

重要事項説明書

1 事業所の概要

名 称	流山市北部地域包括支援センター
所 在 地	流山市江戸川台東 2 丁目 19 番地
サ ー ビ ス 種 別	(1) 指定介護予防支援 (2) 第一号介護予防支援事業
営 業 日 営 業 時 間	(1) 月曜～金曜 8 時 3 0 分～1 7 時 (2) 土 曜 8 時 3 0 分～1 2 時
休 日	(1) 日曜日 (2) 国民の祝日 (3) 1 2 月 2 9 日～翌年 1 月 3 日
通常の事業の実施地域	(1) 江戸川台小学校区 (2) 東深井小学校区
介護保険事業所番号	1 2 0 2 5 0 0 0 5 2

2 担当職員の勤務の体制

(1) 管理者 1 名

管理者は、センターの従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 担当職員 1 名以上

担当職員は、指定介護予防支援等の提供に当たる。

(3) 事務職員 必要数

事務職員は必要な事務を行う。

3 サービス提供の内容

利用申込受付 契約締結	あらかじめ、申し込みをいただいた利用者又はその家族に、重要事項説明書（本書）を交付して説明し、利用申込者から書面（契約書）により同意を得ます。
アセスメント	担当職員が、利用者の居宅を訪問し、利用者やその家族に面接して、利用者が現に抱えている問題点や解決すべき課題を把握します。
ケアプラン 原案作成※	アセスメント結果に基づき、どのような支援が必要かを利用者やその家族と調整し、ケアプランの原案を作成します。
サービス 担当者会議※	原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者から専門的意見を求めます。この会議は、利用者や家族の参加を基本とします。
ケアプラン 確定・交付	原案の内容について利用者又はその家族に説明し、文書により利用者の同意を得て、ケアプランを確定・交付します。
ケアプラン 実施	ケアプランに基づいて、指定介護予防サービス等が提供されます。
モニタリング※ ★	ケアプランの作成後、定期的に利用者宅を訪問する等により、その実施状況の把握を行い、必要に応じてケアプランの変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

備考 初回のみ of ケアマネジメントを受ける場合、※の事項は行いません。

★モニタリングについて

☐ テレビ電話装置等によるモニタリングのメリット・デメリットを含め、具体的な実施方法等について説明を受けました。

☐ テレビ電話装置等によるモニタリングの実施について同意します。

4 サービス提供に係る留意事項

- (1) ケアプランは、運営規程第2条に規定する基本方針と利用者の希望に基づき作成されるものです。そのため、利用者は複数の指定介護予防サービス事業者等を紹介するよう事業者を求めることができます。
- (2) 利用者は、ケアプラン原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができます。
- (3) 利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名と連絡先をその病院又は診療所に伝える必要があります。

5 指定居宅介護支援事業者によるサービス提供

センターは、利用者に相談のうえ、その業務の一部（利用申込受付・契約締結業務は除きます。）を指定居宅介護支援事業者に委託してサービス提供することができます。

この場合、センターは、指定居宅介護支援事業者の提供するサービスが適正なものになるように、その内容の確認、評価、支援等を行います。

6 利用料

原則、無料です。

ただし、保険料滞納等により保険給付等が行われない場合は、1月につき、次の利用料が発生します。

介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）	4, 605円
初回加算	3, 126円
委託連携加算	3, 126円

備考

- 1 初回加算は、新規にサービス提供した場合に算定します。
- 2 委託連携加算は、介護予防支援事業所が居宅介護支援事業所との委託時における適切な情報連携等を促進するため、委託する初回に限り算定します。

7 支払方法（利用料が発生した場合）

毎月１０日までに前月分の利用料を請求します。請求日から１５日以内にお支払いをお願いします。お支払いいただいた場合、領収証を発行します。お支払方法は銀行振込、現金集金のいずれかを選択できます。

8 秘密保持

- （１）担当職員その他の従業者は、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、第三者に漏らすことはありません。
- （２）担当職員その他の従業者であった者についても、同様の取扱いとし、センターはこれに必要な措置を講じます。

9 緊急時の対応

サービス提供に当たり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療 機関等	主治医等の氏名	
	連絡先	
緊急 連絡先	氏名	
	連絡先	

10 相談窓口、苦情対応

センター	電話番号	04-7155-5366
	FAX番号	04-7154-3207
流山市 介護支援課	所在地	千葉県流山市平和台1丁目1番地の1
	電話番号	04-7150-6531
	FAX番号	04-7159-5055
千葉国保連 介護保険課	所在地	千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4-3
	電話番号	043-254-7428

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業に係る契約の締結にあたり、本書面及び契約書に基づいて重要な事項について説明しました。

事業者

所在地	流山市東初石 2 丁目 1 3 2 番地の 2
名 称	医療法人社団 曙会
代表者	理事長 國吉 昇
説明者	⑩

業務委託先（指定居宅介護支援事業者）

所在地	
名 称	
事業所	名 称： _____ 所在地： _____

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業に係る契約の締結にあたり、本書面及び契約書に基づいて重要な事項の説明を受けました。

利用者

住 所	
氏 名	

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所	
氏 名	

年 月 日