

『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 大田原市中央地域包括支援センターの概要

大田原市中央地域包括支援センターは、社会福祉法人章佑会が運営法人として大田原市から委託を受け、設置運営している介護予防支援事業所です。

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、指定を受けた居宅介護支援事業所、または、大田原市中央地域包括支援センターが行うこととなります。

運 営 主 体 法 人	大田原市北大和久 1 番地3 (東京都練馬区大泉学園町 7 丁目 12 番 30 号) 社会福祉法人 章佑会 理事長 馬場 康雄
事 業 所 名	大田原市中央地域包括支援センター
所 在 地	大田原市浅香 3 丁目3578-747 (大田原市福祉センター内)
管 理 者 名	立山 真理
介 護 事 業 者 番 号	0901000034
指 定 年 月 日	平成 19 年 4 月 1 日
サ ー ビ ス を 提 供 す る 日 常 生 活 圏	大田原市東部地区、紫塚地区、金田北地区、金田南地区

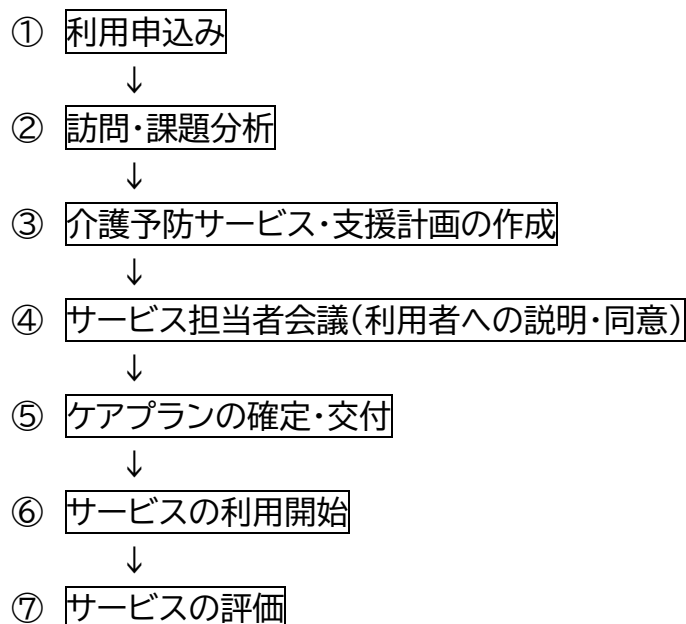
2 職員体制に関する事項

区分	人数	勤務	業務内容
管理者	1名(兼務)	常勤	事業所の管理及び業務管理
相談員	5名	常勤	介護予防サービス・支援計画書作成等

3 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、祝祭日・12月29日より1月3日を除く
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

4 介護予防支援及び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



※ご利用者は、ケアプランを作成にあたり、サービス事業所について複数の事業所の紹介を求めることができます。

※ご利用者は、ケアプランに記載されたサービス事業所の提案または選択理由をいつでも確認することができます。

※ご利用者が入院した場合には、医療機関との連携により、入退院時の支援が円滑にできるよう、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院機関にお伝えいただくようお願いいたします。

5 居宅支援事業者への委託

ご利用者がすでに居宅介護支援事業所において居宅サービス計画を作成している場合又は、ご利用者の要請により、指定以外の当該居宅介護支援事業所に当該利用者の介護予防サービス・支援計画の立案を委託できます。

6 苦情対応窓口

事業所内	管理者 立山 真理 TEL 0287-20-1001
大田原市	大田原市基幹型支援センター TEL 0287-23-8757
栃木県	栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談窓口 TEL 028-643-2220

7 事故発生時の対応

担当相談員は、ご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により事故が発生した場合には、速やかに大田原市基幹型支援センター及びご利用者のご家族等に連絡を行い、必要な措置を講ずるとともに管理者に報告します。

8 秘密の保持

事業所の管理者及び相談員は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持します。ただし、ご利用者及びそのご家族は、相談員がご利用者の介護予防サービス・支援計画書作成のため、サービス担当者会議等を開催し、介護予防サービス提供事業所から意見を求められた場合は、介護予防サービス・支援計画書作成に必要な最小限度の個人情報を提供することがあります。

9 事業継続計画

事業継続計画(BCP)の策定にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとします。

10 衛生管理

感染症の予防及び蔓延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し感染対策の資質向上に努める。

11 利用料

この契約書に基づき、事業所が提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る料金は、全額介護保険料等で負担されています。ただし、利用者の介護保険料に1年以上の滞納がある場合は、下記料金を請求し、いったん利用者が払ったうえで、大田原市の窓口で払い戻されることになります。

類 型	利用料（内税）
介護予防支援費	4,512円
ケアマネジメント A(現行の介護予防支援と同様)	4,512円
ケアマネジメント B(簡易ケアマネジメント)	2,154円

- ・ケアプラン策定に初回加算委託料の額は1件当たり3,063円(内税)とします。
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを、指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、委託連携3,063円(内税)を加算します。

上記内容について、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第4条の規定に基づき、ご利用者に説明を行いました。

重要事項の説明年月日 令和 年 月 日

事業者 大田原市浅香 3 丁目3578-747
(大田原市福祉センター内)

大田原市中央地域包括支援センター

説明者氏名 印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、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同意します。

利用者 住所 大田原市

氏名 _____ 印 _____

利用者代理人 住所

氏名 _____ 印 _____

続柄 ()