

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 介護予防支援の指定事業者番号及びサービス提供地域

事業所名	鎌ケ谷市南部地域包括支援センター
管理者	センター長 馬場 一郎
所在地	千葉県鎌ケ谷市西道野辺 10-28-101 TEL 047-441-7370 FAX 047-441-7371
指定事業者番号	1202900021
サービス提供地域	鎌ケ谷市内（南部地域・東部地域）

(2) 事業所の職員体制

職 種	配 置
管理者（看護師兼務）	常勤 1 名
保健師・看護師	常勤 1 名以上
社会福祉士	常勤 1 名以上
主任介護支援専門員・介護支援専門員	常勤 1 名以上

(3) 営業時間

月曜日から金曜日 午前9時から午後5時まで

（土曜・日曜・祭日及び12月29日から1月3日は休み）

2. 事業所の運営方針

- (1) 利用者が可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援します。
- (2) 関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスまた、障害福祉サービスとの綿密な連携を図ります。

3. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

契約締結ののちサービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの内容

- ① 自宅を訪問して面接し、生活状況や解決すべき課題を把握します。
- ② ケアプランを作成します。
- ③ サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ④ ケアプランのモニタリングをします。
- ⑤ 事業対象者認定の認定更新申請等の手続きを代行します。
- ⑥ 給付管理票等を作成して千葉県国民健康保険団体連合会等へ提出します。

(3) 業務の委託

業務の一部を居宅介護支援事業者に委託した場合は、委託先の担当職員が窓口になります。

4. 利用料金

- (1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては原則として利用者の自己負担金はありません。

介護予防支援費	4,605 円/月	介護予防ケアマネジメント費A	4,605 円/月
		介護予防ケアマネジメント費B	4,491 円/月
	初回加算	3,126 円	委託連携加算 3,126 円

介護予防支援処遇改善加算

加算名	単位数／月
介護職員等処遇改善加算	加算率（2.1％）

※算定すべき単位数の合計に、介護職員等処遇改善加算率（2.1％）を乗じた単位数を加えたものが利用料金となります。

- (2) 保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき介護報酬の告示上の額を現金集金により徴収させていただきます。その後、利用者の方は市町村の窓口で領収書を提出していただきますと、全額払い戻しを受けられます。
- (3) 交通費は無料です。

5. 緊急時等への対応

サービス提供にあたり、けがや病状の急変などがあった場合は、速やかに医師や家族に連絡し、適切な措置を行ないます。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

6. 虐待の防止について

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 利用者等に対する高齢者虐待に相当する行為やそのおそれのある状態を知った場合には、関係機関と連携し、その解決のための対応に努めます。

（虐待防止担当者 馬場 一郎）

7. サービス内容に関する相談・苦情

事業所の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するご相談・苦情及びケアプランにより提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

鎌ケ谷市南部地域包括支援センター TEL 047-441-7370

担当者 馬場 一郎

当事業所以外に、市区町村の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

鎌ヶ谷市 高齢者支援課 TEL 047-445-1384

千葉県国民健康保険団体連合会 TEL 043-254-7428 (苦情処理係)

8. 当法人の概要

- ① 法人の種別・名称 社会福祉法人慶美会
- ② 代表者役職・氏名 理事長 桑原 経子
- ③ 所在地・電話番号 千葉県市川市柏井町 4-314
(代) 047-337-1231 (清山荘内)
- ④ 定款の目的に定めた事業
- | | | | |
|------------|-----|--------------|-----|
| ・ 居宅介護支援 | 4ヶ所 | ・ 訪問介護 | 2ヶ所 |
| ・ 訪問入浴介護 | 1ヶ所 | ・ 通所介護 | 8ヶ所 |
| ・ 短期入所生活介護 | 6ヶ所 | ・ 介護老人福祉施設 | 7ヶ所 |
| ・ ケアハウス | 2ヶ所 | ・ 地域包括支援センター | 9ヶ所 |

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての重要な事項の説明を受け同意しました。

利用者

住 所 鎌ヶ谷市

氏 名

印

(代理人)

住 所

氏 名

印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面により重要な事項を説明しました。

事業者

事業者名 鎌ヶ谷市南部地域包括支援センター

住所 鎌ヶ谷市西道野辺 10-28-101

説明者

印