

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

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(関ヶ原町指定 第2102400021号)

当事業所はご契約者に対して介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供をします。
事業所の概要又は、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 設置者 関ヶ原町
- (2) 所在地 岐阜県不破郡関ヶ原町大字関ヶ原 894番地の58
- (3) 電話番号 0584-43-1111
- (4) 設置者氏名 関ヶ原町長 西脇 康世
- (5) 設立年月 昭和29年9月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防支援事業所
- (2) 事業の目的 要支援者等からの相談に応じ、介護予防サービス等が利用できるよう介護予防サービス・支援計画を作成するとともに、当該計画に基づく介護予防サービス事業者その他の者との連絡調整、その他の便宜の提供を行う。

- (3) 事業所の名称 関ヶ原町地域包括支援センター
- (4) 事業所の所在地 岐阜県不破郡関ヶ原町大字関ヶ原 2 4 9 0 番地の 2 9
- (5) 電話番号 0584-43-3201
- (6) 当事業所の運営方針

介護予防ケアマネジメント業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意識を高めることを目指します。

このために、サービス提供期間を設定し、いつまでにどのような生活行為ができるようになるのか具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は初期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行います。

- (7) 開設年月 平成 1 8 年 4 月
- (8) 通常の事業の実施地域 関ヶ原町の区域
- (9) 営業日及び営業時間

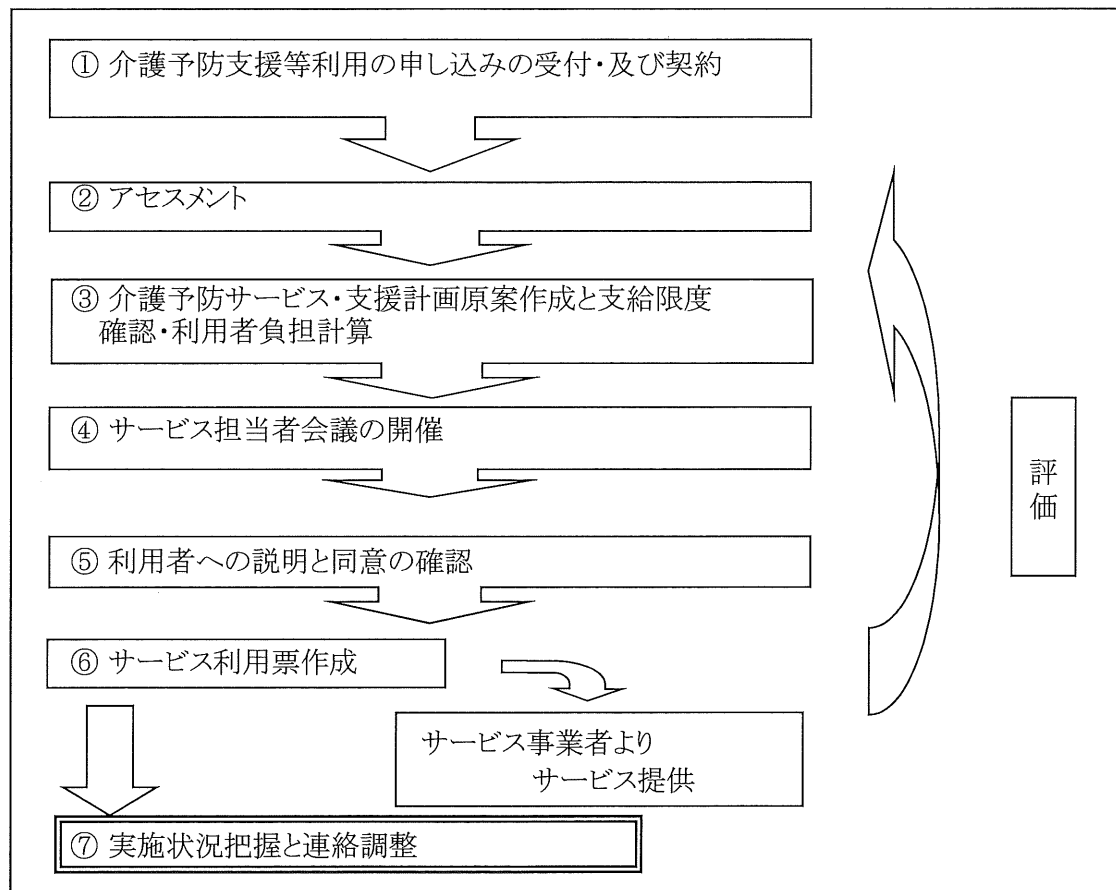
営業日	月曜日から金曜日 但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日までを除く
営業時間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 15分

3. 職員の体制

〈主な職員の配置状況〉

職種	員数	職務内容
○保健師	1人以上	介護予防支援に関する業務
○介護支援専門員		
○社会福祉士		
○看護師		

4. 契約締結からサービス提供までの流れ



5. 利用料等

(1) 利用料

介護予防支援費	4,420円
※初回加算(新規に介護予防サービス・支援計画書を策定したとき。)	3,000円
※委託連携加算(指定居宅介護支援事業所に業務を委託したとき。)	3,000円

要支援認定等を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。

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 か月につき下記の料金をいただき、事業者からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供書を後日関ヶ原町役場介護保険係の窓口に出しますと、全額払戻を受けられます。

今後、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第129号)の改正により変更となることがあります。

※利用開始初月のみ算定。

(2) 交通費

前記 2 の (8) のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、職員が訪問するための交通費の実費をいただきます。ただし、自動車を使用した場合の交通費は、次の額をいただきます。

1. 事業所から片道おおむね5キロメートル未満	200 円
2. 事業所から片道おおむね5キロメートル以上 10キロメートル未満	300 円
3. 事業所から片道おおむね10キロメートル以上	400 円

(3) 解約料

ご利用者様は、いつでも本契約を解除することができ、一切料金はかかりません。

6. 苦情処理について

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口

関ヶ原町住民課

Tel 0584-43-1111

○ 受付時間

午前8時30分から午後5時まで

7. 事故発生時の対応

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合は、速やかに契約者または家族等に連絡をするとともに市町村及び関係機関に連絡し、必要な措置を講じます。

8. 高齢者虐待防止について

利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

年 月 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

関ヶ原町地域包括支援センター

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについての提供開始に同意しました。

利用者 住所 関ヶ原町大字

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印