

# 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

(令和 6年 4月 1日現在)

## 【運営方針】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、ご利用者の心身の特性等を十分考慮し、利用者の能力に応じて可能な限りご自宅での自立した生活を営むことができるよう、利用者と共に自立に向けた日常生活上の目標を設定し、介護予防サービス・支援計画表を作成いたします。

また、その目標に基づき、適切な介護予防サービス、保健・医療、福祉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配慮いたします。

## 1 事業所の概要

### (1) 事業所の指定番号及びサービス提供地域等

事業所名	佐倉市志津南部地域包括支援センター		
所在地	佐倉市上志津1672番地7		
介護保険指定番号	介護予防支援（佐倉市 1201700034号）		
指定年月日	平成 27年 4月 1日		
サービスを提供する地域	佐倉市志津南部圏域		
管理者氏名	高橋 一江		
連絡先	電 話	043-460-7700	
	ファクシミリ	043-460-7701	
	H.Pアドレス	Shizu-nanbu@lion.ocn.ne.jp	
緊急連絡先	電 話	043-460-7700	
	対 応 時 間	365日 24時間	

#### \* 営業時間外及び休業日の対応

迅速な対応を図るため、営業日及び営業時間外の急なご相談に関しても対応させていただきます。緊急時は、上記「緊急連絡先」にお電話ください。

### (2) 当事業所の設置者

法人名	社会福祉法人 富裕会		
所在地	佐倉市上志津原字吉野9番地		
連絡先（代表）	電 話	043-463-6805	
	ファクシミリ	043-463-6807	
法人種別	社会福祉法人		
代表者職名	理事長 宮澤 重信		
法人の行う他の業務	介護老人福祉施設 短期入所生活介護 通所介護 認知症専門通所介護 居宅介護支援		

### (3) 事業所の職員体制

	常 勤	非常勤	計
管 理 者	1名（兼務）	0名	1名
介護予防支援・介護予防 ケアマネジメント担当職 員	7名	0名	7名
事務職員	0名	0名	0名

### (4) 営業日及び営業時間、休業日

営 業 日	日曜日～金曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
休 業 日	土曜日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）

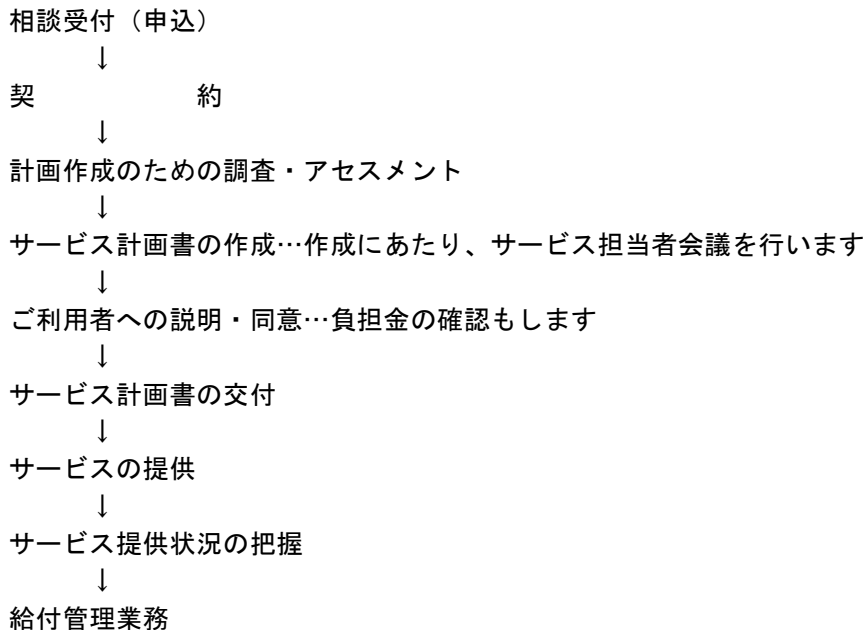
## 2 サービス計画の作成等の委託について

当事業所は、ご利用者の希望等により、サービス計画の作成事務、ご利用者宅へ訪問して行う経過観察およびこれらに付随する事務を居宅介護支援事業者に委託いたします。この場合、委託先の事業者名・所在地・連絡先をお知らせします。委託内容は次のとおりです。

- ① アセスメント（課題分析）
- ② 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画の作成及び交付
- ③ 利用者及び家族等との連絡調整
- ④ サービス担当者会議の招集及び開催
- ⑤ サービス事業所等との連絡調整
- ⑥ サービス実施状況の把握
- ⑦ 介護予防計画実施の評価
- ⑧ 給付管理

## 3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの申込みからサービス提供までの流れと主な内容

ご利用者からの申込みがありますと、内容を説明した契約書をお互いに取りかわします。次にご利用者およびご家族等の意見をお聞きしながら、介護予防サービス計画書を作成します。またご利用者の希望等により、当事業所と委託契約をしている居宅介護支援事業者が代わって介護予防サービス計画書を作成します。介護予防サービス事業者を選択していただき、介護予防サービス計画書に基づいて、サービスのご利用につなげていきます。



## 4 ご利用料金

種 類	説 明								
利 用 料	<p>要支援認定を受けられた方および介護予防ケアマネジメントの対象となる方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。但し、<u>保険料の滞納等により、給付制限が発生して保険給付金を直接事業者を支払われない場合は</u>、1ヶ月につき次の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書及び領収書を発行いたします。</p> <p>このサービス提供証明書及び領収書を佐倉市の担当窓口に提出しますと、払戻等を受けられます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>料金（月）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・初回のプラン作成の場合（直営）</td> <td>7, 939円</td> </tr> <tr> <td>・初回のプラン作成の場合（委託）</td> <td>11, 149円</td> </tr> <tr> <td>・2回目以降のプラン作成の場合</td> <td>4, 729円</td> </tr> </tbody> </table>	項目	料金（月）	・初回のプラン作成の場合（直営）	7, 939円	・初回のプラン作成の場合（委託）	11, 149円	・2回目以降のプラン作成の場合	4, 729円
項目	料金（月）								
・初回のプラン作成の場合（直営）	7, 939円								
・初回のプラン作成の場合（委託）	11, 149円								
・2回目以降のプラン作成の場合	4, 729円								
交 通 費	<p>サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。</p> <p><u>市外に出張する場合には</u>、実費相当の交通費が必要となります。</p>								

解約料	解約料はいただきません。いつでも契約を解除することができます。
その他	書類の写しなど必要な方はお申し出ください。料金は無料です。
支払方法	料金が発生する場合、月毎の精算とし、毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、30日以内に現金にてお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行します。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

#### ①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

1ヶ月以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。

また、当事業所が、正当な理由なく法令又は契約に違反した場合や事業者の指定の取消し又は破産法等により、業務を継続することが困難又は不可能となった場合は直ちに契約を解除することができます。

#### ②当事業所の都合でサービスを終了する場合

ご利用者やご家族等が当事業所や当事業所の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント担当職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行いその改善が見込めない場合などやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。この場合は、終了1ヶ月前までに予告するとともに、地域の他の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業者をご紹介いたします。

### (3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

①ご利用者が佐倉市の被保険者でなくなったとき

②ご利用者が当該サービスを提供する地域より、転居したとき。

③ご利用者が介護保険施設等へ入所したとき。

④ご利用者が要介護認定を受けたとき。

⑤ご利用者が厚生労働省告示第197号に定める基準に該当（以下「事業対象者」という。）とならないまま要支援認定の有効期間が終了したとき

⑥ご利用者要支援認定を受けぬまま、事業対象者の期間が終了したとき

⑦ご利用者が当該サービスにおいて、市から介護予防支援の指定を受けた事業所と契約することになったとき

### (4) その他

サービス提供にあたって、利用者の意思や人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者の提供されるサービスが特定の種類や特定のサービス事業者に不当に偏らないよう、公正中立に行います。

## 6 サービス内容に関する苦情

苦情・相談対応窓口の名称、連絡先、対応時間は下記のとおりです。

事業所または法人	担当者	高橋一江
	名称	佐倉市志津南部地域包括支援センター
	電話番号	043-460-7700
	対応時間	8:30~17:30（土曜日、祝日、年末年始を除く）
	解決責任者	社会福祉法人富裕会 施設長 内川浩明
市町村・保険者	電話番号	043-463-6805
	名称	佐倉市役所高齢者福祉課介護給付保険料班
	電話番号	043-484-6174
国保連	対応時間	8:30~17:15（土・日・祝日・年末年始を除く）
	名称	千葉県国民健康保険団体連合会
	電話番号	043-254-7409
	対応時間	8:30~17:15（土・日・祝日・年末年始を除く）

## 重要事項説明確認書

### 【事業者（説明者）確認】

介護予防支援・介護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、重要な事項を説明しました。

《事業所名》 佐倉市志津南部地域包括支援センター

《住 所》 千葉県佐倉市上志津1672番地7

《説明者》 \_\_\_\_\_ 印

※ 重要事項の説明を上記の者より代行を依頼された者

《事業所名》 \_\_\_\_\_ 印

《説明代行者》 \_\_\_\_\_ 印

### 【利用者確認】

私は、契約書および本書面により、事業者（説明者）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な事項の説明を受け、利用を同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)

《住 所》 \_\_\_\_\_

《氏 名》 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

《住 所》 \_\_\_\_\_

《氏 名》 \_\_\_\_\_ 印