

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)

＜令和３年９月１日現在＞

１ 事業所（地域包括支援センター）の概要

事業所名	佐世保市早岐地域包括支援センター
所在地・連絡先	(住所) 佐世保市権常寺一丁目４番１０号メイノスビル (電話) ０９５６－２６－５８００ (FAX) ０９５６－２６－５８０１
事業所番号	４２００２０００５５
管理者の氏名	江崎 勝明

２ 事業所（地域包括支援センター）の職員体制

従業者の職種	人数	職務の内容
管理者	１名	管理業務
介護支援専門員・社会福祉士・保健師・経験ある看護師・高齢者保健福祉に関する相談業務等に３年以上従事した社会福祉主事のいずれか	４名以上	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

３ 事業の実施地域

事業の実施地域	日常生活圏域における宮地域・広田地域・三川内地域・早岐地域・針尾地域・江上地域
---------	---

４ 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	９：００～１８：００

営業しない日	日曜日・祝日・１２月２９日～１月３日
--------	--------------------

５ 提供する介護予防支援サービスの内容・提供方法

- ア 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)等の作成
イ 要介護認定等必要時の申請支援
ウ 給付管理業務

上記のアのサービスを提供するにあたり、以下の項目について説明を行います

- １）介護予防サービス計画の作成にあたって利用者から担当職員に対して複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることが可能であること
２）介護予防サービス計画原案に位置づけた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること

６ 費用

(１) 利用料

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、介護保険制度から全額給付されるので原則、自己負担はありません。ただし、介護予防支援については、保険料の滞納により、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は１ヶ月につき下記の利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

利用料（１か月につき）	
介護予防支援	指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２９号）に定める額
第１号介護予防支援事業	佐世保市介護予防ケアマネジメント実施要綱に定める額

(２) 交通費

３の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となる場合があります。

７ 事業所の特色等

(１) 事業の目的

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの契約者（利用者）が、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むため、その心身の状況等に応じ適切な介護予防サービスを利用できるよう、利用者の同意の上で介護予防サービス計画を作成し、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

(２) 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契約者（利用者）の心身の状況、置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を考慮し、介護予防の観点で介護予防サービス計画を作成します。

８ サービス内容に関する苦情等相談窓口

利用者相談窓口	窓口責任者 松尾 智世美 利用時間 ９：００～１８：００ 利用方法 電話（２６－５８００） 面接（当事業所 相談室） 苦情箱（カウンターに設置）
---------	--

佐世保市の相談窓口 長寿社会課	場所 佐世保市高砂町５番１号 中央保健福祉センター すこやかプラザ ３階 受付時間 ８：３０～１７：１５ 連絡先 電話（２４－１１１１）
国民健康保険団体連合会	場所 長崎市今博多町８番２号 長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 受付時間 ９：００～１７：００ 連絡先 電話（０９５―８２６－１５９９）

９ 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントをするにあたり、当事業所に計画書作成を依頼したことを保険者に届け出るため、届出書に自書し、提出する必要があります。また、届出書の提出を代行することができます。その際には、利用者の介護保険被保険者証を一時お預かりしますが、手渡しもしくは郵送にてお返しします。

１０ 利用者の方へのお願い

事業所が交付するサービス利用票、サービス提供票等は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。
また、あなたの同意により、業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。委託する場合は、サービスに関するお問い合わせ、不明な点などの連絡は、委託先の担当職員が窓口になります。

私は、本書面に基づいて地域包括支援センターの職員（職名_____氏名_____）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

【委託】

私は、本書面に基づいて指定居宅介護支援事業所の職員（事業所名：_____

職名：_____氏名：_____）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（署名もしくは押印）

利用者

住 所 佐世保市

氏 名

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名