

【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用同意書】

海老名北地域包括支援センターにおいて、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービスの提供を受けるに当たり、重要事項説明書の内容に関して担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者

住 所	〒 TEL () —
氏 名	 印

利用者ご本人様が、ご署名ご捺印を行っていただくことが困難な場合に、代理人の方に、ご署名ご捺印をお願いします。

代理人

住 所	〒 TEL () —		
氏 名	印		
本人との関係		署名代行の理由	

福) 中心会

理事長 浦 野 正 男 様

説明日： 年 月 日
説明者：

*なお、重要事項説明書は変更になる場合があります。その場合は、新しい重要事項説明書をお渡しし、変更点の説明をさせていただきます。

重要事項説明書（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）

1. 施設の概要

施設名	海老名北地域包括 支援センター	事業所番号	1 4 0 4 2 0 0 0 1 4
開設年月日	平成 1 8 年 4 月 1 日	管理者名	所長 荻窪かほり
事業実施区域	海老名市（上郷・扇町・泉・めぐみ町・下今泉・上今泉）		
所在地	神奈川県海老名上今泉 4－8－2 8		
電話番号	0 4 6－2 3 1－6 0 6 1	F A X 番号	0 4 6—2 3 1－6 3 9 6
事務所営業日時	平日 8：3 0～1 7：0 0		
電子メール	kita-ebina@chusinkai.jp	ホームページ	https://ebinakita.com

2. 法人の概要

法人名	社会福祉法人 中 心 会		
法人認可	昭和 2 8 年 8 月 2 8 日		
代表者氏名	理事長 浦 野 正 男		
法人所在地	神奈川県海老名市上今泉 4－7－1		
電話番号	0 4 6－2 0 6－4 4 2 7	F A X 番号	0 4 6－2 0 6－4 4 2 8
電子メール	honb@chusinkai.jp		

3. 事業の目的

要支援状態にある高齢者等に対し、適正な介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供することを目的とする。

4. 運営の方針

- ①事業所は、利用者が要支援状態等となった場合でも、可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営む事ができるよう配慮して行なう。
- ②介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの事業は、利用者の心身の状況やお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が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行なう。
- ③介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの事業は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供す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不当に偏する事がないよう、公正中立に行なう。

5. 職員の体制(主たる職員)

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務
管理者		1		
社会福祉士	1			
保健師				
主任介護支援専門員	1		1	
介護支援専門員	1	1		

6. サービスの概要

介護予防サービス計画の作成

7. サービスの提供

- ①サービスの提供に当たっては、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②サービスの提供に当たっては、利用者の質問等に対して、適切に説明します。
- ③サービスの提供に当たって知り得た利用者や家族などの個人情報については、正当な理由なく第三者に提供することはありません。
- ④利用者ご本人またはそのご家族様は、利用者ご本人が、病院または診療所に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び事業所の連絡先を当該病院または診療所にお伝え下さい。
- ⑤利用者は、複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅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。
- ⑥サービス提供に関する記録は、原則として利用者契約終了後5年間保管します。

8. 利用料について

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの費用		
区 分	介護報酬告示額	円換算 (1 単位=10.84 円)
介護予防支援Ⅰ（事業対象者、要支援1、要支援2）	4 4 2 単位／月	4, 7 9 1 円／月
介護予防ケアマネジメントA	4 4 2 単位／月	4, 7 9 1 円／月
介護予防ケアマネジメントB	3 1 2 単位／月	3, 3 8 2 円／月
介護予防ケアマネジメントC	2 6 2 単位／月	2, 8 4 0 円／月
初回加算 （新規に介護予防サービス計画を作成する場合）	3 0 0 単位／月	3, 2 5 2 円／月
委託連携加算	3 0 0 単位／月	3, 2 5 2 円／月

事業者の提供する介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、利用者の自己負担はありません。

但し、利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、利用者は上記に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、いったん支払うものとします。

代理受領ができない場合のお支払いは、現金でお願いします。

9. 相談・苦情について

（1）サービスに関する相談や苦情・要望については、次の窓口で対応いたします。

事業所内 苦情対応	電話番号	046-231-6061	F A X 番号	046-231-6396
	電子メール	kita-ebina@chusinkai.jp	苦情受付担当者	瀧平美奈子、福井裕樹、香川哲延
	苦情解決責任者	荻窪 かほり	対応時間	9：00～18：00
処遇改善相談員への取次	事業所に対して特別な利害関係を持たない第三者です。事業所を通さずに利用者処遇改善相談員にお申し出をしたい方は、下記のメールアドレス宛にお申し出下さい。 メールアドレス： shogukaizen.ebinakita@gmail.com			

（2）公的機関・第三者機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

海老名市役所	所在地	海老名市勝瀬 175		
	担当	介護保険課 事業者支援係		
	電話番号	046—235—8232	FAX 番号	046—231—0513
	対応日時	8：30～17：15（日祝日、年末年始一休み） 土曜日開庁については市役所にお問い合わせください。		
神奈川県国民健康保険団体連 合会（国保連）	所在地	横浜市西区楠町 27 - 1		
	電話番号	045-329-3447		
	対応日時	8:30～17：15（土日祝日、年末年始一休み）		
かながわ福祉サービス運営適 正化委員会	所在地	横浜市神奈川区反町 3-17-2		
	電話番号	045 - 311 - 8861	FAX 番号	045 - 312 - 6302
	電子メール	tekisei@knsyk.jp *直通アドレス		
	対応日時	9:00～17:00（土日祝日、年末年始一休み）		