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　地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	高松市地域包括支援センター
所在地・連絡先	（住　所）高松市桜町一丁目９番１２号
	（電　話）０８７－８３９－２８１１
	（ＦＡＸ）０８７－８３９－２８１５
事業所番号	介護保険事業所番号　　３７００１０００９６
管理者氏名	丸山　学

(2) 事業所の職員体制

職名	人員数	業務内容
管理者	常勤　　１名	統括
保健師	常勤　１７名 非常勤　２名	介護予防サービス･支援計画作成等の実施
社会福祉士	常勤　１６名 非常勤　１名	介護予防サービス･支援計画作成等の実施
主任介護支援専門員	常勤　２１名	介護予防サービス･支援計画作成等の実施
介護支援専門員	常勤　１８名 非常勤　３名	介護予防サービス･支援計画作成等の実施

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	高松市全域のうち塩江､香川及び香南を除く地域とする。

(4) 営業日及び営業時間

営業日（営業時間）	月曜日～金曜日（午前８時３０分～午後５時）
休業日	土曜日・日曜日・祝日・１２月２９日～１月３日

2　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業務の実施に当たっては、次に掲げる事項に配慮して行うものとします。

(1)　利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様なサービス実施者等から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。

(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、特定の種類又は特定のサービス実施者等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。

(3)　サービスの提供方法等の説明に当たっては、利用者又はその家族に対し理解しやすいように丁寧に行います。

(4)　事業の運営に当たっては、関係市町村、他の指定介護予防支援事業所、老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、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を行う者等との連携に努めます。

3　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主な内容

内　容	提　供　方　法
(1)　契約の締結	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に関する契約を締結します。
(2)　課題分析 （アセスメントの実施）	認定調査結果、主治医意見書及び基本チェックリストの情報などを基に、担当職員が利用者及びその家族と面接し、抱えている問題点や解決すべき課題を分析します。
(3)　介護予防サービス・支援計画等原案の作成	アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画等原案を作成します。 サービス事業所等を選定します。
(4)　サービス担当者会議の開催等	サービス担当者会議の開催等により、当該介護予防サービス・支援計画等原案の内容について、担当者から専門的な意見を聴取します。
(5)　介護予防サービス・支援計画等の交付	介護予防サービス・支援計画等原案の内容を利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た後、介護予防サービス・支援計画等を利用者に交付します。
(6)　サービスの提供	サービス実施者等に対し、介護予防サービス・支援計画等に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。
(7)　状況の把握 （モニタリング）	①　サービス提供した月の翌月から起算して３月に１回は、利用者宅を訪問し面接します。 ②　訪問しない月にあっては、サービス事業所等への訪問、利用者への電話等の方法により介護予防サービス支援計画等サービス計画の実施状況について確認します。 ③　利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行います。 ④　モニタリングについては、１月に１回その結果を記録します。
(8)　評価	介護予防サービス・支援計画等の全てが終了する月には、計画の達成状況について評価を行います。
(9)　給付管理	介護予防サービス等の利用実績を確認し、記録します。

※介護予防支援及びケアマネジメントＡにおいて、(7) ①の面接をテレビ電話装置等を活用して行う場合、６月に１回は利用者宅を訪問し面接します。
※ケアマネジメントＢの場合、(4)を省略する場合もあります。(7)は利用者及び家族との相談によって設定した時期に利用者宅を訪問して面接します。
※ケアマネジメントＣの場合、(4)、(8)及び(9)は行いません。但し(7)については、少なくとも１年に１回程度の訪問又は電話にてモニタリングを実施しています。
※要介護の認定を受けた方でケアマネジメントＣの対象となった場合は、指定居宅介護支援事業所との新たな契約が必要です。
※利用者は複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介や、介護予防サービス計画原案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できます。

4　費用

(1)　利用料

事業者の提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る利用料について、事業者が介護保険法に基づき、利用者に代わって利用料に相当する保険給付及び高松市介護予防・日常生活支援総合事業を受領（代理受領）する場合には、利用者の利用料負担はありません。

なお、利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が利用料に相当する保険給付を受領することができない場合は、利用者は、次の利用料をお支払いただきます。

利用料のお支払と引換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

ケアマネジメント種類	1月当たりの利用料
介護予防支援費	４，５１２円
【原則的な介護予防ケアマネジメント】 介護予防ケアマネジメントＡ費	４，５１２円
【簡略化した介護予防ケアマネジメント】 介護予防ケアマネジメントＢ費	３，６５５円
【初回のみの介護予防ケアマネジメント】 介護予防ケアマネジメントＣ費	４，５１２円

※新規に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行なった場合は、初月のみ３，０６３円加算されます。

※指定居宅介護予防支援事業所に委託した場合は、初月のみ委託連携加算として３，０６３円加算されます。

※利用料は、指定介護予防支援に要する費用の算定に関する基準(平成 18 年厚生労働省告示第 129 号)及び高松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の改正により改訂されます。その場合、新しい利用料を書面でお知らせします。

(2)　その他の費用

複写交付料

利用者の希望に応じて介護予防サービス・支援計画等及びその実施状況に関する書類等を交付する場合は、複写に要する実費をご負担いただく場合があります。

5　高齢者虐待防止のための措置

高齢者虐待防止のための措置として、次の通り実施します。

(1)　高齢者虐待防止の措置についての責任者を配置し、定期的に虐待防止検討委員会を開催し、指針整備等を行います。

(2)　職員に対する高齢者虐待防止についての研修計画を立て、定期的に研修を開催します。

(3)　高齢者虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律及び高松市高齢者虐待防止・対応マニュアルに基づき、速やかに対応します。

(4)　高齢者虐待又は虐待の疑いについて気がかりな点は、担当介護支援専門員に御相談ください。

6　事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、高松市等に連絡をする等、必要な措置をとります。

利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行ないます。ただし、その損害のうち、利用者や利用者の家族の原因により発生したものについては、この限りではありません。

7　苦情相談窓口

(1)　当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供したサービスに関する苦情だけでなく、当事業所が作成した介護予防サービス・支援計画等に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

窓口設置場所

担当者：管理者　丸山　学　　連絡先（電話番号）：０８７－８３９－２８１１

(2)　利用者が利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関連絡先（電話番号）

香川県国民健康保険団体連合会　　電話：０８７－８２２－７４５３

高松市健康福祉局長寿福祉部介護保険課　電話：０８７－８３９－２３２６

8　業務の委託

利用者の意向を踏まえ、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

委託する場合、指定居宅介護支援事業者名、担当職員名等は別途お知らせします。委託する場合は、サービスに関するお問い合わせ、不明な点等の連絡は、委託先の担当職員が窓口になります。

9　お願い

当事業所（又は業務の一部を委託した指定居宅介護支援事業者）が交付する書類は、利用者の介護保険サービス及び高松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用等に関する重要な書類ですので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

また、利用者又はその御家族は、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えていただくよう御協力をお願いします。

令和　　年　　月　　日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を上記のとおり行いました。

事業所名　　高松市地域包括支援センター 説明者（担当職員）名

本書面に基づき、重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者　　氏名 代理人　　氏名