

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対する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、三条市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（以下「三条市条例」という。）及び三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領（以下「実施要領」という。）の規定に基づき、当事業があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 さかえ福祉会
主たる事務所の所在地	〒959-1155 三条市福島新田丁1481番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 坂田 光子
設立年月日	平成9年8月8日
電話番号	0256-45-0500

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	三条市地域包括支援センター栄	
サービスの種類	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント	
事業所の所在地	〒959-1155 三条市福島新田丁1481番地1	
電話番号	0256-45-7600	
指定年月日・事業所番号	平成22年4月1日指定	1500400070
管理者の氏名	小柳 朋子	
通常の事業の実施地域	三条市のうち三条市介護保険事業計画に定める栄圏域	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、適正な介護予防支援及び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。
運営の方針	事業者は、介護保険法その他関係法令、三条市条例、実施要領及びこの契約の定めに基づき、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいくよう、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の介護予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4 提供するサービスの内容

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）」を作成します。
- あなたの介護予防サービス・支援計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、介護予防サービス・支援計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画を変更します。
- 介護予防支援及び介護予防サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- あなたの要支援（要介護）認定及び介護予防・生活支援サービス事業を利用するための基本チェックリストの実施についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

5 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む。）及び年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、利用者の希望に応じて、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6 事業所の職員体制

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

担当職員の職種	員 数		
	常勤	非常勤	計
看護師	1人	0人	1人
主任介護支援専門員	1人	0人	1人
社会福祉士	1人	0人	1人
介護支援専門員	1人	0人	1人

7 利用料

(1) 介護予防支援の利用料

介護予防支援を提供した際の利用料は、原則として利用者の負担はありません。ただし、保険料の滞納等により当該介護予防支援が法定代理受領できない場合は、一旦、厚生労働大臣が定める基準による1か月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は介護予防提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口に介護予防支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

【基本利用料】

取扱要件	利用料 (1カ月あたり)	利用者負担金	
		法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
介護予防支援費	要支援1・2 4,420円	無料	4,420円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算・減算】次の要件を満たす場合、基本利用料に以下の料金が加算、減算されます。

加算・減算の種類	加算・減算の要件	加算・減算額
初回加算	新規の利用者に対し介護予防支援を提供したとき	加算3,000円/1回
委託連携加算	利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する	加算3,000円/1回
業務継続計画未実施減算	非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定していないとき	減算44円/月
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための必要な措置が講じられていないとき	減算44円/月

(2) 介護予防ケアマネジメントの利用料

介護予防ケアマネジメントを提供した際の利用料は、原則として利用者の負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により当該介護予防ケアマネジメントが法定代理受領できない場合は、介護予防支援に準じた取扱いとなります。

【基本利用料】

取扱要件	利用料 (1カ月あたり)	利用者負担金	
		法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
介護予防ケアマネジメント費	事業対象者 4,420円	無料	4,420円

(注2) 介護予防支援における基準に準じます。

【加算】次の要件を満たす場合、基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
初回加算	指定介護予防支援における基準に準じ、算定する	3,000円/1回
委託連携加算	指定介護予防支援における基準に準じ、算定する	3,000円/1回
給付適正化評価加算	課題整理総括表及び興味関心チェックシートをケアプランとともに作成した場合に初回に限り、算定する	3,000円/1回
自立支援評価加算	事業所の全職員が以下のいずれかに年1回以上参加した場合 ・自立支援に対する研修 ・自立支援型地域ケア個別会議 ・ケアプラン協働点検	1,000円/月 (基本報酬算定ごと)

8 事故発生時の対応

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者、その家族、市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9 虐待の防止のための措置

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。（担当：管理者 小柳 朋子）
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。

10 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時に、利用者に対する事業提供の継続的な実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、次の措置を講じます。

- (1) 業務継続計画を策定します。
- (2) 従業者に対する業務継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。
- (3) 定期的な業務継続計画の見直し及び変更を行います。

11 担当職員

あなたの担当職員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

三条市地域包括支援センター栄

職 種：

氏 名：

連絡先（電話番号）：0256-45-7600

12 居宅介護支援事業者（契約書第14条により委託した場合）

事業所名	
所在地	
管理者	
担当介護支援専門員	
連絡先	

13 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介

護予防支援及び介護予防ケアマネジメント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。

事業所相談窓口	社会福祉法人 さかえ福祉会（担当：小柳 朋子） 電話番号 0256-45-7600 面接場所 当事業所の相談室
---------	---

(2) 前記に関する苦情や相談は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号 0256-34-5472（直通）
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

14 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、次のとおりです。

- (1) 担当職員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当職員又は介護予防サービス（介護予防・生活支援サービス）事業所等の担当者へご連絡ください

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始に当たり、前記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 住所 三条市福島新田丁1481番地1
事業者（法人）名 社会福祉法人 さかえ福祉会
代表者職・氏名 理事長 坂田 光子 印
説明者職・氏名 印

私は、事業者から上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所
氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）
住 所
氏 名 印
本人との続柄

立 会 人 住 所
氏 名 印