

# 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

### 1 地域包括支援センターの概要

センター名：草加川柳地域包括支援センター

所在地：草加市青柳8-51-13

電話番号：048-932-7007

サービス提供地域：柿木町・青柳1～8・青柳町

営業日：月曜日から土曜日の午前9時から午後5時  
(12月29日～1月3日、祝祭日を除く)

職員体制	主任介護支援専門員	名
	社会福祉士	名
	保健師等	名
	介護支援専門員	名

### 2 利用料金

当センターの介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに対しては、介護保険から全額給付されますので、原則利用者の自己負担はありません。

※保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合には、1ヶ月につき下記の金額を当センターに支払っていただくことになります。その際、当センターにて「指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント提供証明書」を発行いたします。この「指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント提供証明書」を添えて、後日、草加市（地域介護課）の窓口申請することで、払い戻しを受けることができます。

《1ヶ月あたりの利用料》

#### ① 介護予防支援：4,729円

(利用開始月は初回加算として、3,210円の利用料が加算されます。)

#### ② 原則的な介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントA)：4,729円

(利用開始月は初回加算として、3,210円の利用料が加算されます。)

#### ③ 簡略化した介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントB)：3,231円

(利用開始月は初回加算として、3,210円の利用料が加算されます。)

#### ④ 初回のみ介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントC) 2,140円

(利用開始月は初回加算として、3,210円の利用料が加算されます。)

《その他の加算》

委託連携加算：3,210円

(再委託時に指定居宅介護支援事業所に情報連携を行った場合、再委託初回月に加算されます。)

### 3 事故発生時の対応

センター職員は、利用者に対する介護予防支援・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には、速やかに利用者の家族及び市役所関係窓口へ連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

### 4 苦情の対応及び窓口

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関して、またはサービス計画に基づいて提供している各サービスに関して、相談や苦情などがある場合には、下記の窓口へお申し出ください。

《苦情相談窓口》

- ・草加川柳地域包括支援センター 苦情相談担当者(管理者)  
Tel048-932-7007
- ・草加市役所 地域介護課  
Tel048-922-0151 (代表)
- ・埼玉県国民健康保険団体連合会  
Tel048-824-2568

### 5 虐待の防止

当センターは、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げる措置を講じるものとします。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- ②虐待防止のための指針を整備する。
- ③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的で開催する。
- ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

当センターはサービス提供中に当該従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けた利用者を発見した場合、速やかに市町村へ通報を行います。

### 6 感染症の予防及びまん延防止

感染症の発生及びまん延を防止するために、対策を検討する委員会の開催、指針の整備、訓練（シュミレーション）を実施します。

感染床発生時には、感染症予防及びまん延防止のため、発生状況によって当該市町村や関連する公的機関、居宅サービス事業者、医療機関等に報告を行い、利用者に必要な援助を行います。

### 7 業務継続計画

感染症や非常災害の発生でも利用者へのサービスを継続的に実施するためと、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じます。

令和            年            月            日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのサービス提供開始にあたり、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。

事業者    草加川柳地域包括支援センター  
所在地    埼玉県草加市青柳8-51-13  
代表者名 医療法人 眞幸会  
            理事長 松本 眞彦

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私(利用者)及びその家族は、契約書及び本書面により、事業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事項の説明を受けました。また私は、介護予防サービスの援助ために、私についての必要な情報を（健康状態・医師の意見書・日常生活情報・介護環境・家族情報等）を関係機関に開示することを同意します。

利用者    利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

            代理者氏名 \_\_\_\_\_ 印