

本様式は参考例を示したものであり、引用した場合は、その責は作成者にあります。
また、長岡市総合事業の実施にかかわらず、修正すべき内容については、必ず御確認ください。

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又は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	株式会社 ○○○○
主たる事務所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○町○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設立年月日	○○年○○月○○日
電話番号	○○○-○○○-○○○○

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	長岡市地域包括支援センター ○○○○	
サービスの種類	介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント	
事業所の所在地	〒000-0000 長岡市○○○町○○	
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	○○年○○月○○日指定	○○○○○○○○○○○○
管理者の氏名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	長岡市	

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（〇月〇日から〇月〇日）及びお盆（〇月〇日から〇月〇日）を除きます。
営業時間	午前〇時から午後〇時まで 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（地域包括支援センター）

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	〇人		統括（介護予防ケアマネジメント担当職員兼務）
	担当職員	〇人		介護予防サービス計画書作成業務
	備考	※兼務の状況を記載。（例：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、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		〇人以上		介護予防ケアマネジメント業務
		【備考】※兼務の状況を記載。（例：うち〇人は、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、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ヵ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ヵ月あたり)	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	4,380円 (令和3年9月30日までは4,390円)	無料	4,380円 (4,390円)
初回加算	3,000円		3,000円
委託連携加算	3,000円		3,000円

(注1) 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、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(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ヵ月あたり)	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】	4,380円 (令和3年9月30日までは4,390円)	無料	4,380円 (4,390円)
	初回加算		3,000円
	委託連携加算		3,000円
ケアマネジメントB 【通所型サービスA(緩和型)】	710円		710円
	初回加算	3,000円	
	委託連携加算	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・評価作成料	3,590円	3,590円

ケアマネジメントC 【訪問型サービスB（住民主体）】	初回作成料	770 円	770 円
-------------------------------	-------	-------	-------

(注1) 上記の利用料は、長岡市が定める金額であり、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、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(3) 支払い方法

上記の利用料は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 ○○銀行 ○○支店 普通口座 ○○○○○○○○
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 ○○銀行 ○○支店 普通口座 ○○○○○○○○
現金払い	サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は、直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

8. 事故発生時の対応

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により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 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： _____

連絡先（電話番号）： _____

10. 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	電話番号 ○○○-○○○-○○○○ 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

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	電話番号 0258-39-2245
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022
	(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	電話番号 0258-39-2268

11. 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) 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の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、「9. 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

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

事業者	住所	
	事業者（法人）名	
	代表者職・氏名	印
	説明者職・氏名	印

私は、事業者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	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