

指定介護予防支援契約重要事項説明書

令和 年 月 日現在

1 担当する職員（神戸市指定介護予防支援業務従事者）

担当

2 事業所の概要

事業所名	高齢者生協ケアステーションひらの
所在地	神戸市兵庫区下三条町8-20
連絡先	TEL 078-574-4820 FAX 078-574-4813 ※緊急の場合は営業時間外でも転送により24時間対応
管理者	寺尾 建
営業日	月曜日～金曜日（祝日含む、但し12月30日～1月3日までは除く）
営業時間	午前9時00分～午後6時00分まで
サービス提供実施地域	神戸市兵庫区、長田区、中央区

3 当事業所の法人概要

事業者名	兵庫県高齢者生活協同組合
所在地	神戸市長田区大橋町9-4-6
連絡先（代表）	TEL 078-646-3771 FAX 078-641-9816
法人種別	消費者生活協同組合
代表者	理事長 阿江 善春
法人の行う他の業務	包括支援事業、訪問介護、福祉用具貸与、販売、住宅改修、通所介護、小規模多機能居宅介護、地域拠点型一般介護予防事業、生活支援事業、移送サービス

4 当事業所の従業員

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管理者	従業員の管理及び業務の管理	1 人
介護支援専門員(ケアマネジャー)	ケアプランの作成	6 人
事務員等	事務処理	兼務

5 事業の目的・運営方針

事業の目的 運営方針	1 介護保険に関する法令の趣旨を遵守し、公正中立な立場から、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう介護予防サービス・支援計画を作成。そして、居宅サービスなどの提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整
---------------	---

6 提供する介護予防サービスの内容

契約書本文第4条～第7条に定めるお客様に提供するサービスの内容は次のとおりです。

内 容	提 供 方 法	保険適用
介護予防サービス・支援 計画の作成 (契約書本文第4～7条)	1 利用者のお宅を訪問し、利用者やご家族に面接して情報を収集し、解決すべき問題を把握します。 2 自宅周辺地域における介護予防サービス事業者やインフォーマルサービス事業者が実施しているサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者やご家族に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。 3 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供するうえでの留意点などを盛り込んだ介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。 4 介護予防サービス・支援計画の原案に位置付けた指定サービス等について、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明し、その意見を伺います。 5 介護予防サービス・支援計画の原案は、利用者やその家族と協議したうえで、必要があれば変更を行い利用者から文書による同意を得ます。	○
介護予防サービス事業者、 介護予防・生活支援サービス 事業者等との連絡調整・便宜 の提供 (契約書本文第4条)	1 介護予防サービス・支援計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者、介護予防・生活支援サービス事業者等との連絡調整を行います。	○

7 サービスの利用料及び利用者負担

(料金)

介護予防支援（介護予防サービス・支援計画の作成・変更、事業者との連絡調整、相談説明等）については、原則として利用者の負担はございません。

※介護保険適用の場合でも、介護予防支援費については、利用者に保険料の滞納等がある場合には、一旦1ヶ月あたりについて、下記の料金を頂き、事業者からサービス提供証明書を発行いたします。

(サービス提供証明書を兵庫区役所の窓口に提出しますと、後日払戻しとなる場合があります。)

ます。また、滞納期間によっては全額が利用者のご負担となる場合もあります。)

料金（1か月当たり） **5, 1 1 6円**

(その他の費用)

内 容	金 額	説 明	支払方法
交 通 費 (実費)	実費相当分	サービス提供実施地域以外の地域に訪問出張する場合には、実費相当の交通費が必要となります。 尚、自動車を利用した場合は事業所の往復距離について1キロメートルにつき15円とする	利用のあった月ごとに集計し翌月末日までに請求させていた
本契約の解約料	無 料	契約書本文第9条第1項但書の解約の申出により直ちにこの契約を解約する場合には、原則として無料となります。	お支払いについては、その月の末日までお願いいたします。
申請代行料	無 料	要介護認定等の申請代行にかかる費用については無料です。	

サービス提供実施 記録コピー等代金	コピー料金 (1枚あたり) 実費相当分	サービス提供の実施記録を利用 者に交付する場合にコピー料金等 の実費負担が必要となります。	
----------------------	---------------------------	---	--

8 契約の終了と自動更新について

契約の有効期間については、契約日から利用者の要支援認定の有効期間が満了する日あるいは、介護予防ケアマネジメントにかかる事業対象者としての有効期間の満了する日までとします。ただし、利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、この契約は次の要支援認定あるいは、事業対象者の有効期間まで、自動更新することとします。

9 契約期間途中での解約の場合

契約期間中であっても、契約書本文第9条第1項但書の 解約の申出により直ちにこの契約 を解約することができます。

10 個人情報の保護

事業者は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

ただし、事業者がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して、知り得た情報については、サービス担当者会議などでサービスの利用調整を行う際に必要となります。

このため、その利用には利用者の同意が必要となりますので、別紙の同意書に記名・押印いただくこととなります。

11 サービス提供中における事故発生時の対応

(1) 緊急時における確認事項

- ① 利用者の緊急時の連絡先に事故発生状況を連絡するとともに管理者に報告。

②	-	サービス提供中に発生した事故は、サービス事業所と連絡し、補償を含め対応します。
③	-	事故対応マニュアルに従って対応します。

(2) 市町村、家族等への連絡方法

<p>全ての事故について、利用者に対しての応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講ずるとともに、速やかに家族・神戸市に事故の発生状況及び今後の対応等について説明します。</p>

(3) 事業者の再発防止策等

①	事故発生後は、会議等によりその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものとします。
②	職員が日常業務において経験したヒヤリ・ハットの経過やその要因を分析し、事故発生に対する予防的な取組みを図ります。

12 損害賠償について

事業者が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第11条に基づき、当社は金銭等により賠償をいたします。

事業者は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

○加入保険名

賠償責任保険（あいおいニッセイ同和損害保険株式会社）

○保険の内容

対人・対物事故、管理財産、人権侵害、経済的損失

○賠償できる事項

対人（1名） 1億円、対物（1事故） 1億円

13 サービスの苦情相談窓口

事業者は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成した介護予防サービス・支援計画に基づいて提供された介護予防サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、下記までご連絡下さい

○ 事業者の苦情相談窓口 当社の苦情相談窓口

窓口名 担当者	連絡先 078-574-4820
高齢者生協ケアステーションひらの	FAX 078-574-4813
寺尾 建	(受付時間 午前9時から午後6時)
	緊急連絡先 078-574-4820

法人担当者	連絡先 078-646-3771
兵庫県高齢者生活協同組合	FAX 078-641-9816
中井 崇	(受付時間 午前9時から午後6時)

○ 介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

(介護保険サービスの苦情について) 兵庫県国民健康保険団体連合会	連絡先 078-332-5617 受付時間(平日) 午前8時45分～午後5時15分
(介護保険全般に関するお問い合わせ) 神戸市福祉局監査指導部	連絡先 078-322-6326 受付時間(平日) 午前8時45分～午後12時00分 午後1時00分～午後5時30分
養介護施設従業者等による高齢者虐待通報専用電話 (監査指導部内)	連絡先 078-322-6774 受付時間(平日) 午前8時45分～午後12時00分 午後1時00分～午後5時30分
神戸市消費生活センター	連絡先 078-371-1221 受付時間(平日) 午前8時45分～午後5時30分

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あたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 神戸市長田区大橋町9丁目4番6号

名称 兵庫県高齢者生活協同組合 印

説明者 事業所 高齢者生協ケアステーションひらの 印

氏名 _____

私は、本書面（及び付属別紙）により事業所から重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選定した場合） 住所 _____

氏名 _____ 印