

社会福祉法人大崎市社会福祉協議会
古川地域包括支援センター
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

1 実施機関概要

事業者	社会福祉法人大崎市社会福祉協議会
事業所名称	古川地域包括支援センター
事業所住所	宮城県大崎市古川三日町二丁目 5 番 1 号古川保健福祉プラザ (f プラザ)内 3 階
電話番号	0 2 2 9 - 8 7 - 3 1 1 3
FAX	0 2 2 9 - 2 3 - 0 0 3 5
管理者名	中田 直美
サービスの内容	介護予防支援 介護予防ケアマネジメント
サービスの実施地域	大崎市の古川中央地区、古川東部地区、古川西部地区、古川南部地区
指定介護予防支援事業所 指定年月日	平成 2 1 年 4 月 1 日 (事業所番号 第 0 4 0 1 5 0 0 0 5 3 号)

2 事業所の目的及び運営方針

(1) 目的

介護保険法等関連法令に従い、介護保険の基本理念である自立支援の観点から、「利用者の自立」及び「状態の維持・改善」を目的とした適切な介護予防サービス・支援計画書を作成し、介護予防サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「介護予防サービス等」という。）の提供が確保されるよう、関係機関との連絡調整を行います。

(2) 運営方針

- 1) 利用者の自立支援および状態の維持・改善を目的に、利用者の立場に立って支援を行います。
- 2) 利用者の心身の状態や生活環境に応じた、適切な介護予防サービス等の提供を行います。
- 3) 利用者が適切な介護予防サービス等を選択できるよう、情報を提供し、説明いたします。
- 4) 特定の介護予防サービス等にかたよらないように公平な支援を行います。
- 5) 主治医や、介護予防サービス等の提供者等と協力・連携し、迅速かつ適切に介護予防サービス等を提供することに努めます。

3 職員体制

職種	職務内容	常勤	非常勤	計
管理者（保健師兼務）	事業所運営管理	1名	0名	名
社会福祉士	相談支援	名	0名	名
主任介護支援専門員	介護予防支援	名	0名	名
介護支援専門員	介護予防ケアマネジメント	名	0名	名
保健師等	その他事務等	名	0名	名
合計		名	0名	名

4 営業日および営業時間

営業日	月曜～金曜日（土日・祝日、年末年始を除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時15分

5 利用料金

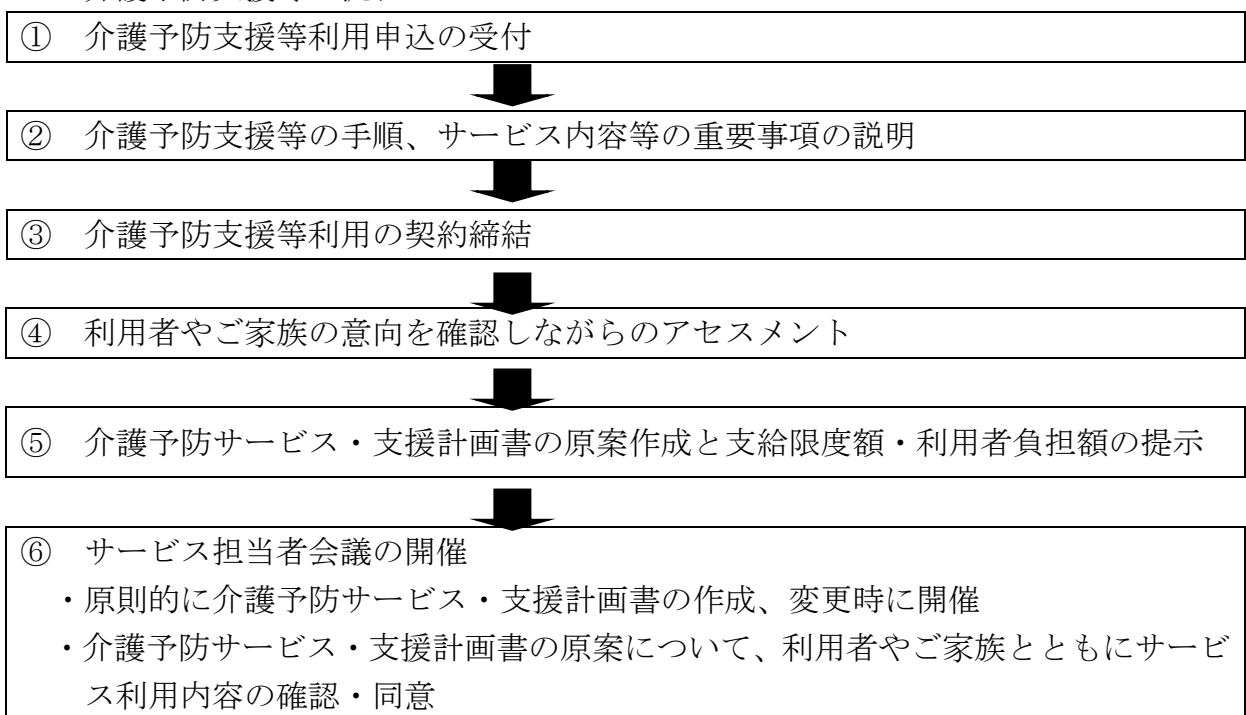
（1） 利用料金

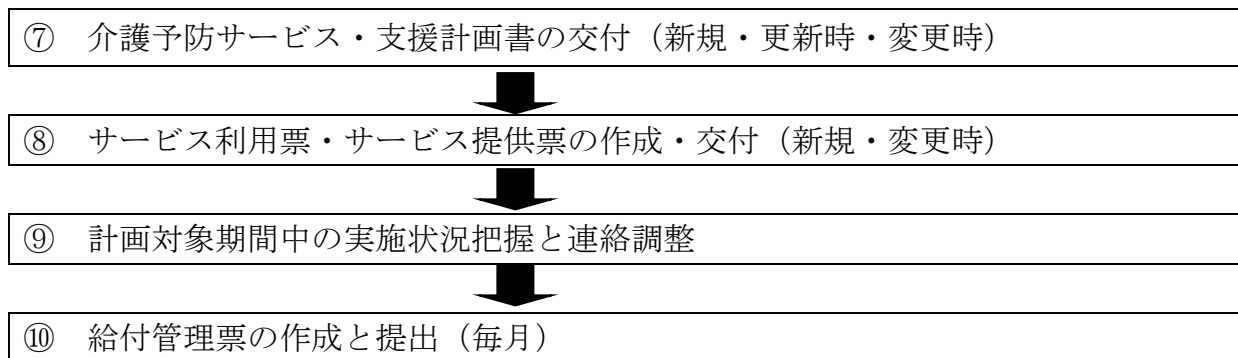
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（以下、「介護予防支援等」という。）に係る利用料金は、原則介護保険等から全額給付されるため、自己負担はありません。但し、介護保険料の滞納等がある場合は、サービス利用が制限される場合があります。

（2） 交通費

サービスの実施地域内は無料です。

6 介護予防支援等の流れ





7 苦情相談窓口について

（１） 介護予防サービス・支援計画等の内容について

古川地域包括支援センター 電話 ０２２９－８７－３１１３
 担当 中田 直美

（２） 介護保険制度や大崎市の高齢者福祉サービス等について

大崎市民生部高齢障がい福祉課 電話 ０２２９－２３－６０８５

（３） 介護保険サービス全般の苦情について

宮城県国民健康保険団体連合会 電話 ０２２－２２２－７７００
 宮城県保健福祉部長寿社会政策課 電話 ０２２－２１１－２５５６

8 事故発生時の対応

介護予防支援等の提供にあたって、事故が発生した場合は、利用者のご家族及び大崎市の関係窓口に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

9 介護予防支援等の契約有効期間について

この契約の開始日については、令和 年 月 日からとします。

（１） 要支援認定者の契約有効期間

要支援認定者の契約有効期間については、上記開始日から要支援認定有効期間の満了日までとします。但し、契約有効期間満了日以前に甲が要支援状態区分の変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

（２） 事業対象者の契約有効期間

事業対象者の契約有効期間については、事業対象者として認定された日から起算して１年経った月の末日までとします。

（３） 上記契約の有効期間満了日の３０日前までに利用者から文書による解約の申し出がない場合、本契約は自動更新されるものとします。

10 介護予防支援等の契約満了について

次の事項に該当する場合は、利用者からの申し出がなくても介護予防支援等の契約を終了いたします。

- (1) 利用者が死亡した場合
- (2) 利用者が介護保険施設等へ入所した場合
- (3) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- (4) 利用者が要介護認定非該当になった場合又は事業対象者として認定されなくなった場合
- (5) 地域包括支援センターの事業実施地域外に転出・転居した場合

1 1 個人情報について

個人情報については、介護保険法等関係法令及び大崎市個人情報保護条例に定められた事項を遵守し、適切に取り扱います。

1 2 本書に定めのない事項について

介護保険法等関係法令を遵守し、両者の協議により定めることとします。

介護予防支援等の提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所住所 宮城県大崎市古川三日町二丁目 5 番 1 号古川保健福祉プラザ
(f プラザ)内 3 階

事業所名称 古川地域包括支援センター

事業者 社会福祉法人大崎市社会福祉協議会

代表者 理事長(会長) 高橋 栄 徳

説明者職名・氏名_____

私は、本書面により介護予防支援等に係る契約の締結について重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所_____

氏名_____

(代理人)

住所_____

氏名_____