**１４　契約の終了と自動更新について**　(契約書第9条)

契約の有効期間については、令和　　　　年　　月　　日から1年間とします。但し、有効期間の満了10日前までに利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、この契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

【説明確認欄】

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

令和　令和　　　年　　　 月　　　 日

事業所名 　高砂市地域包括支援センター

説明者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

指定介護予防支援業務受託事業者

事業所名

介護支援専門員 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　介護支援専門員登録番号

※　指定介護予防支援業務受託事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合(契約の代行を含む)のみ記入

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者(ご本人) | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 代理人 | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係(　　　　　　　　 　)印　　　電話(　　　　　　　　　　　　　 　　) |
| 署　名代行者 | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係(　　　　　　　　 　)印　　　電話(　　　　　　　　　　　　　 　　) |

\*「代理人」とは、ご本人が、病気ややむを得ない理由で意思の表示ができない場合にご本人に代わって意思表示を行う方です。

\*「署名代行者」とは、ご本人の意思を確認したうえで、病気ややむを得ない理由でご本人が署名できない場合にご本人の署名を代行する方です。

4

**重要事項説明書**(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

（包括・利用者）

**１　事業所の法人概要**

|  |  |
| --- | --- |
| (フリガナ)運営主体の法人名 | シャカイフクシホウジン　タカサゴシシャカイフクシキョウギカイ社 会 福 祉 法 人　　高 砂 市 社 会 福 祉 協 議 会 |
| 運営主体の代表者氏名 | 理事長　　　稲垣　稔　(いながき　みのる) |
| 電話番号 | 079-443-3720 |

**２　事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| (　フリガナ　)事　業　所　名(介護保険事業所番号) | タカサゴシチイキホウカツシエンセンター高砂市地域包括支援センター(2802100012) |
| 窓口名 | 本部 | いほ相談室 |
| 事業所の所在地 | 高砂市高砂町松波町440番地の35高砂市ユーアイ福祉交流センター内 | 高砂市伊保4丁目400番地高砂市福祉総合相談センター内 |
| 電話番号・FAX番号 | TEL:079-443-3723 FAX:079-443-0505 | TEL:079-451-6475 FAX:079-451-6476 |
| 開設年月日 | 平成18年(2006年)4月1日 | 令和6年(2024年)4月1日 |
| 指定更新年月日 | 令和 6年(2024年)4月1日 | ― |
| 管理者の役職・氏名 | センター長　　川本　浩代　　(かわもと　ひろよ) |
| 提供日 | 月～金曜日(祝日及び12/29～1/3を除く) |
| 提供時間 | 8時30分～17時15分 |
| 通常の事業の実施地域 | 高砂市全域 |

**３　職員の体制**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員の職種 | 職員数 | 職務内容 |
| 高砂市地域包括支援センター | 高砂市地域包括支援センターいほ相談室 |
| ①～③の職種 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 利用者のケアマネジメント |
| 1. 保健師等
 | 2人以上 | 1人以上 | 1人以上 | 人以上 | 保健・医療の支援 |
| 1. 主任介護支援専門員
 | 2人以上 | 人以上 | 1人以上 | 人以上 | ケアマネジメントの支援 |
| 1. 社会福祉士
 | 2人以上 | 1人以上 | 1人以上 | 1人以上 | ソーシャルワークの支援 |
| 介護支援専門員 | 1人以上 | 人以上 | 人以上 | 人以上 | 利用者のケアマネジメント |
| その他の職員 | 1人以上 | 人以上 | 1人以上 | 人以上 | 事務 |

**４　指定介護予防支援受託事業所の概要**

1

(改06.04)

|  |  |
| --- | --- |
| (　フリガナ　)事　業　所　名(指定居宅介護支援事業者) |  |
| 管理者の役職・氏名 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 電話番号・FAX番号 | TEL:　　　–　　　　– | FAX:　　　　　 –　　　　　– |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 開設年月日 | 　　　年　　 月　　　日 |
| 指定更新年月日 | 　　　年　　 月　　　日 |

**５　相談窓口、苦情対応**　(契約書第11条)

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 高砂市地域包括支援センター　高砂市地域包括支援センター いほ相談室主任又は主任補佐　 | 電話番号：079-443-3723　　　ＦＡＸ番号：079-443-0505電話番号：079-451-6475 FAX番号：079-451-6476受付時間：　提供日(平日)の8時30分～17時15分 |

○次の公的機関においても苦情申出等ができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 高砂市介護保険相談窓口高砂市市民部保険年金室介護保険課 | 電話番号：　079-443-9063対応時間：　月～金曜(祝祭日及び12/29～1/3を除く)8時30分～17時15分 |
| 介護サービス苦情相談窓口兵庫県国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という。) | 電話番号：　078–332–5617　ＦＡＸ番号：078-332-5650対応時間：月～金曜(祝祭日及び12/29～1/3を除く)　　　　　　　8時45分～17時15分 |

※国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

**６　事業の目的・運営方針**

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの事業は、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のできるように配慮して行われるものです。

利用者の心身の状況その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健・福祉サービスを多様な事業所から総合的かつ効率的に提案します。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、要支援状態の軽減もしくは悪化を防止するために必要な介護予防サービスが適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて介護予防サービス・支援計画を作成します。利用者に提供される介護予防サービス等が特定のサービス事業者等に不当に偏ることのないように公平中立に行います。また、複数の介護予防サービス事業者の紹介やサービス事業者の選定理由を求めに応じて説明します。

事業の運営にあたっては居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業所、施設等や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り組み等との連携をはかります。

**７　秘密の保持**(契約書第10条)

業務上知り得た利用者又はその第二親等以内（以下、「家族」といいます）に関する秘密を関係法規及び契約に従い秘密を保持します。

**８　事故発生時の対応**（契約書第12条1号～2号）

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡を行うとともに契約に従い必要な対応策を講じます。

**９　虐待の防止**

虐待の発生の防止のため職員研修等を行います。

**１０　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容等**　(契約書第4条～6条)

①介護予防サービス・支援計画書の作成

利用者の心身の状況等を勘案し、利用するサービスの種類および内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成します。

②介護予防サービス事業者等との連絡調整

　介護予防サービス・支援計画書に基づいてサービス提供が確保されるよう事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

2

③サービス実施状況の把握及び評価(ケアマネジメントＣは除く)

　介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

④給付管理

サービス利用票・提供票による給付管理を行うとともに、毎月の給付管理票を作成し国保連、または高砂市へ提出します。

⑤相談・説明

⑥要介護認定等にかかる申請の援助

⑦介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの記録

⑧公正中立の原則

⑨医療との連携・主治の医師等への連絡

　ケアプラン作成・変更時やサービス利用時に必要な場合は利用者の同意を得て医療機関や主治の医師等と連携を図ります。介護予防訪問看護等の医療サービスの利用を希望する場合、その他必要な場合は利用者に同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めるとともに求めた相手に対しケアプランを交付します。指定介護予防サービス事業者等から情報提供を受けたときその他必要と認めるときは必要と認めた情報を利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師または薬剤師に提供します。

**１１　入院時における連絡について**(契約書第12条3号)

入院時には、入院先医療機関へ「ケアマネジャーの氏名、連絡先」を伝えてください。

**１２　指定介護予防支援の利用料及びその他の費用**

　介護予防サービス計画作成、ケアマネジメント作成に係る費用は介護保険、地域支援事業から全額支払われますので原則として自己負担はありません。

ただし、介護保険料の滞納等の理由で法定代理受領ができない場合は利用料として下記金額が自己負担となる場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目(ケアプランの種類及び加算の種類) | 金額 |
| 介護予防支援費、ケアマネジメントＡ　(１か月あたり)　  | 4,512円 |
| ケアマネジメントＢ　、ケアマネジメントＣ(１か月あたり)  | 3,134円 |
| 初回加算　 | 3,063円 |
| 委託連携加算　※1 | 3,063円 |

※1利用者に係る必要な情報を指定居宅介護支援事業所に提供し計画作成等に協力した場合（初回に限り）

**１３　緊急時の対応**

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、利用者の二親等以内の方、主治医、救急機関等に連絡します。

3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 主治医氏名 |
| 緊急連絡先 | １ | 氏名 | 連絡先 |
| ２ | 氏名 | 連絡先 |