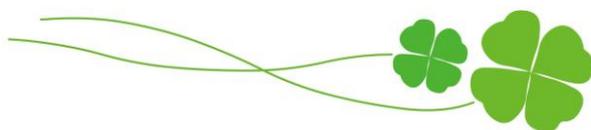


介護予防・日常生活支援総合事業 における

# 介護予防ケアマネジメント マニュアル



## (別冊) 関係様式集

令和3年10月 改訂

八尾市健康福祉部高齢介護課

## もくじ

- (様式 A) 指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書
- (様式 B) 介護予防支援等業務委託契約書
- (様式 C-1) 指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業に関する重要事項説明書
- (様式 C-2) 介護予防ケアマネジメント業務に関する重要事項説明書
- (様式 D-1) 介護予防支援等業務契約に関する個人情報使用同意書
- (様式 D-2) 介護予防ケアマネジメントに関する個人情報使用同意書
- (資料 1) 利用者基本情報
- (資料 2) 基本チェックリスト
- (資料 3) 介護予防支援経過記録
- (資料 4-1) 介護予防サービス・支援計画書
- (資料 4-2) 介護予防ケアマネジメント結果等記録表
- (資料 5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

## 指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書

指定介護予防支援又は第1号介護予防支援事業（以下「介護予防支援等」という）の利用者（以下「利用者」という）と、八尾市地域包括支援センター〇〇〇（以下「センター」という）は、センターが利用者に対して行う介護予防支援等について、各々対等の立場でその内容を確認し、次のとおり契約を締結し、信義に従い、誠実にこれを履行するものとする。

（目的等）

第1条 センターは、要支援状態の悪化の防止に資するよう、利用者が可能な限りその居宅において、その尊厳を保持し、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、医療との連携に配慮し、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防ケアプラン」という）を作成するとともに、介護予防サービス又は介護予防・生活支援サービス（以下「介護予防サービス等」という）の提供が確保されるようサービス事業者と連絡調整その他の便宜を提供する。また、利用者はこれらの業務の遂行に必要な協力を行うとともに、利用者が費用負担しなければならない所定の利用料、その他の費用を支払うものとする。

（契約の内容）

第2条 業務の内容等は、下記のとおりとする。

- ①介護予防ケアプランの作成
- ②介護予防サービス等事業者との連絡調整
- ③サービス実施状況把握、評価
- ④利用者状況の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要介護（支援）認定申請等に対する協力、援助
- ⑦相談業務

（業務の委託）

第3条 前条に定める内容については、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の23第3項の規定により居宅介護支援事業者に委託することができる。

（契約期間）

第4条 契約期間は 年 月 日から、利用者の要支援認定有効期間満了をもって終了とする。ただし、利用者がセンターに対して、契約終了を申し出ない限り、この契約は自動更新するものとする。

2 介護予防・生活支援サービスの利用者は、センターに対して契約終了を申し出ないかぎり、この契約は自動更新するものとする。

（契約の解約）

第5条 利用者から行う解約措置

(1)利用者は契約期間中にこの契約を解約しようとする場合は、センターに対して契約終了を希望する日の7日前までにその旨を申し出なければならない。ただし、利用者の病状の急変、緊急の入院等やむを得ない事情がある場合はこの限りではない。

(2)次の場合、利用者はセンターに申し出を行うことにより事前申し出の期間なしにこの契約を解約することができる。

ア センターが正当な理由なく介護予防支援等の提供を行わない場合

イ センターが明らかな守秘義務に反した場合

ウ センターが利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合

エ その他センターがこの契約に定める介護予防支援等の提供を正常に行ない得ない状況に陥った場合

2 センターから行う解約措置

センターは、休廃止等この契約に基づく介護予防支援等の提供が困難になるなどやむを得ない事情がある場合は、利用者に対してこの契約の終了を予定する日から1ヶ月以上の期間をおいて、利用者に解約理由を示した書面を通知することにより、この契約を解約することができる。ただし、利用者又はその家族などが暴力又は乱暴な言動等のハラスメント行為、著しい不信行為などによってセンターや従業者等の生命・身体・健康・財産に重大な影響を及ぼし、又はそのおそれがあり、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合は、1ヶ月以上の事前申し出の期間なしに、この契約を解約することができる。

3 契約の自動終了

(1)利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護もしくは介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを受ける場合

(2)利用者の要介護状態区分等が「自立」もしくは「要介護」と認定された場合

(3)利用者が基本チェックリストで介護予防・日常生活支援総合事業の非該当となった場合

(4)利用者が死亡した場合

(5)利用者が転出し、本市の被保険者でなくなった場合

（介護予防支援等の担当者）

第6条 センターは、介護予防ケアプランの作成および介護予防サービス事業者等との連絡調整等の介護予防支援等を担当する担当者及び第3条の規定により業務を委託する場合の居宅介護支援事業者を選任し、その者の氏名及び居宅介護支援事業所の名称を利用者に書面により通知しなければならない。

2 センターは、担当者を交代または第3条の規定により業務を委託する場合の居宅介護支援事業者を変更させる場合には、交代の理由を明らかにし、交代後の担当者の氏名、居宅介護支援事業所の名称を書面により利用者に通知しなければならない。

（介護予防支援等の実施方法）

第7条 センターが利用者に対して提供する介護予防支援等は、別紙記載の「介護予防支援等業務の実施方法等について」に基づき実施する。

2 利用者またはその家族は、センターが提供する介護予防支援等の内容が「介護予防支援等業務の実施方法等について」に基づいて実施されていないと認められる場合には、センターに対して説明を求め必要に応じて改善を申し出ることができる。

(介護予防支援等の提供内容の記録)

第8条 センターは介護予防支援等の提供内容に関する記録を行うとともに、これを規則で定める日から5年間保存しなければならない。

2 利用者は、センターに保管されるこの記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができる。

(秘密保持及び個人情報の保護)

第9条 センター及びセンターの職員は、介護予防支援等を提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩してはならない。この秘密を保持する義務は契約終了後も継続する。

2 センターは利用者から予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いてはならない。また、利用者の家族の個人情報についても予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において当該家族の個人情報を用いてはならない。

3 センターは利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとする。

(身分証携帯)

第10条 センターの職員は常に身分証を携帯し、利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、ただちに身分証を提示しなければならない。

(利用上の注意義務等)

第11条 利用者は介護予防支援等の実施および安全衛生等の管理上、必要があると認められる場合は、センター及びセンターの職員が利用者の居宅内に立ち入り、必要な措置をとることを認めることとする。ただし、その場合センターは利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮をしなければならない。

2 利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、利用者及びその家族とセンターとが、介護予防支援等の内容について介護保険法令やその他の法令の定めるところに従い、協議の上決定するものとする。

(賠償責任)

第12条 センターは介護予防支援等の提供にともなって、センターの責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合は、その責任の範囲において利用者に対して損害を賠償しなければならない。

(相談・苦情対応)

第13条 センターは利用者からの相談・苦情の窓口を設置し、自ら提供した介護予防支援等または介護予防ケアプランに位置づけた介護予防サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し迅速かつ適切に対応しなければならない。

(虐待防止)

第14条 センターは、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のための措置を講じるものとする。

(契約内容の履行と契約外事項の取扱い)

第15条 利用者及びセンターは、信義誠実をもってこの契約を履行するものとする。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議のうえ定めることとする。

(合意裁判管轄)

第16条 この契約について、やむを得ず訴訟となる場合はセンターの所在地を直轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを、利用者及びセンターは予め合意することとする。

以上の契約を証するため本書2通を作成し、利用者、センターが記名押印の上、1通ずつ保有するものとする。

年 月 日

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

八尾市地域包括支援センター〇〇〇

住所

代表者 \_\_\_\_\_ 印

○この契約に定める介護予防支援等を担当する事業所に関する記載  
事業所名 \_\_\_\_\_ (指定事業者番号: \_\_\_\_\_)  
事業所所在地 \_\_\_\_\_  
事業所管理者名 \_\_\_\_\_

## 介護予防支援等業務委託契約書

地域包括支援センターが介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という)第115条の22に規定する指定介護予防支援事業者の指定を受け行う介護予防支援等業務の一部を法第115条の23第3項の規定に基づき指定居宅介護支援事業者に委託することに関して、委託者(以下「甲」という)と、受託者(以下「乙」という)は、次のとおり契約を締結し、信義に従い誠実にこれを履行するものとする。

## (委託業務の内容等)

第1条 委託業務の内容等は、下記のとおりとする。

## (1) 委託業務の内容

- 1 利用者との契約代行
- 2 アセスメント
- 3 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント(以下「介護予防ケアプラン」という)原案の作成
- 4 サービス担当者会議の開催
- 5 介護予防ケアプランの交付・説明
- 6 サービス提供の連絡・調整
- 7 モニタリング
- 8 評価
- 9 給付管理業務
- 10 その他①～⑨の業務に関連して必要な業務

## (2) 利用者ごとの委託業務の履行

乙は、甲から利用者ごとの委託業務を行うことの指示を受けてから、速やかに本業務を履行しなければならない。

## (実施の方法)

- 第2条 甲は、乙に対し委託業務の対象となる利用者を通知する。乙は、委託の通知を受けて速やかに当該利用者を訪問し、前条第1号に掲げる業務を実施するものとする。
- 2 乙は、介護予防ケアプラン原案を作成した後、内容について甲の指示する方法で甲に報告しなければならない。
  - 3 乙は、利用者の状況についてモニタリング・評価を実施した場合は、内容について甲の指示する方法で甲に報告しなければならない。
  - 4 乙は、乙が担当する利用者が介護予防サービス又は介護予防・生活支援サービス事業(以下「介護予防サービス等」という)を利用した場合は、甲の指示する方法で甲に報告しなければならない。

## (業務の指示)

- 第3条 甲は、委託業務について、乙に必要な指示ができるものとする。
- 2 乙は、受託業務の実施に関して甲より指示があった場合は、甲の指示に従って、受託業務を実施しなければならない。

## (サービス計画の修正)

第4条 甲は、乙から介護予防ケアプラン原案またはサービス利用票と実績(給付管理票原案)提出を受けた後、その内容を確認し、修正がある場合は、その旨を乙に申し出、必要に応

じて甲の指示する方法で速やかに甲に報告させるものとする。

## (委託期間)

第5条 委託期間は、 年 月 日から契約締結日の属する年度の3月31日までとする。ただし、甲、乙いずれかより期間満了の日の1ヶ月前までに契約終了を申し出ない時は、この契約は自動更新するものとする。

## (受託者の義務)

- 第6条 乙は、法第69条第2項に規定する介護支援専門員に受託業務を行わせるものとする。
- 2 乙は、介護支援専門員に常に身分証を携帯させなければならない。
  - 3 乙は、受託業務に従事する者について、その研修の機会を確保し、もってその資質の向上に努めるものとする。

## (委託金額)

第7条 甲は、委託業務の実施に要する費用として、次に定めるところにより算定される額を乙に支払うものとする。  
※令和3年4月から9月末までについては基本報酬0.1%上乘せとなるため【】内金額とする。

## 基本報酬

1件あたり 月額 4,059【4,068】円

基本報酬及び初回加算算定月

1件あたり 月額 6,651【6,660】円

基本報酬及び委託連携加算算定月

1件あたり 月額 5,663【5,672】円

基本報酬及び初回加算、委託連携加算算定月

1件あたり 月額 8,255【8,264】円

## (委託料の支払)

第8条 乙は、担当する利用者が介護予防サービス等を利用した場合は、当該月の費用を甲が定める期日までに甲に請求するものとする。その際、乙は利用者の当該月のサービス利用実績について記載した必要書類を合わせて提出するものとする。

- 2 甲は、前項に規定する請求を受けた時はその内容を確認し、請求を受けた日の属する翌月の末日までに、乙に対して委託料を支払うものとする。

ただし、甲が前項に規定する委託料の請求に係る介護報酬の支払を受けることができない場合については、前段の規定にかかわらず、当該報酬の支払を受けた月の末日までに乙に支払うものとする。

- 3 乙の事業所の所在地が大阪府内である場合、甲は、大阪府国民健康保険団体連合会(以下、「連合会」という。)に委託料の支払いを委託することができるものとする。この場合において、甲が乙より委託料の請求を受けた時は、その支払は請求書を受領した翌月の介護報酬支払日に連合会より連合会登録口座に振り込まれるものとする。

なお、請求額と振込額に差が生じた場合は、甲と乙で調整するものとする。

(再委託等の禁止)

第9条 乙は、この契約の履行について、委託業務の全部又は一部を第三者に委任し、又は請け負わせてはならない。

(事故発生時の報告)

第10条 乙は、本業務の処理に関し、事故その他契約の履行を行ない難い事由が生じたときは、直ちに甲に報告し、その指示に従うものとする。

(監督及び調査)

第11条 甲は、乙に対して本業務の処理状況について調査し、又は報告を求めることができる。

(不履行責任)

第12条 乙は、本業務について、契約条項に定められたとおり履行できなかったときは、遅滞なく甲に報告しなければならない。

2 乙は、前項の場合において甲に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(善管注意義務)

第13条 乙は、この契約の履行にあたっては、常に善良なる管理者の注意をもって委託業務をなす責めを負うものとする。

(契約の解除)

第14条 甲は、乙が次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約を解除することができる。

- (1) この契約に違反したとき。
- (2) 指定居宅介護支援事業者の指定を取り消されたとき。
- (3) 八尾市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例(平成29年八尾市条例第57号)に違反し、委託業務を適正に実施することが困難であると認められるとき。
- (4) 八尾市地域包括支援センター運営協議会において、委託が適当でないと判断されたとき。

(損害賠償)

第15条 乙は、その責めに帰すべき事由により委託業務の処理に関し甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第16条 乙及び乙が使用する者は、受託業務を実施する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩してはならない。

2 前項の規定は、この契約の終了後も継続するものとする。

3 乙は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いてはならない。また家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議においてその個人情報を用いてはならない。

4 乙は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記

録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)について、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止する責務を負うものとする。

5 乙は甲から提供された業務上の個人情報及びその他の情報の取扱いについて、甲の指示に従いまた返還する義務を負う。

6 乙は本業務を行う上で知り得た個人情報を、本来の目的とする以外のものに利用してはならない。

(関係書類の整備)

第17条 乙は、委託業務の処理状況等を明らかにした書類を整備し、規則に定める日から5年間保存しなければならない。

(疑義等の決定)

第18条 本契約に定めのない事項及び本契約に関し疑義が生じた場合は、甲乙協議の上、定めるものとする。ただし、協議の内容に関しては甲の所在する保険者に報告するものとする。

(合意裁判管轄)

第19条 本契約について、やむを得ず訴訟となる場合は、甲の所在地を管轄する裁判所を第1審管轄裁判所とすることとする。

この契約の締結の証として、本書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 委託者  
所在地  
名称

代表者

印

乙 受託者  
法人所在地

法人名称

法人代表者

印

(2104)

## 指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業 に関する重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防支援等の業務について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明します。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「八尾市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等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等を定める条例」及び、「八尾市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定並びに介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める規則」の規定に基づき、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

### 1 この契約の趣旨について

- 「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」又は「介護予防・生活支援サービス」（以下「介護予防サービス等」という）をご利用いただくことができます。
- 介護予防・生活支援サービス対象者に認められた方は「介護予防・生活支援サービス」をご利用いただくことができます。
- 介護予防サービス等の利用にあたっては、「介護予防サービス計画」及び「介護予防ケアマネジメント」（以下「介護予防ケアプラン」という）の作成を行う必要があります。これらの業務は「担当地域の八尾市地域包括支援センター」があなたと契約を締結し、「地域包括支援センター」または「地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者」が作成します。

### 2 事業の目的および運営方針

事業の目的	介護保険法に基づき、要支援者等からの相談に応じて、介護予防サービス等の適切な利用ができるよう介護予防ケアプランを作成するとともにサービス事業者等との連絡調整等の便宜の提供を行う。
運営方針	1 利用者の意思及び人格を尊重するとともに、利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき、そ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介護予防サービス等が提供されるよう配慮したものとする。 2 介護予防支援等の提供にあたっては、公正中立を遵守し、関係機関や多職種との連携を図るよう努める。

### 3 介護予防支援等を提供する地域包括支援センターについて

事業者名称	〇〇法人 〇〇〇
事業者代表者	
所在地	〒581-〇〇〇〇 八尾市〇〇〇〇
事業所名称	八尾市地域包括支援センター〇〇〇〇
介護保険指定事業者番号	八尾市指定：27055・・・・
事業所所在地	〒581-〇〇〇〇 八尾市〇〇〇〇
連絡先	電話番号 (072)・・・・ FAX番号(072)・・・・

通常の事業実施地域	八尾市第〇圏域（〇〇中学校区）
事業所の管理者	
営業日	
営業時間	平日：午前〇時～午後〇時

### 4 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	介護予防支援等に関する業務及びその管理に関する業務	1人
担当職員 (保健師その他の介護予防支援等に関する知識を有する職員)	介護予防支援等に関する業務	1人以上

※その他必要に応じて業務の遂行に必要な職員を置くものとする。

### 5 介護予防支援等の内容、利用料について

介護予防支援等の内容	提供方法	介護保険適用有無	1ヵ月あたりの利用料
①介護予防ケアプランの作成 ②介護予防サービス事業者との連絡調整 ③サービス実施状況把握、評価 ④利用者状況の把握 ⑤給付管理 ⑥要介護(支援)認定申請等に対する協力、援助 ⑦相談業務等	契約書別紙の「介護予防支援等業務の実施方法等について」を参照下さい。	左の①～⑦の内容は、一連業務として、介護保険の対象となるものです。	介護保険適用の場合、利用料を支払う必要がありません。  【月額】 4,686円  【加算】 ※該当項目のみ 初回加算 月額3,210円 委託連携加算 月額3,210円

※保険料滞納により、支払い方法の変更処分を受けている場合には、いったん利用料を事業者に支払い、地域包括支援センターが発行する領収書とサービス提供証明書を添えて、市の窓口で支給申請を行ってください。

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

※今後、介護予防支援等の「1ヵ月あたりの利用料金」は、介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準の改正により変更となることがあります。

### 6 その他の費用について

利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。

**7 利用者の居宅への訪問頻度のめやす**

担当者等が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度はおおむね3ヶ月に1回程度となります  
 ただし、上記回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援等業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には利用者の居宅を訪問することがあります。

**8 秘密の保持と個人情報の保護について**

**①利用者及びその家族に関する秘密の保持について**

事業者及び事業者の使用する者は、介護予防支援等を提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。  
 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

**②個人情報の保護について**

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、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、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。  
 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の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するものとします。

**9 事故発生時の対応**

当事業者が利用者に対して行う介護予防支援等の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業者が利用者に対して行った介護予防支援等の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行いません。

**10 高齢者虐待防止について**

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。  
 ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。  
 ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。  
 ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めるものとします。

**11 その他**

利用者は介護予防ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。(当該事業所を介護予防ケアプランに位置付けた理由を求めることが可能です。)

**12 介護支援等業務に関する相談、苦情について**

<b>【センターの窓口】</b> 八尾市地域包括支援センター 〇〇〇	所在地 八尾市〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号 FAX番号 受付時間 午前〇時～午後〇時
--	--

<b>【市町村の窓口】</b> 八尾市地域包括支援センター	所在地 八尾市本町一丁目1番1号 電話番号 (072)924-3973 FAX番号(072)924-3981 受付時間 午前8時45分～午後5時15分
<b>【市町村の窓口】</b> 八尾市健康福祉部 高齢介護課	所在地 八尾市本町一丁目1番1号 電話番号 (072)924-9360 FAX番号(072)924-1005 受付時間 午前8時45分～午後5時15分
<b>【公的団体の窓口】</b> 大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町一丁目3番8号 電話番号 (06)6949-5418 FAX番号(06)6949-5417 受付時間 午前9時～午後5時

**13 重要事項説明の年月日**

この重要事項説明書の 説明年月日	年 月 日
---------------------	-------

上記内容について、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者	法人住所	
	法人名称	
	法人代表者	
	事業所名	
	説明者氏名	

上記内容の説明を確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	
	代筆者	(続柄 )

代理人	住所	
	氏名	

## 介護予防ケアマネジメント業務に関する重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防ケアマネジメント業務について、サービスを利用する前に知っておいていただきたい内容を説明します。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日付老振発0605第1号）」に基づき、地域包括支援センターがあらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

### 1 事業の目的および運営方針

事業の目的	要支援者等が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行う。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者の意思及び人格を尊重するとともに、利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき、その自立に向けて設定された目標を達成するために必要なサービス等が提供されるよう配慮したものとする。</li> <li>2 介護予防ケアマネジメント業務の提供にあたっては、公正中立を遵守し、関係機関や多職種との連携を図るよう努める。</li> </ol>

### 2 介護予防ケアマネジメント業務を提供する地域包括支援センターについて

事業者名称	(法人名)
事業者代表者	
所在地	〒
事業所名称	八尾市地域包括支援センター
介護保険指定事業者番号	
事業所所在地	〒
連絡先	電話番号 FAX番号
通常の事業実施地域	八尾市第 圏域 ( 中学校区)
事業所の管理者	
営業日	月曜日～金曜日 但し、日・祝日、12月 日～1月 日を除く
営業時間	平日:

### 3 事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人員数
管理者	介護予防ケアマネジメントに関する業務及びその管理に関する業務	1人
担当職員 (保健師その他の介護予防支援等に関する知識を有する職員)	介護予防ケアマネジメントに関する業務	1人以上

※その他必要に応じて業務の遂行に必要な職員を置くものとする。

### 4 介護予防ケアマネジメント業務の内容、利用料について

介護予防ケアマネジメント業務の内容	利用料
①アセスメント（課題分析）の実施	無 料
②ケアマネジメント結果記録の作成	
③ケアマネジメント結果記録の説明、同意、交付	

### 5 秘密の保持と個人情報の保護について

#### ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント業務を提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、業務が終了した後も継続します。

#### ②個人情報の保護について

地域包括支援センターは、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス調整時等に、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、予め文書で同意を得ない限り、サービス調整時等に、利用者の家族の個人情報を用いません。地域包括支援センターは、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の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するものとしします。

### 6 介護予防ケアマネジメント業務に関する相談、苦情について

【センターの窓口】 八尾市地域包括支援センター ●●	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間
【市町村の窓口】 八尾市地域包括支援センター	所在地 八尾市本町一丁目1番1号 電話番号 (072)924-3973 FAX番号 (072)924-3981 受付時間 午前8時45分～午後5時15分
【市町村の窓口】 八尾市健康福祉部 高齢介護課	所在地 八尾市本町一丁目1番1号 電話番号 (072)924-9360 FAX番号 (072)924-1005 受付時間 午前8時45分～午後5時15分

7 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の 説明年月日	年 月 日
---------------------	-------

上記内容について、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日付老振発0605第1号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

説明者	法人住所	
	法人名称	
	法人代表者	
	事業所名	
	説明者氏名	

上記内容の説明を確かに受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	

代理人	住 所	
	氏 名	

## 介護予防支援等業務契約に関する個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

指定介護予防支援事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の「介護予防サービス計画」又は「介護予防ケアマネジメント」に基づき、介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議、関係機関との調整等に必要である場合に使用すること。

#### 2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 指定介護予防支援事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援等業務を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他、業務を実施するうえで必要となる情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

#### 4 使用する期間

介護予防支援等 契約締結時 ～ 契約解除時

年 月 日

八尾市地域包括支援センター〇〇〇

（代表者名）

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代筆者 氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者家族代表者 住所 \_\_\_\_\_

利用者との続柄（ \_\_\_\_\_ ） 氏名 \_\_\_\_\_

利用者家族 住所 \_\_\_\_\_

利用者との続柄（ \_\_\_\_\_ ） 氏名 \_\_\_\_\_

## 介護予防ケアマネジメントに関する個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

地域包括支援センターが、介護保険法に関する法令等に従い、私の「介護予防ケアマネジメント」に基づき、介護予防・生活支援サービス等を円滑に実施するために行う関係機関との調整等に必要である場合に使用すること。

#### 2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 地域包括支援センターは、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防ケアマネジメント業務を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他、業務を実施するうえで必要となる情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

年 月 日

法人名

八尾市地域包括支援センター ●●

代表者

利 用 者	住所
	氏名
代 筆 者	氏名 (続柄: )
代 理 人	住所
	氏名
利用者家族代表者	住所
利用者との続柄 ( )	氏名
利 用 者 家 族	住所
利用者との続柄 ( )	氏名

## 利用者基本情報

計画作成者氏名： \_\_\_\_\_

## 《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所 ・ 電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ( )		
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 ( ) 歳
住所	TEL	( )	
	FAX	( )	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度 )		
障害等認定	身障 ( )・療養 ( )・精神 ( )・難病 ( )・その他 ( )		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 ( 有 階・無 )・住居改修 ( 有・無 ) 浴室 ( 有・無 ) 便所 ( 洋式・和式 ) 段差の問題 ( 有・無 ) 床材、じゅうたんの状況 ( ) 照明の状況 ( ) 履物の状況 ( )		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ( )		
来所者(相談者)	続柄	家族構成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)
住所			
緊急 連絡先	氏名		
			日中独居 ( 有・無 ) 家族関係等の状況

## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係

### 《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
		TEL	治療中 経観中	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援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ときは、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、及び主治医の意見書と同様に、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、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 氏名 \_\_\_\_\_

## 基本チェックリスト

記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする



# 介護予防サービス・支援計画書

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 氏 姓 \_\_\_\_\_ 認定年月日 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 初回・紹介・継続 \_\_\_\_\_ 認定済・申請中 \_\_\_\_\_ 要支援1・要支援2 \_\_\_\_\_ 地域支援事業 \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日) 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_ 担当地域包括支援センター: \_\_\_\_\_

1年

アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	福祉における課題(事業・原因)	総合的課題	目標に対する本人・家族の意欲	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				期間	
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別		事業所
運動・歩行について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )						
日常生活(着脱・食事)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )						
社会参加、外出、入浴、コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )						
認知機能について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )						

【本表行うべき支援がでない場合】  
 必要な支援の箇所に向けた方針

【本表行うべき支援がでない場合】  
 必要な支援の箇所に向けた方針

総合的な方針:生活不活発性の改善・予防のポイント

計画に関する留意  
 上記計画について、留意いたします。  
 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【意見】  
 地域包括支援センター  
 【確認印】

基本チェックリストの(該当した質問項目)／(質問項目)をお書き下さい。  
 計画変更の必要事項は必ず変更プログラムの枠内の手続きをO印をつけて下さい。

運動	歩行	食事	入浴	社会参加	認知	その他
<input type="checkbox"/>						

予防給付  
 または  
 地域支援事業

## ケアマネジメント結果等記録表 【介護予防ケアマネジメントC用】

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

作成者氏名 \_\_\_\_\_

委託の場合：作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当地域包括支援センター

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	目標	目標を達成するための取り組み		
			本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	総合事業のサービス	事業所（利用先）
（運動・移動について）					
（日常生活（家庭生活）について）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）					
（健康管理について）					

## 健康状態

 主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点

--

地域包括 支援セン ター	【意見】
	【確認印】

## ケアマネジメント結果に関する同意

上記ケアマネジメント結果について、同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_

## 介護予防サービス・支援評価表

評価日

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- |                          |       |                          |             |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | プラン継続 | <input type="checkbox"/> | 介護給付        |
| <input type="checkbox"/> | プラン変更 | <input type="checkbox"/> | 予防給付        |
| <input type="checkbox"/> | 終了    | <input type="checkbox"/> | 介護予防特定高齢者施策 |
| <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | 介護予防一般高齢者施策 |
| <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | 終了          |