

## 介護予防支援に関する重要事項説明書

### この契約の趣旨について

- 「要支援1」「要支援2」の認定を受けた方または、「介護予防・生活支援サービス事業対象者」の決定を受けた方は、「介護予防サービス」「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。
- 介護予防サービスの利用にあたっては、「介護予防サービス・支援計画」作成等を行う必要がありますが、これらの業務はあなたと契約を締結して作成することになっています。

### 1. 事業所の概要

センター名称	島田市六合・初倉中学校区地域包括支援センター (島田市指定介護予防支援事業所あすか)	介護保険指定事業所番号	(島田市指定) 2205400076
法人名	社会福祉法人 島田福祉の杜		
法人代表者	理事長 レンジャー カレド		
所在地 (連絡先)	・島田市道悦5丁目13番3号 (島田市立六合公民館ロクティ内) 電話番号: 32-9699 FAX: 32-9965 ・島田市阪本1336番地の1 (初倉地域総合センターくらら内) 電話番号: 30-0617 FAX: 38-0637		
営業日	月曜日～金曜日	営業時間	8時30分～17時15分
職員体制	管理者(1名・兼務) 保健師(2名) 社会福祉士(2名) 主任介護支援専門員(2名) 介護支援専門員(1名)		

### 2. 介護予防支援(介護予防サービス・支援計画作成等)を行う事業者とその事業所(契約書第3条)

事業者の名称	島田市指定介護予防支援事業所あすか
所在地 (連絡先)	・島田市道悦5丁目13番3号 (島田市立六合公民館ロクティ内) 電話番号: 32-9699 FAX: 32-9965 ・島田市阪本1336番地の1 (初倉地域総合センターくらら内) 電話番号: 30-0617 FAX: 38-0637

### 3. 担当者の変更について(契約書第3条)

担当者の変更を希望する場合は、上記地域包括支援センターまでご連絡ください。

### 4. 契約期間途中での解約の場合(契約書第8条)

この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解約を希望する7日前までにお申し出いただければ解約することができます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。  
また、事業者からの解約の申し出は契約の解約を予定する日から1ヶ月以上の期間において通知します。

## 5. サービスの内容（契約書第4条）

内 容	提 供 方 法
(1) 介護予防サービス・支援計画の作成	利用者のお宅を訪問又は利用者やご家族に面接して、利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、介護予防サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス、住民による自発的な活動によるサービスが総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、介護予防サービス計画を作成します。
(2) 指定介護予防サービス事業者等との連絡調整・便宜の提供	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等との連絡調整を行ないます。
(3) サービス実施状況の把握及び評価	利用者及びその家族と毎月連絡を取り、サービスの実施状況の把握に努めます。また、利用者の状態について定期的に再評価を行い、利用者の申し出により又は状態の変化等に応じて介護予防サービスの評価、変更を行ないます。
(4) 給付管理	介護予防サービス・支援計画作成後、その内容に基づいて給付管理（利用料管理）を行なうとともに、毎月の給付管理票を作成し、地域包括支援センターに提出します。
(5) 相談・説明	介護保険や介護に関することは、幅広くご相談に応じます。
(6) 医療との連携・主治医への連絡	介護予防サービス・支援計画の作成時（又は変更時）やサービスの利用時に必要な場合は、利用者の同意を得たうえで、関連する医療機関や利用者の主治医との連携を図ります。
(7) 要介護認定等にかかる申請の協力、援助	利用者の意思を踏まえ、要介護認定または要支援認定の申請に必要な協力を行ないます。

## 6. 利用料金（契約書第7条）

介護予防支援（介護予防サービス・支援計画等作成）に関するサービス利用料金は、利用者の自己負担はありません。

ただし、介護予防給付を受けている利用者が、保険料滞納等により介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、いったん料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行することになります。この証明書を島田市長寿介護課に提出すると払い戻しされる場合があります。

介護予防給付を利用している場合の1ヶ月当たりの利用料

ケアマネジメントA	初回の利用月	7, 575円（月額）
	2ヶ月目以降	4, 512円（月額）
ケアマネジメントB	初回の利用月	6, 636円（月額）
	2ヶ月目以降	3, 573円（月額）
ケアマネジメントC	初回の利用月	6, 126円（1回）
	2ヶ月目以降	3, 063円（1回）

7. 介護予防支援業務に関する相談・苦情について（契約書第11条）

【地域包括支援センターの窓口】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 島田市道悦5丁目13番3号 電話番号：32-9699 ファックス番号：32-9965</li> <li>・所在地 島田市阪本1336番地の1 電話番号：30-0617 ファックス番号：38-0637 受付時間 8時30分～17時15分（月～金）</li> </ul>
【市町村の窓口】 島田市包括ケア推進課	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 島田市中心1番の1 電話番号：34-3288 ファックス番号：37-8200 受付時間 8時30分～17時15分（月～金）</li> </ul>
【公的団体の窓口】 静岡県国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 静岡市葵区春日2丁目4番34号 電話番号：054-253-5590 受付時間 9時～17時（月～金）</li> </ul>

9. 重要事項の説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者 所在地 島田市道悦5丁目13番3号・島田市阪本1336番地の1  
事業所名 島田市指定介護予防支援事業所あすか  
(島田市六合・初倉中学校区地域包括支援センター)

代表者 レシャード カレッド

説明者氏名

上記内容の説明を島田市指定介護予防支援事業所あすか（島田市六合・初倉中学校区地域包括支援センター）から確かに受けました。

利用者 住所  
氏名

上記代理人 (代理人を選定した場合)  
住所  
氏名