

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

事業者名	湯沢市湯沢地域包括支援センターコスモス
介護保険指定番号	0500700281
所在地	湯沢市相川字碓108番地
電話番号	0183-58-6100
FAX番号	0183-79-3700
サービス提供地域	湯沢市の湯沢地域
備考	

2. 職員の体制に関する事項

	専従	兼務	計	従事する業務
管理者		1人	1人	統括
保健師等	1人		1人	介護予防ケアマネジメント業務等の実施
社会福祉士等	1人	1人	2人	総合相談支援業務等の実施
主任介護支援専門員	1人		1人	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等の実施
介護支援専門員等	3人		3人	介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画書作成業務等の実施
備考				

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時30分～午後5時15分
	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日までは営業していません。
苦情・相談対応窓口の 名称・連絡先・対応時間	地域包括支援センター	名称：湯沢市湯沢地域包括支援センターコスモス 責任者：高橋 美和子
		電話番号(0183-58-6100) FAX 番号(0183-79-3700)
		対応時間：午前8時30分から午後5時15分
	湯沢市福祉保健部 長寿福祉課介護保険班	名称：湯沢市福祉保健部長寿福祉課介護保険班
		電話番号(0183-55-8309) FAX 番号(0183-72-8301)
		対応時間：午前8時30分から午後5時15分
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：秋田県国民健康保険団体連合会	
	電話番号(018-883-1550) FAX 番号(018-883-1551)	
	対応時間：午前8時30分から午後5時15分	
事故発生時の対応	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。	
個人情報の対応	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や関係者間において、利用者又はその家族の個人の情報提供は必要最小限のものとし、提供に当たっては関係者以外のもに漏れることのないよう細心の注意を払います。	
賠償責任	湯沢市湯沢地域包括支援センターコスモス(以下「包括」といいます。)は、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供に伴って、包括の責めに帰すべき事由により利用者又はその家族等に損害を及ぼした場合には、相当の範囲内において損害を賠償します。利用者又はその家族等は、利用者又はその家族等の責めに帰すべき事由により、包括の職員に損害を及ぼした場合には、相当の範囲内においてその損害を賠償します。	

利用料	【介護予防支援】 ・ 介護予防サービス計画作成（基本単位分） 4, 420円/月 ・ 初回加算分 3, 000円/月 ・ 委託連携加算分 3, 000円/月
	【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）】 ・ 介護予防サービス計画作成（基本報酬分） 4, 420円/月 ・ 初回加算分 3, 000円/月 ・ 委託連携加算分 3, 000円/月
	【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）】 ・ 介護予防サービス計画作成（基本単位分） 2, 210円/月 ・ 初回加算分 3, 000円/月 ・ 委託連携加算分 3, 000円/月
	【初回のみ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 1, 100円/月
	介護予防ケアマネジメント・介護予防サービス計画作成に係る費用の自己負担はありません。 ＊保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合は、一ヶ月につき上記の料金を頂き、事業所から「サービス提供証明書」を発行します。この「サービス提供証明書」を後日湯沢市長寿福祉課窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

※ 国が定める介護報酬の改定、又は、湯沢市が定める介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の改定があった場合は、改定後の利用料金とします。

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。

令和 年 月 日

事業者名

所在地 湯沢市相川字碓 1 0 8 番地

事業者名 湯沢市湯沢地域包括支援センターコスモス

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

所在地

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
の重要事項の説明を受け、同意します。

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	