

**介護予防支援・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）に対する指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、長岡市の条例、規則、要綱等の規定に基づき、当事業者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 長岡三古老人福祉会		
主たる事務所の所在地	〒940-0034 長岡市福住1丁目7番21号		
代表者（職名・氏名）	理事長 田中 晋		
設立年月日	昭和 56年9月16日		
電話番号	0258-31-2620	FAX 番号	0258-31-2612

**2. 事業所の概要**

事業所の名称	長岡市地域包括支援センターまきやま・みしま		
サービスの種類	指定介護予防支援介護又は予防ケアマネジメント		
事業所の所在地	〒940-2002 長岡市榎山町1592番地1		
電話番号	0258-29-7005	FAX 番号	0258-29-2506
通常の実業の実施地域	長岡市(上川西・下川西・福戸・王寺川・三島)		
指定介護予防支援事業所 指定年月日・事業所番号 及び管理者の氏名	平成18年4月1日指定	1500200033 村田直子	

**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、適正な指定介護予防支援又は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、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、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、介護予防サービス計画書を作成します。
- あなたの介護予防サービス計画書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、介護予防サービス計画書又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、介護予防サービス計画書を変更します。
- 指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント及び指定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。
- 当事業者に対して、特定の指定介護予防サービス事業者だけではなく、複数の指定介護予防サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。
- 当事業者に対して、介護予防サービス計画書に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由を求めることができます。
- あなたの要介護（要支援）認定又は介護予防・日常生活支援総合事業の申請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	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）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時から午後5時まで 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

職種		勤務形態		従事する内容
		常勤	非常勤	
介護予防支援事業所	管理者	1人		統括（介護予防ケアマネジメント担当職員兼務）
	担当職員	1人		介護予防サービス計画書作成業務

	備考	管理者と担当職員は兼務とします。 担当職員は、保健師（経験のある看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員または高齢者福祉に関する相談業務等の3年以上経験のある社会福祉主事のいずれかとなります。
介護予防ケアマネジメント担当職員	1人以上	介護予防ケアマネジメント業務
	【備考】うち1人は、指定介護予防支援事業所担当職員と兼務します。 担当職員は、保健師（経験のある看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員または、これらに準ずる資格を有する者のいずれかとなります。	

## 7. 利用料

指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣又は長岡市が定める基準によるものとし、当該指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントが法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1か月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は指定介護予防支援提供証明書又は介護予防ケアマネジメント提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて指定介護予防支援提供証明書又は介護予防ケアマネジメント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。

### (1) 介護予防支援の利用料

取扱要件	利用料 (1か月あたり)	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	4,420円	無料	4,420円
初回加算	3,000円		3,000円
委託連携加算	3,000円		3,000円

### (2) 介護予防ケアマネジメントの利用料

取扱要件	利用料 (1か月あたり)	利用者負担金	
		法定代理 受領分	法定代理 受領分以外
ケアマネジメント A 【訪問介護・通所介護相当サービス】	基本報酬	4,420円	4,420円
	初回加算	3,000円	3,000円
	委託連携加算	3,000円	3,000円

ケアマネジメントB 【通所型サービスA(緩和型)】	基本報酬	730円	無料	730円
	初回加算	3,000円		3,000円
	委託連携加算	3,000円		3,000円
	移行加算	3,000円		3,000円
ケアマネジメントB 【通所・訪問型サービスC(短期集中型)】	初回・中間モニタリング・評価作成料	3,700円		3,700円
ケアマネジメントC 【訪問型サービスB(住民主体)】	初回・更新・再作成料	790円		790円
	移行加算	3,000円		3,000円

(注) 上記の利用料は、厚生労働大臣又は長岡市が告示等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は新しい利用料を書面でお知らせします。

## 8. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

## 9. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるように努めます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を事業所内で周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 10. 虐待の防止と身体拘束等の適正化

### ・虐待の防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるように努めます。

### ・身体拘束の適正化について

身体拘束は利用者の生活の自由を制限するものであり、利用者の尊厳ある生活を阻むものであるため、利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく職員1人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識を持ち身体拘束をしない支援の実施に努めます。

- (1) 事業者における虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果を

事業所内で周知徹底します。

- (2) 事業者における虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針を整備し、本指針は公表し利用者等からの閲覧の求めには速やかに応じます。
- (3) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待防止・身体拘束等の適正化の措置を講じるための担当者を置きます。

## 11. 苦情相談窓口

### (1) 苦情の受付

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指定介護予防支援又は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計画書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（担当者）

長岡市地域包括支援センターまきやま・みしま   Tel 0258-29-7005  
管理者   村田直子

○面接場所   当事業所の相談室

○第三者委員

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

（介護予防支援に関すること） 長岡市介護保険課	所在地   長岡市大手通1丁目4番地10 電話番号   0258-39-2245
（介護予防ケアマネジメントに関すること） 長岡市長寿はつらつ課	所在地   長岡市幸町2丁目1番1号 電話番号   0258-39-2268
新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室	所在地   新潟市中央区新光町4-1   県自治会館別館 電話番号   025-285-3022
新潟県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地   新潟市中央区上所2-2-2 ユニゾンプラザ3階 電話番号   025-281-5609

## 12. 担当の指定介護予防支援事業所担当職員又は介護予防ケアマネジメント担当職員

あなたを担当する指定介護予防支援事業所担当職員又は介護予防ケアマネジメント担当職員（以下、「担当職員」という。）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。

氏名： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号）： \_\_\_\_\_

## 13. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 事業所及び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サービス事業所担当者へご連絡ください。
- (3) 病院や診療所に入院する必要がある場合には、「12. 担当の指定介護予防支援事業所担当職員又は介護予防ケアマネジメント担当職員」に記載の担当職員の氏名及び連絡先を入院先の病院等にお伝えください。

年 月 日

**説明者** 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

住 所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

説明者氏名（自署） \_\_\_\_\_

(委託先事業所) 事業者（法人）名 \_\_\_\_\_

事業所住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

説明者氏名（自署） \_\_\_\_\_

私は、事業所より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（自署） \_\_\_\_\_

**署名代行者** 住 所 \_\_\_\_\_

(又は法定代理人)

氏 名（自署） \_\_\_\_\_ 本人との続柄

**立会人** 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名（自署） \_\_\_\_\_ 本人との続柄