

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	長野市地域包括支援センター富竹の里
所在地	長野市大字富竹1621番地
連絡先	TEL：026-295-7780 FAX：026-296-8025
管理者	倉田 篤
営業日	月曜日～金曜日（祝日、12月29日～1月3日は除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時15分まで
サービス提供実施地域	長野市 古里・柳原・長沼地区

2 当事業所の法人概要

法人名	社会福祉法人光仁会富竹の里
所在地	長野市大字富竹1621番地
連絡先（代表）	TEL：026-296-7383 FAX：026-296-7384
代表者	理事長 久田 祐司

3 職員の職種、職務内容

職種	職務内容
社会福祉士	総合相談支援・権利擁護・サービス計画等作成業務
主任介護支援専門員	包括的継続的ケアマネジメント・サービス計画等作成業務
看護師	介護予防ケアマネジメント・サービス計画等作成業務
介護支援専門員	総合相談支援・サービス計画等作成業務

4 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、その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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスを、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供いたします。

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、常に利用者の立場にたって、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類又は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。

事業の運営に当たっては、長野市、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、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図ります。

5 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

契約書本文第4条～第7条に定める介護予防支援の内容は次のとおりです。

内 容	提 供 方 法
<p>●ケアプランの作成 (契約書第4条1号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者のお宅を訪問、又は利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。 2 自宅周辺地域における指定介護予防サービス事業者やインフォーマルサービス事業者が実施しているサービスの内容、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 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供するうえでの留意点などを盛り込んだ介護予防サービス・支援計画書(以下「ケアプラン」という。)の原案を作成します。 4 ケアプランの原案に位置付けた指定サービス等について、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス(自己負担)を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明し、その意見を伺います。 5 ケアプランの原案は、利用者やその家族と協議したうえで、必要があれば変更を行い利用者から文書による同意を得ます。
<p>●指定介護予防サービス事業者等との連絡調整・便宜の提供 (契約書第4条2号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
<p>●サービス実施状況の把握・ケアプラン等の評価 (契約書第4条3号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者及びその家族と連絡をとり、サービスの実施状況の把握に努めます。 2 利用者の状態について定期的に評価を行い、利用者の申し出により又は状態の変化等に応じてケアプランの評価、変更等を行います。
<p>●給付管理 (契約書第4条4号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 ケアプランの作成後、その内容に基づいてサービス利用票・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、長野県国民健康保険団体連合会に提出します。また、指定介護予防サービス事業者によるサービスを利用していない場合は、実績報告書を長野市へ提出します。
<p>●相談・説明 (契約書第4条5号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護保険や介護に関することは、幅広くご相談に応じます。
<p>●医療との連携・主治医への連絡 (契約書第4条6号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 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。
<p>●財産管理・権利擁護等への対応 (契約書第4条7号)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者がサービスを利用する際に、その所有する財産の管理や権利擁護について問題が発生し、第三者の援助が必要な場合には、利用者の依頼に基づいて必要な連絡を行います。
<p>●ケアプランの変更 (契約書第5条)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者がケアプランの変更を希望した場合又は事業者が介護予防サービス等の変更が必要と判断した場合には、利用者の意見を尊重して、合意のうえ、介護予防サービス等の変更を行います。

<p>● 要介護認定等にかかる申請の援助 (契約書第6条)</p>	<p>1 利用者の意思を踏まえ、要介護認定または要支援認定(以下、「要介護認定等」という。)の申請に必要な協力を行います。 2 利用者の要支援認定有効期間満了の60日前には、要介護認定等の更新申請に必要な協力を行います。</p>
<p>● サービス提供記録の閲覧・交付 (契約書第7条)</p>	<p>1 利用者は、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。 2 利用者は、契約終了の際には事業者に請求して直近のケアプラン及びその実施状況に関する書面の交付を受けることができます。</p>
<p>● 担当職員の変更</p>	<p>1 担当職員の変更を希望する場合は、相談窓口までご連絡下さい。</p>

6 介護予防支援に係る料金

契約書本文第8条に定める介護予防支援に要する費用は、介護保険法及び指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第129号)に基づき下記の額とします。ただし、今後、介護保険法及び上記基準に変更があった場合は、変更以降の介護予防支援に要する費用は、変更後の算定による額とし、文書にて通知します。

項目	単位	1単位	金額
介護予防支援費(1ヵ月あたり)	430単位		4,390円
初回加算*1	300単位	10.21円	3,063円
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算*2	300単位		3,063円

*1) 新規に介護予防サービス計画等を作成する利用者に指定介護予防支援を提供した場合の加算

*2) 利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、利用者に係る必要な情報を介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、計画作成等に協力した場合の加算

7 契約の終了と更新について

契約の有効期間については、有効期限開始日から1年間としますが、契約期間中に利用者から事業者に対し契約終了の申し出がない場合には、継続して次の1年間この契約を自動更新させていただきます。以後の更新時についても同様とさせていただきます。この契約の解約を希望する場合には、解約を希望する日の10日前までに事業所へ申し出てください。希望する日をもって契約を解約することができます。ただし、この契約を継続しがたい正当な理由がある場合には、直ちに契約を解約することができます。

また、利用者又はその家族等が、事業者及びケアマネジャー等に対して名誉を毀損する・暴行を働く等の、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合には、事業者から利用者へ文書で通知することにより直ちに契約を解約することができることとします。

8 サービスの苦情相談窓口

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成したケアプランに基づいて提供された介護予防サービス等に関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

● 当事業所の苦情相談窓口

長野市地域包括支援センター 富竹の里	電話番号：026-295-7780 受付時間：(平日) 午前8時30分～午後5時15分
-----------------------	--

● 介護保険及び総合事業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。

長野市保健福祉部介護保険課	電話番号：026-224-7871 026-224-7873 受付時間：(平日) 午前8時30分～午後5時15分
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係	電話番号：026-238-1580 受付時間：(平日) 午前9時00分～午後5時00分

9 居宅介護支援事業者（契約書第15条により委託した場合）

事業者名	
所在地	
代表者名	
事業所名	
事業所所在地	
管理者名	
連絡先	TEL： FAX：

本書交付の証として本書2通を作成し、当事者記名押印のうえ、各自1通を保有するものとします。

平成 年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所名	
説明者	氏名 ㊟

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、説明者より契約書及び本書面により重要事項の説明を受けました。

利用者	氏名 ㊟
(代理人)	氏名 ㊟