介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係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 | 印　　　利用者との関係(　　　　　　　　)  電話(　　　　　　　　　　　　　) |
| 署　名  代行者 | 住所 |  |
| 氏名 | 印　　　利用者との関係(　　　　　　　　)  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。

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。

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

4

**重要事項説明書**

（包括・利用者）

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

**1　高砂市地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (フリガナ)  運営主体の法人名  (　事業者名　) | 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 | |
| 法人の種類 | 社　会　福　祉　法　人 | |
| 運営主体の代表者氏名 | 理事長　植 原　　敏 行　(うえはら　としゆき) | |
| (　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) | |
| 管理者の役職・氏名 | センター長　岡　田　幸　三　　(おかだ　こうぞう) | |
| 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 | |
| 交通の方法 | 山陽電鉄 ｢高砂駅｣ 下車、徒歩10分程度 | |
| 代表電話番号・FAX番号 | TEL:　079　–　443　–　3723 | FAX:　079　–　443　–　0505 |
| 開設年月日 | 平成18年4月1日　( 2006年4月1日 ) | |
| 指定更新年月日 | 平成30年4月1日 ( 2018年4月1日 ) | |
| 事業の目的 | 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います。 | |
| 運営の方針 | | |
| 当事業所は、介護保険法等の関係法令及び契約に従い、利用者が居宅において尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むため取り組みます。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(ケアプラン)を作成します。当該計画に基づいて適切な介護予防サービスの提供が確保されるよう、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。また、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。 | | |
| 秘密保持 | 関係法規及び契約に従い秘密を保持します。 | |
| 事故発生時 | 契約に従い必要な対応策を講じます。 | |
| 提供日 | 土曜日、日曜日、祝祭日を除く平日  (注)年末年始(12/29～1/3)は「祝祭日」の扱いとなります。 | |
| 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 | |

**2-1　高砂市地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)における職員体制に関する事項**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員の職種 | 職員数 | | | 職務内容 |
| 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| 保健師等 | 2人以上 | 人以上 | 2人以上 | 保健・医療の支援 |
| 主任介護支援専門員 | 2人以上 | 人以上 | 2人以上 | ケアマネジメントの支援 |
| 社会福祉士 | 2人以上 | 人以上 | 2人以上 | ソーシャルワークの支援 |
| 介護支援専門員 | 2人以上 | 人以上 | 2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 | 1人以上 | 1人以上 | 地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)の事務 |

（改3005）

1

**2-2　相談窓口、苦情対応**

○ 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 相談、苦情窓口 | |
| 電話番号　079-443-3723　　　FAX番号　079-443-0505 | |
| 受付責任者  対応時間 | 高砂市地域包括支援センター主任  提供日の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。

【受付時間】月～金曜(祝日及び12/29～1/3を除く)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 所在地　高砂市荒井町千鳥1丁目1番1号  名称　高砂市福祉部地域福祉室高年介護課 |
| 高砂市介護保険相談窓口 | 電話番号　079-443-9063 |
|  | 対応時間　8:30～17:15 |
| 兵庫県国民健康保険団 | 所在地　神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 |
| 体連合会(国保連) | 電話番号　078–332–5617 |
| 苦情相談窓口 | 対応時間　8:45～17:15 |

※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。

**2-3　指定介護予防支援受託事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (　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 |  | |
| 代表電話番号・FAX番号 | TEL:　　　–　　　　– | FAX:　　　　　 –　　　　　– |
| 介護保険の指定番号 |  | |
| 開設年月日 | 年　　 月　　　日 | |
| 指定更新年月日 | 年　　 月　　　日 | |

**3-1　指定介護予防支援の利用料**

(1)　介護予防支援

介護予防サービス計画作成に係わる費用(月額4,390円・初回加算1回3, 063円・小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算1回3,063円)は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。

(2)　原則的な介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントA)

ケアマネジメント作成に係わる費用(月額4,390円・初回加算1回3, 063円・小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算1回3,063円)は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。

(3)　簡略化した介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントB)

ケアマネジメント作成に係わる費用(月額3,195円・初回加算1回3,063円)は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。

2

(4)　初回のみの介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントC)

ケアマネジメント作成に係わる費用(月額4,390円)は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。

(5)　自己負担となる場合

上記(1)から(4)について、介護サービス計画やケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合や、介護保険料の滞納等の理由で介護保険の給付が行われなかった場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。

**3-2　指定介護予防支援のその他の費用の額**

利用者又は利用者の二親等以内の方からの要請により、サービス提供地域以外で介護予防支援を提供する場合、サービス提供地域を超えた区間からの交通費の実費を受領いたします。

解約日の1カ月前までに予告することにより、いつでもこの契約を解除することができます。ただし、サービス計画等に同意する前にこの契約を解約したときは、4,390円を頂きます。(地域包括支援センターの責めに帰すべき事由による場合は、この限りではありません。)

**4.契約の終了と自動更新について**

契約の有効期間については、平成　　　　　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。

　　　　平成　　 年　　　 月　　　 日

事業所名称 　高砂市地域包括支援センター

指定登録番号　2802100012

説明者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　指定介護予防支援業務受託事業者

事業所名称

指定登録番号

所在地

担当介護支援専門員 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

3