

介護予防支援 重要事項説明書

1. 事業の目的及び運営の方針

(一) 事業の目的

社会福祉法人京都老人福祉協会が運営する介護予防支援事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、要支援状態にある高齢者に対し、公正中立な介護予防支援サービスを提供することを目的とする。

(二) 運営方針

- ア 事業は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現できるよう配慮して行います。
- イ 利用者の心身の状況やその置かれている環境等を踏まえて、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配慮して行います。

2. 事業所の指定番号及びサービス提供地域・人員配置・営業時間

☒ケアプランセンター深草

事業所名	ケアプランセンター深草
所在地	京都市伏見区深草一ノ坪町40-6
TEL・FAX	TEL 075-641-2522 FAX 075-641-2545
介護保険指定	2026年1月1日 指定番号 2670918891
サービスを提供する地域	京都市伏見区役所深草支所管内

	人員
管理者	1人（兼務）
介護支援専門員	4人（兼務含む）

平日	8時30分～17時00分
営業日	月曜日～土曜日 ただし年始（1/1～3）を除く

3. 介護予防支援サービスの提供方法及び内容

- ・ 介護支援専門員は、身分を証する書類を携行し、初回訪問時及び利用者から求められた時はこれを提示します。
- ・ 介護認定における訪問調査の依頼を受けた場合は、公平中立に正確な調査を行います。
- ・ 介護支援専門員は、介護予防サービス計画の作成に関して、利用者と家族の意思を尊重します。また、サービス事業者と連携し、総合的かつ効果的な介護計画を作成し、利用者の同意

を得てサービス提供の手続きを行います。

- ・ 指定介護予防支援等の提供に当たっては、利用者の意志等を尊重し、特定の種類又は特定の介護予防事業所等に不当に偏ることのないよう公平中立に行います。
- ・ 事業の実施に当たっては京都市、関係区役所・支所、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、介護保険施設、指定特定相談支援事業所、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等への連携に努めます。
- ・ 指定介護予防支援等において虐待の発生や再発を防止するため、対策を検討し、職員に対する研修を定期的実施します。当事業所は当該事業従事者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報等を行います。
- ・ 指定介護予防支援等の提供に当たっては、介護保険など関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
- ・ 指定介護予防支援等において、感染症や非常災害の発生時においても支援を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を計るための計画を策定し、計画に従って必要な措置を行います。
- ・ 指定介護予防支援等において感染症の発生及びまん延しないよう、対策を検討すると共に指針を整備し、職員に対して研修及び訓練を定期的実施します。（感染防止対策のため、テレビ電話装置その他の情報通信機器の活用を検討します。）
- ・ 指定介護予防支援等において、利用者又は家族が、事業者や職員に対して、本契約を継続し難いほどの不信行為（ハラスメント行為等）を行った場合には予告期間を経て、指定介護予防支援利用契約書 第9条（事業者による契約の解除）に基づいて契約解除を行う場合があります。
- ・ 上記のほか「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」（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）及び国が定める介護予防支援に係るマニュアル並びに京都市が定める指針等（以下「基準等」という。）を遵守します。

4. 医療機関との連携

(1) 病院又は診療所への入院時のお願い

利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、利用者は、当該病院又は診療所に対して、当センターの担当職員の氏名及び連絡先をお伝えください。

(2) 主治の医師、歯科医師又は薬剤師との連携

利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち当センターが必要と認めるものを、当センターから、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対して情報提供します。

利用者が、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対する情報提供を希望されない場合は、当センターにお申し出ください。

5. 利用料（ケアプラン作成費）

ア 指定介護予防支援の利用料金は、下記のとおりです。（1 単位単価=10.7 円）

但し、法定代理受領の為、利用者負担は発生しません。

	単位（1 月につき）	備考
介護予防支援費＋処遇改善加算	4 7 2 単位	
初回加算	3 0 0 単位	新規に利用する月に加算されます
委託連携加算	3 0 0 単位	
介護職員等処遇改善加算	所定の単位数の 2.1%	令和 8 年 6 月より新設されました。 今後法改正に伴い、単位数等が変更になる可能性があります

イ 保険料を滞納されると、法定代理受領できなくなる場合があります。この場合は一旦の額の料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。この証明書を区役所・支所の健康長寿推進課又は京北出張所保健福祉第一担当の窓口に提出されますと、全額払い戻しを受ける事ができます。

ウ 前記 2 のサービス提供地域内では交通費は無料ですが、サービス提供地域外に訪問する場合の交通費は、サービス提供地域との境界から目的地までの移動に実際に要した額をお支払いいただきます。

6. 秘密の保持について

契約書第 1 3 条の記載通り遵守致します。

7. 事故発生時の対応について

契約書第 1 4 条の記載通り、事故発生時は、家族に連絡するとともに京都市や保険者と連携しながら、誠意をもって必要な措置を講じます。

8. 緊急時の対応について

利用者の居宅訪問中等に体調の急変や介護予防支援の提供に起因する事故が発生した場合は、主治医、家族および関係機関等に連絡するとともに必要な措置を講じます。

9. 個人情報の保護

事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切に取り扱うものとする。

事業所が取り扱う利用者及び家族等の個人情報については、介護予防支援サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、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る場合は利用者の同意を、利用者の家族等の個人情報を用いる場合は当該家族等の同意をあらかじめ

め文章により得るものとする。

10. 虐待防止・その他

1 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市町村に通報するものとする。

11. ハラスメント対策

職場における性的または優越的関係を背景とした不適切な言動・行動により職員の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化、相談窓口の設置等の必要な措置を講じるものとします。

12. 相談・要望・苦情及びサービス内容等は、下記窓口まで

①当事業所へのご相談等は、以下の専用窓口で受け付けます。

受付担当者名	小野 美絵	電話 075-641-2522
相談解決者	柿谷 哲央	電話 075-641-2522

(担当者に変更があった場合は、ご連絡いたします)

②その他、当施設以外に区役所・京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

伏見区深草支所 保健福祉センター健康長寿推進課	電話 075-642-3603
国民健康保険団体連合会 介護相談係	電話 075-354-9090
京都府社会福祉協議会 運営適正化委員会	電話 075-252-2152
第三者委員 井上 幸夫	電話 075-601-5390
高橋 猛	電話 090-4641-0777
田村 充子	電話 075-571-4181

介護予防支援事業所の利用にあたり、利用者様に対して重要事項説明書を交付の上、介護予防支援事業所の内容及び重要事項説明書の説明をしました。

説明年月日 令和 年 月 日

事業者

住所 京都市伏見区深草大亀谷東古御香町 59 番地 60 番地

事業者

法人名 社会福祉法人京都老人福祉協会

代表者名 理事長 馬場 協一郎 印

事業所名 ケアプランセンター深草

説明者

私は、重要事項説明書に基づいて介護予防支援事業所のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

利用者本人

住所 京都市伏見区深草

氏名 印

(署名・法定)代理人

住所

氏名

(利用者との関係)

個人情報に関する同意書

サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業所との連絡調整等に必要範囲において、利用者及びこの書面に記名した家族等の個人情報を使用する事に同意します。

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所 京都市伏見区

氏名

印

〈家族等〉

住所

氏名

(続柄：)

利用者は身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者
者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代行者〉

住所

氏名

(利用者との関係:

説明年月日 令和 年 月 日

事業所名 ケアプランセンター深草

説明者