

## 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

あなた（利用者）に対する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、事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の概要

#### (1) 事業所名及び事業番号

事業所名	西之表市地域包括支援センター
所在地	西之表市西之表7612番地
連絡先	電話 0997-23-5225 FAX 0997-23-5228
事業所番号	4601300025

#### (2) 事業所の職員体制

職種	管理者	保健師	社会福祉士	介護支援 専門員	看護師	事務職員
員数	1	1	1	2	3	若干名

#### (3) 事業所の法人概要

事業所名	西之表市
所在地	西之表市西之表7612番地
連絡先（代表）	電話 0997-22-1111 FAX 0997-22-0295
代表者	西之表市長 八板 俊輔

#### (4) 事業の実施地域

事業の実施地域	西之表市
---------	------

#### (5) サービスの提供時間（営業時間）

営業日	月曜日～金曜日（国民の休日及び年末年始を除く）
営業時間	8時30分～17時15分

#### (6) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを委託する事業所

	事業所番号	事業所名	住所	電話番号
1	4671300111	わらび苑居宅介護支援事業所	西之表3087-2	22-2612
2	4671300525	居宅介護支援事業所LaLaCats	西之表14415-24	090-9483-7906
3	4671300269	種子屋久農業協同組合 居宅介護支援事業所	西町6972	23-3971
4	4671300194	居宅介護支援事業所 百合砂	鴨女町92-1	23-6165
5	4671300459	ケアプランありがとう	天神町3-12	22-9787
6	4671300541	ケアプランセンター なごみ	西之表6417-3	23-2513
7	4671300319	平安閣介護支援センター つばさ	西之表14889-5	28-3370

## 2 提供するサービス内容

- (1) 事業所は、利用者自らが要介護状態になることを予防し、居宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、その上で利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成するとともに、これに基づいてサービス提供が確保されるようサービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の生活機能の状況等を勘案し、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう努力します。
- (3) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。
- (4) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、医療サービスとの連携に十分配慮いたします。
- (5) 事業所は、介護予防サービス・支援計画書の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (6) 前項の介護予防サービス・支援計画書の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。

## 3 居宅介護支援事業所への業務委託

- (1) あなたの同意により、介護予防サービス・支援計画書原案作成の業務を居宅介護支援事業所に委託する場合があります。
- (2) 介護予防サービス・支援計画書原案作成の業務を受託した居宅介護支援事業所は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書の趣旨を尊重して介護予防サービス・支援計画書原案作成業務に従事することとします。
- (3) 事業者は、介護予防サービス・支援計画書原案作成について、居宅介護支援事業所に助言・指導するとともに、作成された介護予防サービス・支援計画書原案について内容の妥当性を評価し意見を付します。

## 4 事業者の担当者及び介護支援専門員等

- (1) あなたの担当者は、次のとおりです。サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。
- (2) 居宅介護支援事業所が介護予防サービス・支援計画書原案を作成している場合、担当する介護支援専門員を居宅介護支援事業所側の事情により変更する場合には、あらかじめ利用者と協議します。

西之表市地域包括支援センター担当者名 ;  
連絡先 ; -

居宅介護支援事業所 事業所名 ;  
介護支援専門員 担当者名 ;  
連絡先 ; -

## 5 市への届け出

この介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのサービスを受ける際には、その旨を市に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続きは上記の担当者もしくは介護支援専門員にご相談ください。

## 6 費用

- (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負担金はありません。なお、介護保険適用の場合でも、保険料等の滞納により、センターに直接介護保険給付が行えない場合があります。その場合には次の利用料をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント費（1月につき）	4,420 円
-----------------------------	---------

### 【加算一覧】

初回加算	3,000 円
委託連携加算	3,000 円

- (2) その他の費用

内容	金額	説明	支払方法
交通費	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。	*利用料及びその他の費用は、月ごとに集計し翌月10日までに請求させていただきます。お支払いについては、月末までにお願います。
申請代行手数料	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10円）	あなたの希望に応じて「介護予防サービス・支援計画書」及びその実施状況に関する書類等を交付する場合は、コピーに要する実費をご負担いただきます。	

## 7 サービスの終了

- (1) あなたの都合によりこの介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る訪問等のサービス提供を中止する場合は、事前に次の連絡先（又は前記の介護支援専門員等の連絡先）までご連絡ください。

連絡先：西之表市地域包括支援センター

電話：0997-23-5225

- (2) 介護予防サービス・支援計画書の変更、事業者との連絡調整等について利用者が行った依頼等を取り消す場合も、速やかに上記までご連絡ください。
- (3) 利用者は、7日以上予告期間があれば、契約全体を解約することもできます。  
(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書第8条)

## 8 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにあなたの家族、西之表市等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

あなたに対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。ただし、その損害のうち、あなたやあなたの家族の原因により発生したものについては、この限りではありません。

## 9 苦情相談窓口

当センターが設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当センターが提供したサービスに関する苦情だけでなく、当センターが作成した介護予防サービス・支援計画書に位置づ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。

西之表市地域包括支援センター	所在地：西之表市西之表7612番地 受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 電話：0997-23-5225
----------------	--

あなたが利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

西之表市高齢者支援課 介護保険係	所在地：西之表市西之表7612番地 受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 電話：0997-22-1111
鹿児島県国民健康保険 団体連合会介護保険係	所在地：鹿児島市鴨池新町7番地4号 受付時間：随時 電話：099-213-5122

※鹿児島県国民健康保険連合会は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

## 10 お問い合わせ

当センター（又は業務委託を行っている居宅介護支援事業所）が交付する書類は、あなたの介護保険サービスの利用等に関する重要な書類ですので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

令和      年      月      日

当事業者は、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、本書面に基づき重要事項等の説明を行いました。

(事業者)

所在地 西之表市  
事業者名  
説明者 職 名 :  
氏 名 : 印

(業務委託先)

所在地  
事業所名  
説明者 職 名 :  
氏 名 : 印

私は、本書面に基づいて事業者より重要事項等の説明を受け、同意しました。

(利用者)

ご住所 西之表市  
お名前 印

(署名代行者)

ご住所  
お名前 印