

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

サービス契約重要事項説明書

1. 担当する浜甲子園地域包括支援センター職員

氏 名 _____ 電話番号 0798-42-3530 _____

* 担当者は身分証明書を携行し、初回訪問及び利用者又は家族から求められた時は提示します。

2. 当法人の概要

事業者名	社会福祉法人 円勝会
所在地	兵庫県たつの市誉田町福田780-3
連絡先(代表)	TEL 0791-63-2700 FAX 0791-62-0463
代表者名	理事長 西川 光明

3. 事業所の概要

事業所名	浜甲子園地域包括支援センター
指定事業所番号	2800900066
所在地	西宮市枝川町 17番 40号
連絡先	TEL 0798-42-3530 FAX 0798-43-6180
開設年月日	平成 18年 4月 1日
管理者氏名	梶本 洋平
営業日	月曜日から土曜日 (休業日: 日曜、祝日、12月30日から1月3日)
営業時間	午前9時から午後5時まで
サービス提供実施地域	西宮市との委託契約にて定められた地域

4. 人員体制

職種	職務内容	人員数
管理者 主任介護支援専門員	地域包括支援センター管理・運営、介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの作成等	1 1以上
保健師	介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの作成等	1以上
社会福祉士	介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの作成等	1以上
介護支援専門員	介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの作成等	1以上
事務員	事務処理・電話対応など	1以上

体制に応じて変更する場合があります

5. この契約の趣旨について

要支援1・2の認定を受けた方は、介護保険制度上、介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」と言います。）の第1号事業をご利用いただくことができます。また事業対象者に該当した方は、第1号事業をご利用いただくことができます。

介護予防サービス及び第1号事業の利用にあたっては、地域包括支援センターが利用者と契約を締結して「介護予防サービス計画」又は「介護予防ケアプラン」の作成等を行います。（または地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所が作成等を行います。）

6. 事業の目的と運営方針

(1)事業の目的

要支援1・2又は事業対象者に該当する高齢者等に対し、適正な指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供することを目的とします。

(2)運営方針

- ①要支援者等の心身の特性を踏まえて、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、指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供します。
- ②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、利用者に提供されるサービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏することのないよう公正中立に事業を行います。

- ③事業の実施に当っては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

7. 提供する介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービスの内容
利用者に提供する居宅介護支援サービスの内容は次のとおりです。

(1)介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの作成

- ①利用者の居宅を訪問し、利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ②当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者やご家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。
- ③提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等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。
- ④介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの原案に位置づけた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等について利用者やその家族に説明し、利用者から文書による同意を受けます。
- ⑤介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの原案は、概ね3ヶ月から6ヶ月に1回及び要介護度等の変更等利用者の状況が変化した時には、サービスの提供前に、利用者やその家族と協議をしたうえで、必要があれば変更を行い利用者から文書による同意を受けます。

(2)介護予防サービス事業者等との連絡調整その他便宜の提供

- ①介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。

(3)サービスの実施状況の把握及び介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン等の評価

- ①利用者やご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。
- ②利用者居宅への訪問は原則として3ヶ月に1回行うこととします。
ただし、条件を満たした上でテレビ電話装置等を活用した場合は、6ヶ月に1回以上行うこととします。
- ③利用者の状態について定期的に再評価を行い、利用者の希望又は状態の変化等に応じて介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン変更、要支援、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。

(4) 給付管理

介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの内容に基づく給付管理票を、毎月作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

(5) 介護サービス等に関する相談・説明

介護保険や介護に関することについて、ご相談に応じます。

(6) 医療との連携・主治医への連絡

介護予防サービス計画・介護予防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、利用者の同意を得たうえで、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。

(7) 介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの変更

利用者が介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの変更を希望した場合、または事業者が介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの変更が必要と判断した場合は、双方の合意の上、介護予防サービス計画・介護予防ケアプランを変更します。

(8) 要介護認定等に係る申請の援助

- ①利用者の意思を踏まえ、利用者の要介護認定等の申請に必要な協力を行います。
- ②利用者の要支援認定の更新が、原則として利用者の要支援認定有効期間満了の前には行われるよう、又は事業対象者の該当の有無の判断が、事業対象者の有効期間が満了する前に行われるよう必要な援助を行います。
- ③利用者の状態の変化等に応じて、利用者の意思を踏まえ、要介護(要支援)認定の区分変更の申請に必要な援助を行います。

(9) サービス提供記録の閲覧・交付

- ①サービス提供の記録については、当該サービスの終了後5年間保管します。
- ②利用者及びその家族は、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、謄写の実費を請求することがあります。
- ③利用者は、当該サービス終了の際には事業者へ請求して直近の介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン及びその実施状況に関する書類の交付を受けることができます。

(10) 家族等への連絡

利用者又はその家族から希望があった場合には、利用者に連絡するものと同様の通知をその家族等へも行います。

(11) 短期集中型通所サービスのみを利用する利用者については、上記内容の一部が省略されることがあります。

8. サービスの利用料及び利用者負担

(1) 利用料

①要支援認定を受けられた方又は事業対象者は、介護保険制度から全額給付されるので利用者の方の負担はありません。

※ ただし、介護保険適用の場合においても、保険料の滞納などにより、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、いったん1ヶ月あたりについて次の料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします

・基本料金

	基本単位	利用料
介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	442 単位	4,884 円/月

・加算料金

加算	基本単位	利用料	加算内容等
初回加算	300 単位	3,315 円/月	初回加算は、新規に介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランを作成する利用者に対し介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを行った場合に、1 月につき算定します。
委託連携加算	300 単位	3,315 円/回	利用者に提供する介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランの作成等に協力した場合は、利用者一人につき1 回を限度として算定します。

(サービス提供証明書を西宮市役所の窓口に提出しますと、後日払い戻しとなる場合があります。また、滞納期間によっては全額が利用者のご負担となる場合もあります。)

②利用者に負担額がある場合の支払方法は、原則としてサービス利用月の翌月に支払っていただきます。

(2) その他の費用

①申請代行料…要介護認定の申請代行にかかる費用については無料です。

9. サービス提供の終了と自動更新について

サービス提供の期間については、要支援認定又は事業対象者の有効期間の満了日でいったん終了することになります。ただし、有効期間の満了7日前までに、利用者からサービスの利用を終了する旨の申し出がない場合には、サービスの提供は次の要支援認定又は事業対象者の有効期間満了日まで自動的に更新され、以後も同様とします。

10. 居宅介護支援事業所と介護予防支援の契約を交わした場合

本契約を交わした後、介護予防支援利用となり居宅介護支援事業所と契約をした後に介護予防ケアマネジメントになった場合は、原契約が有効となります。

11. サービス提供期間途中での利用者からのサービス利用終了の申出

利用者は、30日以上予告期間をもって、当該サービスの利用をやめることができます。ただし、この場合は、次の事業所への引き継ぎなど、利用者が保険やサービスを滞りなく利用していただくための手続きが必要ですので、月末以外のサービス利用の終了や次の事業者との契約開始日にはご注意ください。

12. 事業者からの解約

事業者は契約者が法令違反その他重要事項を告知しない、介護支援専門員等の生命、身体等を傷つける等の不信行為を行い、事業者の申し入れにも関わらず改善の見込みがない場合、30日以上予告期間をもって本契約を解約できるものとします。

13. プライバシーの保護

当法人は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、サービス提供期間中はもとより、サービス提供終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご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、当法人がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して、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ので、利用者の同意を得た上で用いることとします。（個人情報提供同意書を別添）

1 4. 緊急時の対応

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービスの提供時に、事故が発生した場合や利用者の体調悪化等の緊急時には、事業者は速やかに家族や主治医と連絡をとり適切に対応します。

1 5. 損害賠償

当法人がサービスの提供にともなって、当該法人の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

当法人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

東京海上日動火災事業活動包括保険(賠償責任保険)

○保険の内容及び賠償できる事項

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービスの遂行にともない生じた損害等

1 6. 損害賠償がなされない場合

事業所法人は、自己に帰すべき事由がない限り、損害賠償を負いません。とりわけ、以下の各号に該当する場合には、事業所法人は損害賠償を免れます。

- (1) 契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
- (2) 契約者がサービス実施のために必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
- (3) 契約者に急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。
- (4) 契約者が、事業者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合。

17. その他

- (1) 利用者は複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることが可能です。
- (2) 利用者は介護予防サービス等計画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す。
- (3) 担当職員は、どのような場合でも現金等の取り扱いは一切いたしません。
- (4) 担当職員への贈り物や飲食等のもてなしは、一切ご遠慮させていただきます。
- (5) 病院に入院されたり施設等に入所されることとなった場合や、退院、退所されて居宅へ戻られる場合は、担当職員へご連絡ください。
- (6) 要支援認定の更新等で市から新しい介護保険の被保険者証が送付されてきた場合は、担当職員へご連絡ください。

18. 苦情・相談窓口

- (1) 当事業所における苦情・相談窓口

事業所窓口 電話番号 0798-42-3530

FAX番号 0798-43-6180

苦情受付担当者 社会福祉士 伊藤 智史

苦情解決責任者 主任介護支援専門員 管理者 梶本 洋平

- (2) 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。

○西宮市健康福祉局 福祉統括室 法人指導課

所在地 西宮市六湛寺町10-3 西宮市役所3階

電話番号 0798-35-3082

受付時間 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時30分まで

祝日除く 12/29～1/3除く

○兵庫県国民健康保険団体連合会

所在地 神戸市中央区三宮町一丁目9-1-1801

電話番号 078-332-5617

FAX番号 078-332-5650

受付時間 月曜日から金曜日 午前8時45分から午後5時15分まで

祝日除く 12/29～1/3除く

19. 重要事項の変更

この重要事項説明書に記載の事項に変更があった場合は、変更事項について文書で通知いたします。

指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

なお、介護保険に関するご相談やご意見がある場合は、どんなことでもお寄せ下さい。

令和 年 月 日

事業者 浜甲子園地域包括支援センター

説明者氏名 _____

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。

住 所 _____

氏 名 _____

代理人もしくは立会人(続柄)

住 所 _____

氏 名 _____