

# 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

「要支援1」「要支援2」「事業対象者」に区分された方は、介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスをご利用いただくことになります。介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスの利用にあたっては、介護予防支援計画または介護予防ケアマネジメントケアプラン（以下「介護予防ケアプラン」という）を作成する必要があります。「介護予防ケアプラン」は利用者との契約に基づき、地域包括支援センター、又は地域包括支援センターから再委託を受けた居宅介護支援事業所が作成することになります。

## 1. 事業所の概要

|                              |   |                    |
|------------------------------|---|--------------------|
| (フリガナ)<br>運営主体の法人名<br>(事業者名) | シャカイクシホウジン ソウカマツバラカイ<br>-----<br>社会福祉法人草加松原会                                      |                    |
| 運営主体の所在地                     | 埼玉県草加市柿木町 1084 番  |                    |
| ホームページアドレス                   | <a href="http://care-net.biz/11/q-village/">http://care-net.biz/11/q-village/</a> |                    |
| 運営主体の設置年月                    | 平成 15 年 10 月 30 日   |                    |
| 運営主体の代表者氏名                   | 理事長 古海 薫  |                    |
| (フリガナ)<br>事業所名               | (シデンセイブチイホウカツシエンセンター)<br>新田西部地域包括支援センター   |                    |
| 管理者の氏名                       | 岩井 聡子   |                    |
| 事業所の所在地                      | 埼玉県草加市新善町 6 番地  |                    |
| 交通の方法                        | 東武伊勢崎線 新田駅 徒歩 20 分  |                    |
| 電話番号・FAX 番号                  | TEL : 048-946-0520  | FAX : 048-946-0523 |
| 介護保険の指定番号                    | 1 1 0 1 8 0 0 0 9 0   |                    |
| 事業開始年月日                      | 平成 21 年 4 月 1 日   |                    |

## 2. 職員の体制に関する事項

|                            |                                     |        |
|----------------------------|-------------------------------------|--------|
| 所属する担当職員<br>の構成・人数         | 管理者（センター長）                          | 1名（兼務） |
|                            | 保健師等の人数                             | 1名以上   |
|                            | 主任介護支援専門員の<br>人数                    | 1名以上   |
|                            | 社会福祉士的人数                            | 1名以上   |
| サービス従業者<br>の健康診断の実<br>施の有無 | (有) ・ 無                             |        |
| 常勤職員の所定<br>労働時間            | 1週間当たり 平均 40時間以内<br>(1ヶ月単位の変形労働時間制) |        |

## 3. サービスの内容等に関する事項

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 営業時間<br>(窓口対応可能時間)                 | 月～土曜   | 午前 9:00 ～ 午後 5:00                                    |
|                                    | 特記事項   | 日曜日、祝祭日及び12月29日から翌年1月3日までは営業していません。                  |
| サービス提供地域                           | 旭町、金明町、新善町、新栄、清門、長栄                                  |  |
| 加入損害賠償保険会社                         | 東京海上日動損害保険株式会社                                       |  |
| 苦情・相談対応窓口の<br>名称・連絡先・対応時間          | 事業所又は法人に<br>設置された苦情・<br>相談対応窓口                       | 名称 新田西部地域包括支援センター                                    |
|                                    |  | 連絡先電話番号 ( 048-946-0520 )                             |
|                                    |  | 対応時間 ( 午前 8:30～午後 5:30 )<br>(日、祝日 12月29日から翌年1月3日を除く) |
|                                    | 草加市役所苦情・相<br>談対応窓口(地域介<br>護課)                        | 名称 草加市 健康推進部 地域介護課                                   |
|                                    |  | 連絡先代表電話番号 ( 048-922-0151 )                           |
|                                    |  | 対応時間 ( 午前 9:00～午後 5:00 )<br>(土日祝日 12月29日から翌年1月3日を除く) |
| 国保連苦情・相談対<br>応窓口(介護サービ<br>ス苦情相談窓口) | 名称 埼玉県国民健康保険団体連合会                                    |  |
|                                    | 連絡先電話番号 ( 048-824-2568 )                             |  |
|                                    | 対応時間 ( 午前 9:00～午後 5:00 )<br>(土日祝日 12月29日から翌年1月3日を除く) |  |

|          |  |
|----------|--|
| 事故発生時の対応 | 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指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。   |
| 秘密の保持    | 担当職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、利用者又はその家族の同意を書面により得ます。   |
| 利用料      | <p><b>【介護予防支援】</b><br/> 介護予防サービス計画作成に係わる費用（月額4,729円・初回加算1回3,210円・委託連携加算1回3,210円）は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。但し、介護サービス計画を受けることについて、予め市に届け出ていない場合や、介護保険料の滞納等の理由で介護保険の給付が行われなかった場合、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。</p> |
|          | <p><b>【原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）】</b><br/> ケアマネジメント作成に係わる費用（月額4,729円・初回加算1回3,210円・委託連携加算1回3,210円）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。</p>              |
|          | <p><b>【簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）】</b><br/> ケアマネジメント作成に係わる費用（月額3,231円・初回加算1回3,210円・委託連携加算1回3,210円）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。</p>             |
|          | <p><b>【初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）】</b><br/> ケアマネジメント作成に係わる費用（月額2,140円・初回加算1回3,210円・委託連携加算1回3,210円）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。</p>              |

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントのサービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者名

所在地 埼玉県草加市柿木町 1084 番

名称 社会福祉法人草加松原会

代表者名 理事長 古海 薫 ㊞

事業所名

新田西部地域包括支援センター

説明者 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受けました。また、私の介護予防サービス援助のために、私についての必要な情報を（健康状態・医師の意見書・日常生活状況・介護環境・家族状況等）を関係機関に開示することに同意します。

|                |    |   |
|----------------|----|---|
| 利用者            | 住所 |   |
|                | 氏名 | ㊞ |
| 署名<br>代行者      | 住所 |   |
|                | 氏名 | ㊞ |
| 緊急<br>連絡先<br>① | 住所 |   |
|                | 氏名 |   |
|                | 電話 |   |
| 緊急<br>連絡先<br>② | 住所 |   |
|                | 氏名 |   |
|                | 電話 |   |