

指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書 紀の川市地域包括支援センター

〈令和7年4月1日現在〉

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、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者から総合的かつ効率的に利用者に提供されるよう支援します。（紀の川市ケアマネジメント基本方針抜粋）

1 提供するサービスについての相談窓口

電話 0736-78-3314 （午前8時45分～午後5時30分）
FAX 0736-78-3315

2 地域包括支援センターの概要

(1) 地域包括支援センターの指定番号およびサービス提供地域

名称	紀の川市地域包括支援センター
所在地	紀の川市西大井338番地
介護保険指定番号	3001700065
サービスを提供する地域	紀の川市

(2) 職員体制（令和7年4月1日現在）

職 種	常勤	非常勤	計
管理者（センター長）	1		1
保健師	3		3
社会福祉士	3		3
主任介護支援専門員	4		4
介護支援専門員	12		12
事務職員	3		3

(3) サービス提供時間

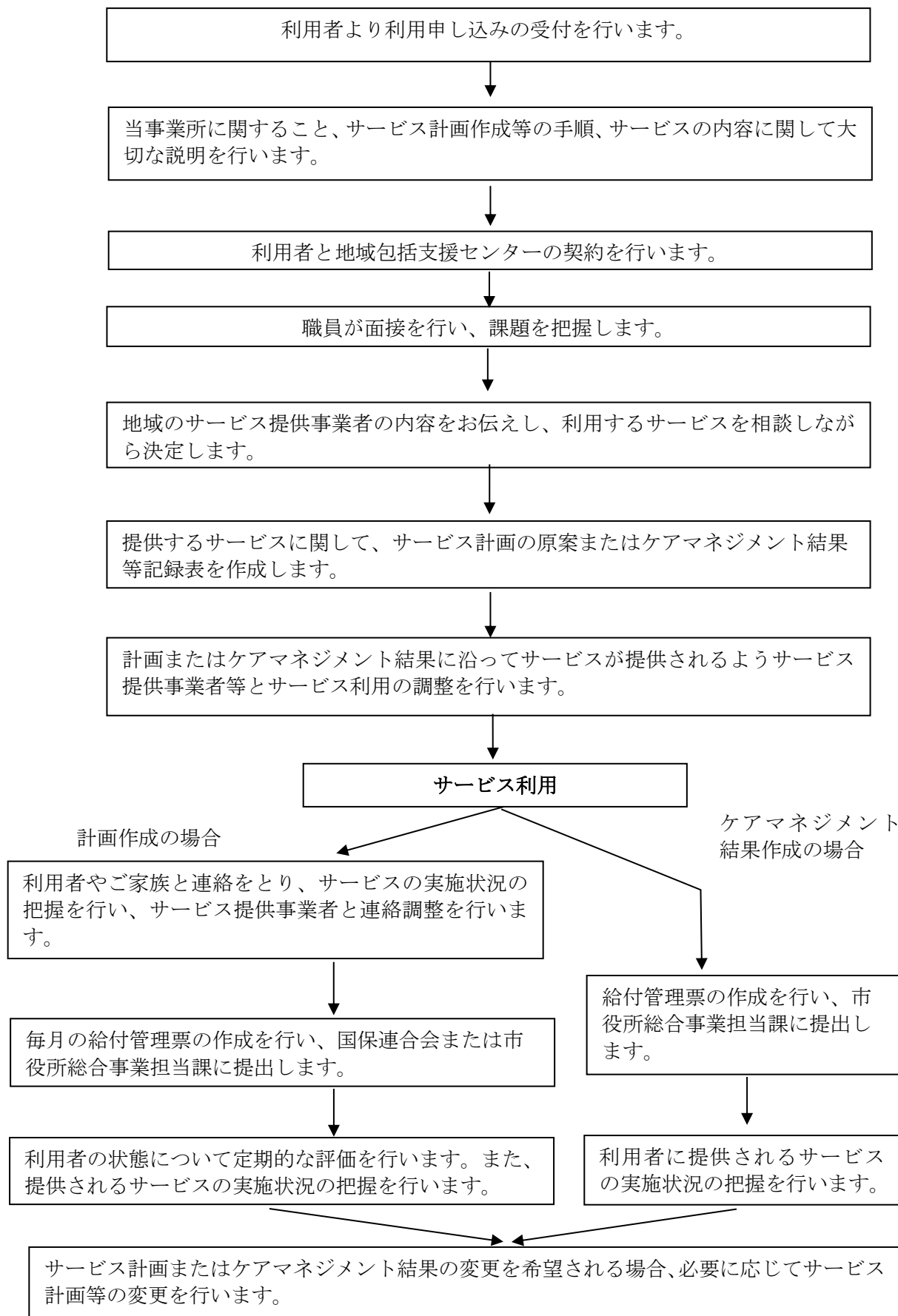
営業日	月～金曜日（国民の祝日・12月29日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時45分～午後5時30分

※ 上記以外の時間でも連絡体制をとっています。

(4) 提供する介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの内容

- ① 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス計画書の作成
- ② 介護予防サービス・生活支援サービス事業者等との連絡調整
- ③ 介護保険 要介護認定・要支援認定申請代行
- ④ 給付管理業務

3 お申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



※介護予防サービス（介護予防訪問介護相当・介護予防通所介護相当以外）を利用する場合は、要支援認定を受けていただく必要があります。

4 利用料金

介護予防支援にかかる1ヶ月の費用については、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。介護予防ケアマネジメントにおいては、市町村より支払われます。ただし、介護予防支援において、保険料の滞納等により保険給付金が事業者を支払わない場合、1ヶ月毎につき下記の金額を自己負担いただきます。

この場合、事業所からサービス提供証明書を発行いたします。

保険者（市町村）より支払われる料金は、以下のとおりです。

類 型		対 象 と な る サ ー ビ ス	1 か月あたりの 利用料金
介護 予 防 支 援		介護 予 防 サ ー ビ ス ○介護予防通所リハビリテーション ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防短期入所生活介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防福祉用具貸与 など	基本報酬 4,420 円 初回加算 3,000 円
介護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト	ケ ア マ ネ ジ メ ン ト A	事 業 所 サ ー ビ ス 介護 予 防 ・ 日 常 生 活 総 合 支 援	○介護予防通所介護相当 ○介護予防訪問介護相当
	ケ ア マ ネ ジ メ ン ト B		○通所型サービスC（短期集中リハ） ○訪問型サービスC（短期集中リハ） ○通所型サービスA及び訪問型サービスA（緩和型サービス）
	ケ ア マ ネ ジ メ ン ト C		○通所型サービスA（緩和型サービス） ○訪問型サービスA（緩和型サービス）
			基本報酬 4,420 円 初回加算 3,000 円 但し、該当月のみ請求可

注1 介護予防支援費は、利用者に対して指定介護予防支援（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第58条第1項に規定する指定介護予防支援をいう。以下同じ。）を行い、かつ、月の末日において指定介護予防支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号。以下「基準」という。）第13条第1項の規定に基づき、同項に規定する文書を提出している指定介護予防支援事業者（同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）について、所定単位数を算定します。

注2 利用者が月を通じて介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている場合は、当該月については、介護予防支援費は、算定しません。

注3 初回加算は、当該指定介護予防支援事業所において、新規に介護予防サービス計画等を作成する利用者に対し介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを行った場合については、初回加算として、1回につき所定単位数を加算します。

(1) 委託連携加算

300単位/月 3,000円

注 利用者に提供する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際、当該利用者に係る必要な情報を当該事業所に提供し、当該事業所における介護予防サービス計画の作成

等に協力した場合に所定単位数を算定します。
当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度とします。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域の方は交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、解約における料金はかかりません。

5 サービス利用の方法

(1) サービス利用の開始

お電話でお申し込みください。担当職員がお伺いいたします。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始いたします。

(2) サービス利用の終了（契約の終了）

① 契約の有効期限は、契約締結の日から契約者の要支援認定及び総合事業対象有効期間の満了日までですが、契約期間満了日の7日前までにご契約者から契約の終了の申し入れがない場合には、契約は同じ条件で更新され、以後も同様とします。

② 自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所したとき
- ・利用者が要介護者（要介護1～5）に該当すると認定されたとき
- ・利用者が要支援者又は事業対象者のいずれにも該当しないと認定されたとき
- ・利用者が死亡したとき

③ その他

利用者やご家族などが地域包括支援センター職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 入院時の対応

病院又は診療所に入院する必要がある場合は、担当介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えてください。

7 介護予防計画書の主治医への交付

ご利用者が訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ等の医療サービスの利用を希望される場合は、主治医の意見を求めます。そのうえで、介護予防サービス計画を作成した場合は、主治医へ介護予防サービス計画を交付します。

8 秘密の保持、個人情報の取扱いについて

個人情報については、別紙個人情報使用同意書に基づき、必要最小限の範囲使用し、使用にあたっては以下のとおりとします。

- (1) 当事業所は、サービスを提供するうえで知りえた利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文章により利用者及びその家族から同意を得た場合は、前項にかかわらず、情報を提供することができます。
- (3) 利用者の個人情報の取扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報をを用いる場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、対応します。
なお、利用者の家族の個人情報についても同様です。
- (4) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録します。

9 事故発生時の対応

当事業所は、万全の体制でサービス提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者及びその家族等にご連絡するとともに、事故に遭われた方への救済、事故拡大の防止などの必要な措置を講じます。また、その事故の原因を究明し再発防止の対策を講じます。利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに対応いたします。

10 虐待の防止のための取組について

- (1) 虐待防止に関する責任者は、紀の川市地域包括支援センター長を選定しています。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に開催しています。
- (3) 虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

11 サービス内容に関する苦情処理体制 相談・苦情等の窓口

紀の川市地域包括支援センター 〒649-6492 紀の川市西大井 338 番地	(電話番号) 0736-78-3314 (FAX) 0736-78-3315
紀の川市役所福祉部 高齢介護課 〒649-6492 紀の川市西大井 338 番地	(電話番号) 0736-77-0980 (FAX) 0736-79-3926
社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会内 和歌山県福祉サービス運営適正化委員会 〒640-8545 和歌山市手平 2-1-2 和歌山ビッグ愛 7 階	(電話番号) 073-435-5527 (FAX) 073-435-5584
和歌山県国民健康保険団体連合会 和歌山県国保連合会 介護サービス苦情処理相談窓口 〒640-8137 和歌山市吹上二丁目 1 番 22 号 (日赤会館内)	(電話番号) 073-427-4662 (FAX) なし

1 2 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第4条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者 所在地 紀の川市西大井338番地
名称 紀の川市地域包括支援センター

説明者氏名

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け了承しました。

利用者

住所 紀の川市 _____

氏名 _____

家族代表者・代理人

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

署名代行者

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____