

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

令和7年6月26日作成

1 事業所の概要

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 事業所名     | 川島町地域包括支援センター                      |
| 所在地      | 埼玉県比企郡川島町大字平沼1175番地                |
| 連絡先      | 電話 049-299-5422 / FAX 049-297-7112 |
| 事業者指定番号  | 第 1103200026 号                     |
| サービス提供地域 | 川島町                                |

2 事業所の職員体制等

|           |               |
|-----------|---------------|
| 職 種       | 職員数           |
| 管理者       | 1名 (社会福祉士と兼務) |
| 保健師       | 1名以上          |
| 主任介護支援専門員 | 1名以上          |
| 社会福祉士     | 1名以上          |

3 サービス提供時間

月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分  
(土曜日、日曜日、祝日、12月29日から1月3日はサービス提供していません。)

4 事業の方針

- ・「要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする」ために、地域において自立した日常生活を送ることができるよう支援します。
- ・利用者の心身状況や置かれている環境に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れるとともに、「心身機能」「活動」「参加」の視点もふまえて、利用者自身が生きがいや役割をもって生活できるよう支援します。
- ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、利用者に提供される介護予防サービス等が、特定の種類または特定の介護予防サービス事業者に偏ることのないよう、公平中立に行います。

5 介護予防支援及び介護予防マネジメントの内容

- ① 介護予防ケアプランの作成  
適正なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者自身が理解したうえで、目標達成に向けて取り組んでいけるよう検討し、介護予防ケアプランを作成します。
- ② 介護予防サービス事業者等との連絡調整  
介護予防サービス事業者等と利用者又は家族も含めたサービス担当者会議を開催し、共通認識を図るとともに、介護予防ケアプランに基づいた介護予防サービス等が円滑に提供され

るよう介護予防サービス事業者への連絡調整を行います。

- ③ 介護予防サービス等の実施状況の把握及び介護予防ケアプランの評価  
利用者の状況を利用者又は介護予防サービス事業者に確認し、介護予防サービス等の実施状況をサービス内容の適否も含めて把握する、必要であれば計画を見直します。また、介護予防ケアプランの目標の達成状況について評価を行い、その経過や結果を介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面に記載します。
- ④ 給付管理  
毎月初めに、利用者の前月における介護予防サービス等の利用実績を確認し、埼玉県国民健康保険団体連合会に請求します。
- ⑤ 介護予防サービス等に関する相談  
利用者との面接によるモニタリング等において、介護予防サービス等の実施状況について確認するとともに、適宜相談支援します。

6 料金について

- (1) 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、原則として利用者の負担金はありません。ただし、保険料の滞納等により、給付制限を受けた場合は、法定代理受領ができなくなるため、下表の料金をいただきます。

| サービス内容                                   | 料金       |
|------------------------------------------|----------|
| 介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費                   | 4, 512円  |
| 介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費及び初回加算※1           | 7, 575円  |
| 介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費及び委託連携加算※2         | 7, 575円  |
| 介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費及び初回加算※1及び委託連携加算※2 | 10, 638円 |

- ※1 新規に介護予防サービス・支援計画書を作成した場合に加算します。
- ※2 指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、加算します。

- (2) 事業者の担当地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

7 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、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<br>連絡先 |
| 緊急連絡先 | 氏 名<br>連絡先     |

8 相談窓口・苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 当会相談窓口 | 電話番号 049-299-5422     |
|        | Fax 番号 049-297-7112   |
|        | 責任者 田中 正人 担当 山田 一志    |
|        | 対応時間 午前8時30分から午後5時15分 |

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 市町村介護保険相談窓口              | 所在地 川島町下八ツ林870番地1 川島町役場       |
|                          | 電話番号 049-299-1756 (健康福祉課直通)   |
|                          | 対応時間 午前8時30分から午後5時15分         |
| 埼玉県国民健康保険団体<br>連合会 (国保連) | 所在地 さいたま市中央区大字下落合1704番地       |
|                          | 電話番号 048-824-2568 (苦情相談専用)    |
|                          | 利用時間 午前8時30分から午後5時 (月曜日から金曜日) |

※国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

9 個人情報の保護

利用者のサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。また、利用者やその家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、厳重な管理を行い、処分の際にも漏洩を防止します。

ただし、サービスを提供する際に利用者や家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議等でのサービスの利用調節を行う際に必要となります。このため、利用者及び家族の個人情報使用同意書が必要となりますので、別紙の同意書に書名押印いただきます。

10 高齢者虐待防止について

利用者の人権の養護・虐待の発生またはその再発を防止するために、以下に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、内容を職員間で共有し周知徹底を図ります。
- ② 研修等を通じて職員間の知識・技術の向上に努めます。
- ③ 虐待防止のための指針を整備します。
- ④ 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者： 山田 一志

11 当会の概要

|           |                            |
|-----------|----------------------------|
| 名 称       | 社会福祉法人川島町社会福祉協議会           |
| 法 人 所 在 地 | 埼玉県比企郡川島町大字平沼1175番地        |
| 電 話       | 049-297-7111               |
| 運営主体の開設日  | 昭和62年1月27日                 |
| 代 表 者 名   | 会長 藤間 隆                    |
| 法人が所有する事業 | ・通所介護事業所・訪問介護事業所・居宅介護支援事業所 |

12 介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業者

|          |     |
|----------|-----|
| 事業所名     |     |
| 所在地      |     |
| 事業者指定番号  | 第 号 |
| 管理者・連絡先  |     |
| サービス提供地域 |     |

【説明確認欄】

年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 (指定登録番号) 社会福祉法人川島町社会福祉協議会  
川島町地域包括支援センター (1103200026)

|                  |           |
|------------------|-----------|
|                  | 説明者       |
| (業務委託先居宅介護支援事業者) | 所在地       |
|                  | 事業者名      |
|                  | 担当ケアマネジャー |

※ 居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合 (契約の代行を含む) のみ記入

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 氏 名

代理人 氏 名