ケアセンターじゅえん

（指定介護予防支援事業所）

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援重要事項説明書

１．　事業者の概要

事業者名称	ヒロ株式会社
法人所在地	千葉県松戸市小山７６２－２
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役　佐々木　進
電話番号	０４７－７１０－３０２１

２．　事業所の概要

事業所名称	ケアセンターじゅえん
事業所所在地	千葉県松戸市三矢小台３－９－１０
管理者名	小田部　清美
電話・FAX 番号	TEL：０４７－３１１－４８４２ FAX：０４７－３１１－４９７２
営業時間	月～金　午前９：００～午後１７：００ （但し、土曜日、日曜日、祝日、12 月 29 日から 1 月 3 日までは、年末年始として休業します）
サービス提供地域	松戸市
介護保険指定番号	１２７１２０９５１０
指定年月日	令和 6 年 4 月 1 日

３．　職員の体制に関する事項

管理者	1 名
主任介護支援専門員	1 名以上
介護支援専門員	1 名以上

４．　運営の基本方針

①　利用者が支援を要する際、可能な限りその居宅にて自立した生活を営むことができるように配慮します。

②　利用者の意思及び人格を尊重し、公正中立に努めます。

③　利用者の心身の状況や生活の環境等に応じ、利用者自らの選択を基本として、適切な保健・医療・福祉サービスを総合的かつ効率的に提供されるように配慮します。

④　介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援の提供にあたっては、利用者やそのご家族（以下、「利用者等」）に対し、懇切丁寧に説明を行います。

⑤　事業を行うにあたっては、松戸市、医療機関、介護予防サービス事業者等との連帯に努めます。

5．　提供するサービス

①　介護予防サービス・支援計画書の作成

・介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援を提供するため、担当職員は介護予防サービス・支援計画書（以下「介護予防ケアプラン」）の作成に関する業務を行います。

・作成にあたり担当職員は原則として利用者の居宅を訪問し、情報を収集します。

・情報収集した結果、専門的観点から、利用者の自立支援に最適と考えられる目標と目標達成のための具体的な方策について提案し、介護予防ケアプランの原案を作成します。その際、利用可能なサービスの内容や利用料等の情報を利用者等に提供しサービスの選択を求めます。利用者等は、担当職員に複数のサービス事業者や、選定理由についての説明を求めることができます。

・担当職員は、利用者等と介護予防ケアプラン原案に位置付けたサービス事業者の担当者を交えサービス担当者会議を開催し、介護予防ケアプラン原案の内容についてサービス事業者の担当者と情報共有し、専門的な見地からの意見を求め、必要に応じて介護予防プラン等について、介護保険での給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類や内容、利用料について利用者等に対して説明し、文章により利用者の同意を得た上で、利用者やサービス事業者にヵ以後予防ケアプランを交付します。

②　介護予防サービス・支援計画書作成後の支援

・利用者とサービス事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防ケアプランの実施状況を把握します。

・実施状況の把握に当たっては、少なくとも３か月に１回は利用者宅へ訪問し、面接を行います。また、訪問しない月においては、通所型サービスの利用時の訪問やサービス事業所等への聴取等の方法により、把握に努めます。

・介護予防ケアプランの目標に沿って、サービスが提供されるようサービス事業者との連絡調整を行います。

・利用者の意思も踏まえて、要支援認定等に必要な援助を行います。

・１か月に１回は支援内容や把握結果を記録に残します。

③　介護予防サービス・支援計画書の変更

・利用者が介護予防ケアプランの変更を希望した場合、または事業所が介護予防プランの変更が必要と判断した場合は、利用者と事業者双方の合意に基づき、介護予防ケアプランを変更いします。

④　介護予防サービス・支援計画書の評価

・担当職員は介護予防ケアプランに位置付けた期間が終了する際に、目標の達成状況について評価を行います。

⑤　給付管理（保険適応内）

・介護予防ケアプラン作成後、介護保険の法定代理受領サービスについては、毎月給付管理を行い、必要な書類を千葉県国民健康保険団体連合会に提出します。

⑥　その他

・利用者が医療機関に入院する必要が生じた場合、入院先の医療機関と連絡を取り合うためにも、担当職員の氏名及び連絡先を入院先医療機関にお伝えください。

６． サービスの内容等に関する事項

<table>
<tr><td>損害賠償保険</td><td colspan="2">三井住友海上火災保険</td></tr>
<tr><td rowspan="4">苦情相談対応窓口について</td><td>ケアセンターじゅえん</td><td>TEL:０４７－３１１－４８４２</td></tr>
<tr><td>松戸市本庁地域包括支援センター</td><td>TEL:０４７－７１０－７１０８</td></tr>
<tr><td>松戸市役所介護保険課給付班</td><td>TEL:０４７－３６６－７０６７</td></tr>
<tr><td>千葉県国民健康保険団体連合会</td><td>TEL:０４３－２５４－７４２９</td></tr>
<tr><td>対応時間</td><td colspan="2">午前９時～午後 17 時
＊土日祝日　12 月 29 日～1 月 3 日を除く</td></tr>
<tr><td>事故発生時の対応</td><td colspan="2">担当職員は、利用者に対する介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市長村、利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じ、管理者に報告します。</td></tr>
<tr><td>秘密の保持</td><td colspan="2">事業者は、業務上知り得た利用者等の秘密については、利用者又は第三者の生命や身体に危険がある時の正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らす事はありません。また事業者は、あらかじめ文書により利用者等の同意を得た場合のみ、次の範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。
①　目　的：介護予防ケアプランの作成（変更）及びサービス担当者会議、関係機関との連絡調整等において必要な場合。
②　使用範囲：サービス事業者及び医療機関の担当者、協力を要する地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者。
③　使用期限：契約開始日から契約終了後５年が経過する日まで。</td></tr>
<tr><td>担当者の変更</td><td colspan="2">①　事業所からの担当職員の変更
当事者の都合により、担当職員を変更することがあります。
②　利用者等からの交替の申し出。
担当職員の変更を希望する場合は、いつでも当事業者に申し出ることができます。但し、職員体制等により対応いたしかねる場合もあります。
また、特定の職員の指名はできません。</td></tr>
</table>

7． 介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援に係る利用料金について

① 利用者負担金

介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援に係る料金は、その全額が法定代理受領となるため原則として利用者負担金はありません。但し、介護予防支援に要する料金について、利用者の介護保険料の滞納により、事業者が市町村から給付を法定代理受領することができない場合、一旦全額をお支払いいただき、その後ご自身で給付を受けていただきます。

② 介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援に要する料金

重要事項説明書に定める介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援に要する料金は、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）ならびに松戸市介護予防ケアマネジメント実地要綱に基づき下記の額とします。また、今後介護保険法及び上記基準に変更があった場合は、変更後の額等を文章にて通知します。

項目	単位	1 単位	金額（月額）
介護予防支援費	442 単位	10.70 円	4,729 円
原則的な介護予防ケアマネジメント（A）	442 単位		4,729 円
簡易的な介護予防ケアマネジメント（B）	214 単位		2,829 円
初回のみの介護予防ケアマネジメント（C）	442 単位		4,729 円

＊加算を算定する場合

項目	単位	1 単位	金額（月額）
初回加算※1	300 単位	10.70 円	3,210 円
卒業加算（介護予防ケアマネジメント C のみ	300 単位		3,210 円

※1 新規に介護予防サービス・支援計画書を作成して介護予防支援を提供した場合等に加算されます。

※2 厚生労働省の定める基準を満たさない場合、高齢者虐待防止措置未実施減算と業務継続計画未策定減算として各々所定単位数から 1 /100 が減算されます。

③ その他の費用

・利用者等の要請により、サービス提供地域外で支援を行う場合、交通費として公共交通機関利用相当額（宿泊を要する場合はその費用も含む）をいただく場合があります。

・利用者等の要請により、記録の謄写を行った場合、謄本 1 枚につき 10 円をいただく場合があります。

④ 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いが発生する場合、事業者は月末締めで翌月 15 日までに請求手続きを行います。翌月末日までに現金にて事業者にお支払い下さい。

介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

本契約の締結を証するため、事業所・利用者各署名（署名が困難な場合は代筆者が記名押印）の上、本契約書２通を作成し、事業所、利用者各１通ずつ保有するものとする。

令和　　年　　月　　日

ケアセンターじゅえん

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面により、事業者から介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援についての重要事項の説明を受けました。また、サービスの提供開始及びサービス担当者会議等において、私及び私の家族等の個人情報を用いることに同意します。

【利用者】

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【署名代行者】

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業者名　　ヒロ株式会社
代表者名　　代表取締役　佐々木　進
住　　所　　千葉県松戸市小山７６２－２
電話番号　　０４７－７１０－３０２１

事業所名　　ケアセンターじゅえん
住　　所　　千葉県松戸市三矢小台３－９－１０
電話番号　　０４７－３１１－４８４２