介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援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。

　平成　　　年　　　月　　　日

事業者名

所 在 地　　　千葉県松戸市○○台○丁目○番地の○

名　　　称　　　○○法人　○○会

代表者名　　　理　事　長　　　○　○　　　○　○

事業所名

松戸市○○地域包括支援センター

説明者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

契約書第６条により委託した居宅介護支援事業者

事業者名

説明者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

私は、本書面により、事業者から介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援についての重要事項の説明を受けました。

また、サービスの提供開始及びサービス担当者会議等において、私及び私の家族等の個人情報を用いることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 署　名  代行者 | 住所 |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 利用者の家族 | 住所 |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 住所 |  |
| 氏名 | ㊞  4 |

**介護予防ケアマネジメント・介護予防支援重要事項説明書**あなたに説明する重要事項は以下のとおりです。

**１．事業所の概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  運営主体の法人名  （事業者名） | ○○ﾎｳｼﾞﾝ　○○ｶｲ | | | |
| ○○法人　○○会 | | | |
| 運営主体の所在地 | ○○県○○市○○２丁目○番地の○ | | | |
| ホームページアドレス | http://www.　　　　　　.net | | | |
| 運営主体の開設年月 | 昭和○年　○月 | | | |
| 運営主体の代表者氏名 | 理事長　○○　○○ | | | |
| （フリガナ）  事業所名 | ﾏﾂﾄﾞｼ 　　　 ﾁｲｷﾎｳｶﾂｼｴﾝｾﾝﾀｰ  松戸市○○地域包括支援センター | | |
| 管理者の役職・氏名 | 地域包括支援センター | 指定介護予防支援事業所 | |
|  |  | |
| 事業所の所在地 | 千葉県松戸市 | | |
| 交通の方法 | 新京成線○○台駅から徒歩２分 | | |
| 電話番号・FAX番号 | （包括的支援業務）  **TEL　047　–　　　　 –**  **FAX　047　–　　　　 ‐** | | (介護予防支援）  **TEL　047　–　　　　 –**  **FAX　047　–　　　　 –** |
| 介護保険の指定番号 | 12012000 | | |
| 指定年月日 | 平成２５年１０月　１日 | | |

1

**２．職員の体制に関する事項**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属する担当職員の構成・人数 |  | 地域包括支援センター | 指定介護予防支援事業所 |
| 管理者 | 名（保健師と兼務） | 名 |
| 保健師等の人数 | ０名 | 名 |
| 主任介護支援専門員の人数 | ０名 | 名 |
| 社会福祉士等の人数 | １名 | 名 |
| 介護支援専門員の人数 | １名 | 名 |
| サービス従業者の健康診断の実施の有無 | ・　　　　　　　　無 | | |
| 常勤職員の所定労働時間 | 1週間当たり　　　　平均　40．00　時間以内  （１ケ月単位の変形労働時間制） | | |

**３．サービスの内容等に関する事項**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業時間  （窓口対応可能時間） | | 月～金曜 | 午　前　　8　：　30　～　午　後　　5　：　00 | |
| 特記事項 | 土曜日及び日曜日、祝日（休日）、１２月２９日から翌年１月３日までは営業しておりません。 | |
| サービス提供地域 | | ○○地域 | | |
| 損害賠償保険 | | ○○損害保険株式会社　加入 | | |
| 苦情・相談対応窓口の  名称・連絡先・対応時間 | 事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口 | | | 名称　松戸市○○地域包括支援センター |
| 連絡先電話番号（　047 –　　　　–　　　　　　） |
| 対応時間　　　　　（　午前8：30～午後5：00　）  　　　（土日祝日、12月29日から翌年1月3日を除く） |
| 国保連苦情・相談対応窓口（介護サービス苦情相談窓口） | | | 名称　千葉県国民健康保険団体連合会 |
| 連絡先電話番号（　043 –　254　–　7428　） |
| 対応時間　　　　　（　午前9：00～午後5：00　）  （土日祝日12月29日から翌年1月3日を除く） |
| 事故発生時の対応 | 担当職員は、利用者に対する介護予防ケアマネジメント又は指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。  2 | | | |
| 秘密の保持 | 担当職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、利用者又はその家族の同意を書面により得ます。 | | | |
| 利用料 | 【介護予防支援】  介護予防サービス計画作成に係わる費用（月額4,601円・初回加算１回  3,210円・小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算１回3,210円）は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。但し、介護サービス計画を受けることについて、予め市に届け出ていない場合や、介護保険料の滞納等の理由で介護保険の給付が行われなかった場合、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。 | | | |
| 【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）】  ケアマネジメント作成に係わる費用（月額4,601円・初回加算１回3,210円・小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算１回3,210円）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。 | | | |
| 【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）】  ケアマネジメント作成に係わる費用（月額2,236円・初回加算１回3,210円・小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算１回3,210円）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。 | | | |
| 【初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントＣ）】  ケアマネジメント作成に係わる費用（月額4,601円・初回加算１回3,210円・卒業加算１回3,210円・小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算１回3,210円）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。 | | | |
| その他の費用 | 利用者又はその家族の要請により、サービス提供地域以外で介護予防支援を提供する場合、サービス提供地域を超えた区間からの交通費の実費を受領いたします。 | | | |
| 解約料 | 解約日の１ヶ月前までに予告することにより、いつでもこの契約を解除することができます。ただし、サービス計画等に同意する前にこの契約を解約したときは、4,601円を頂きます。（地域包括支援センターの責めに帰すべき事由による場合は、この限りではありません。） | | | |

3