

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)

1 事業所(指定介護予防支援事業所)の概要

事業所名	魚沼市南部地域包括支援センター
所在地	魚沼市原虫野 433 番地 3
連絡先	TEL:025-793-7337 FAX:025-793-2050
管理者	鈴木 博志
営業日	月曜日～金曜日まで(国民の祝日に関する法律(昭和 23 年法律第 178 号)に規定する休日及び 12 月 31 日から翌年の 1 月 3 日までは除く。)※詳細は法人カレンダーによる。
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで
サービス提供実施地域	平成 16 年 10 月 31 日以前の小出町及び湯之谷村地内

2 当事業所の法人概要

法人名	医療法人魚野会
所在地	魚沼市原虫野 433 番地 3
連絡先(代表)	ほんだ病院 TEL:025-792-9550 FAX:025-792-8637
代表者	理事長 本田 篤

3 職員の職種、職務内容

職種	職務内容
社会福祉士等	総合相談・権利擁護
主任介護支援専門員	包括的継続的ケアマネジメント・サービス計画等作成業務
保健師等	介護予防ケアマネジメント・サービス計画等作成業務
介護支援専門員	サービス計画等作成業務

4 事業の目的・運営方針

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものです。

利用者の心身の状況その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスを、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供いたします。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者等に不当に偏ることのないように、公正中立に行います。

事業の運営に当たっては、魚沼市、居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組み等との連携を図ります。

5 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容は、契約書本文第 4 条に定めるも

のとします。

6 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

契約書第 8 条に定める介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに要する費用は、魚沼市が定めた金額とします。ただし、今後、額を変更した場合は、文書にて通知します。

項目	単位	1 単位	金額
介護予防支援費 (I) 介護予防ケアマネジメント費 (1 ヶ月あたり)	442 単位	10 円	4.420 円
介護予防ケアマネジメント B 初回分	431 単位		4.310 円
介護予防ケアマネジメント B 継続分	305 単位		3.050 円
初回加算(※1)	300 単位		3.000 円
委託連携加算(※2)	300 単位		3.000 円

※1 新規に介護予防サービス計画等を作成する利用者に指定介護予防支援等を提供した場合の加算

※2 指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り加算

7 サービスの苦情相談窓口

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成したケアプランに基づいて提供された介護予防サービス等に関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

●当事業所の苦情相談窓口

魚沼市南部地域包括支援センター	電話番号:025-793-7337 受付時間:(平日)午前 8 時 30 分～ 午後 5 時 15 分まで
-----------------	---

●介護保険及び総合事業の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

魚沼市市民福祉部介護福祉課	所在地:新潟県魚沼市小出島 910 番地 電話番号:025-792-9755 受付時間:(平日)午前 8 時 30 分～ 午後 5 時 15 分まで
新潟県福祉保健部高齢福祉保健課	所在地:新潟県新潟市中央区新光町 4-1 電話番号:025-280-5190 受付時間:(平日)午前 8 時 30 分～ 午後 5 時 15 分まで
新潟県国民健康保険団体連合会	所在地:新潟県新潟市中央区新光町 4-1 電話番号:025-285-3022 受付時間:(平日)午前 9 時～午後 5 時まで

8 居宅介護支援事業者(契約書第 15 条により委託した場合)

事業者名	
所在地	
代表者	
事業所名	
事業所所在地	
管理者名	
連絡先	

本書の証として本書 2 通を作成し、当事者記名押印のうえ、各自 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所名	魚沼市南部地域包括支援センター
説明者	氏名 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約にあたり、説明書より契約書及び本書面により重要事項の説明を受けました。

利用者	氏名 印
(代理人)	氏名 印