の名前等を入院先の医療機関に伝えるように依頼します。
- 2 甲の口腔に関する問題や服薬の状況、モニタリング等の際に担当者（介護支援専門員等）自身が把握した状態等について、主治医等の助言が必要と判断したものについて、当該担当者（介護支援専門員等）から主治医等に必要な情報伝達を行います。

### （協力義務）

#### 第4条

- 1 甲は、乙が甲のために介護予防支援又は第1号介護予防支援の業務を遂

行するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

- 2 指定介護予防サービス等にあたり、甲が正当な理由なくその利用の指示に従わず、その要支援状態等の程度を増進させた場合、あるいは偽りその他不正の行為により保険給付の支給を受け又は受けようとした場合には、乙は尾張旭市に対し、その旨を報告することがあります。

(記録の整備・開示義務)

#### 第5条

- 1 乙は、甲の介護予防サービス・支援計画、その実施状況に関する記録を整備し、契約終了の日から5年間これを保存します。
- 2 甲は、いつでも前項の記録を閲覧ないし謄写することができます。ただし、正当な理由がある場合には、理由を明示して、乙は記録の閲覧ないし謄写の全部又は一部を拒否することができます。
- 3 前項の謄写に際して、乙は甲に対し実費相当額を請求することができます。

(契約の終了)

#### 第6条

- 1 甲又は乙が、次の各号（第3号を除く）のいずれかに該当する場合は、本契約は当然に終了するものとします。第3号に該当する場合は、乙が甲に契約を終了することを通知し、契約を終了することができるものとします。
  - (1) 甲が、死亡又は介護保険法施行法第11条に規定する適用除外の施設等に入所するなど被保険者の資格を喪失した場合
  - (2) 甲が、要介護認定を受け認定区分が非該当（その後事業対象者に認定された場合は除く）又は要介護1以上になった場合
  - (3) 甲が医療施設等に相当期間以上、入院した場合
  - (4) 甲が（介護予防）特定施設入所者生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（短期利用介護予防居宅介護費を算定する場合を除く）又は介護予防認知症対応型共同生活介護（介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く）の利用を受けた場合
  - (5) 甲が、乙の通常事業の実施地域以外の地域に住所を移転した場合
  - (6) 乙が、破産又は閉鎖等した場合
  - (7) 乙が、指定介護予防支援事業者に係る指定を取消し等された場合
  - (8) 乙に対する包括的支援事業の委託の取消し等により、乙が尾張旭市地域包括支援センターの業務を行い得なくなった場合
  - (9) 第7条ないし第8条により、本契約が解約又は解除された場合
  - (10) 第1条の契約期間が満了し、更新されなかった場合
- 2 前項の規定により本契約が終了する場合で必要があると認められるときは、乙は、甲又は他の地域包括支援センター並びに指定居宅介護支援事業者（要介護者の場合）に対し、直近の介護予防サービス・支援計画及びその他の実施状況に関する書類を引き継ぐとともに、介護保険外サービスの利用に係る市町村等への連絡等の調整を行うものとします。



(甲の解約権等)

第7条

- 1 甲は、いつでも本契約の解約を申し入れることができます。この場合、甲は、10日以上予告期間をもって乙に文書で通知するものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- 2 甲は、乙が、介護保険に関する法令並びに本契約に定められた介護予防支援又は第1号介護予防支援を提供しなかった場合その他、本契約に違反した場合には、予告期間なく直ちに契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第8条

- 1 乙は、甲が故意に法令違反ないし著しく常軌を逸脱する行為または非協力など、相互の信頼関係を損壊する行為をなし、乙の再三の申し入れにかかわらず改善の見込みがないか、人の生命・身体・財産に重大な侵害を及ぼす危険が明らかなきは、その理由を記載した文書の交付をもって、本契約を解除することができます。

(契約に定めのない事項の処理)

第9条

- 1 この契約に定めのない事項が生じたとき、又は本契約各条項の解釈について疑義が生じたときは、介護保険法令ないし消費者保護法令その他関係法令に従い、甲と乙とは、お互いに誠意を持って協議して解決するものとします。

(第2部以上)

私（甲）は、乙との間において本書に記載の契約を結ぶにあたり、介護予防支援及び第1号介護予防支援の内容の説明（第1部・第2部）を受け、介護予防支援及び第1号介護予防支援の利用に同意します。

併せて、この契約を証するため本書2通を作成し、甲又はその代理人がこれに署名のうえ、甲又はその代理人と乙が、各1通を保有します。また、必要な場合には、立会人又は署名代行人も本書2通に署名します。

令和 年 月 日

①【甲（利用者様）】

|      |      |
|------|------|
| 住 所  | 尾張旭市 |
| 電話番号 | — —  |
| 氏 名  |      |

②【代理人】※代理人を選任した場合のみ記載してください。不在の場合は空欄になります。

|      |             |
|------|-------------|
| 住 所  |             |
| 電話番号 | — —         |
| 氏 名  | 利用者様との関係【 】 |

③【立会人又は署名代行人】※ 不在の場合は空欄になります。

|      |             |
|------|-------------|
| 住 所  |             |
| 電話番号 | — —         |
| 氏 名  | 利用者様との関係【 】 |

※「立会人又は署名代行人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時等に利用者様の立場に立って事業者等との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人又は署名代行人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

④【乙（事業者）】

|       |                                     |
|-------|-------------------------------------|
| 法人名   | 社会福祉法人 尾張旭市社会福祉協議会                  |
| 代表者   | 会長 秋田 誠                             |
| 住所    | 尾張旭市新居町明才切57番地                      |
| 電話番号等 | 電話：0561-55-0654<br>FAX：0561-51-1880 |
| 事業所   | 尾張旭市地域包括支援センター                      |
| 事業所番号 | 2304500024                          |

⑤【委託先の居宅介護支援事業所】※乙が担当する場合・未定の場合は空欄になります。

|      |     |
|------|-----|
| 事業者名 |     |
| 所在地  |     |
| 電話番号 | — — |

※ 乙は、指定居宅介護支援事業者に業務を委託する場合があります。甲が、直接、上記の事業所と契約を行う必要はありません。なお、変更があった場合は文書でお知らせいたします。

⑥【あなたの担当者】

職種： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

私は、乙が、甲の家族の個人に関する情報を介護予防支援及び第1号介護予防支援の業務に用い、また必要な範囲で関係する者（主治医・事業者・行政等）に提示することに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 家族代表者氏名 \_\_\_\_\_