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事項説明書

令和８年４月１日現在

１　あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センター

センター名	川口市安行地域包括支援センター
事業所番号	1100200094
センター所在地	〒334－0051 川口市安行藤八 501
連　絡　先	電話番号　　048-290-2300 FAX 番号　　048-295-2100
担 当 地 域	大字安行原・大字安行領家・大字安行慈林・大字安行大字安行吉岡・大字安行藤八・大字安行吉蔵・大字安行北谷・大字安行小山・大字安行西立野・大字安行出羽１～５丁目
法　人　名	株式会社　シルバーホクソン
法人代表者名	代表取締役　梅田　成道
法人所在地	埼玉県川口市青木３－2－１

２　営業日及び営業時間

営　業　日	月曜日～金曜日 （ただし、土・日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、１２月２９日～１月３日は除く）
営業時間	午前８時３０分～午後５時

３　地域包括支援センターの職員体制

地域包括支援センターには常勤の管理者（兼務）を置き、保健師又は看護師、社会福祉士及び主任介護支援専門員を原則としてそれぞれ１名以上配置しています。

４　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（介護予防サービス・支援計画作成等）を行う居宅介護支援事業者

事業者の名称	
事業者所在地	
連　絡　先	
法人代表者名	
法人所在地	

5　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの申込みからサービス提供までの流れと主な内容

まずは、お電話等でお申込みください。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します。

詳細は、別添パンフレットをご覧ください。

なお、利用者又はその家族は、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えていただくようお願いいたします。

6　利用料金

要支援認定及び事業対象者となられた方は、介護保険制度から全額給付されるので介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（介護予防サービス・支援計画作成等）については、自己負担はありません。

※利用者の保険料滞納等により、法定代理受領ができない場合には、下記の料金をお支払いいただき、指定介護予防支援提供証明書を発行することになります。この証明書等の必要な書類を、後日市（介護保険課）の窓口に提出すると、払戻しを受けられる場合があります。

区分	単位数	金額
介護予防支援費	442 単位	4,729 円
介護予防支援費・初回加算	742 単位	7,939 円
介護予防支援費・委託連携加算	742 単位	7,939 円
介護予防支援費・初回加算・委託連携	1,042 単位	11,149 円
介護予防支援費・虐防減算	438 単位	4,686 円
介護予防支援費・初回加算・虐防減算	738 単位	7,896 円
介護予防支援費・委託連携加算・虐防減算	738 単位	7,896 円
介護予防支援費・継計減算	438 単位	4,686 円
介護予防支援費・継計減算・虐防減算	434 単位	4,643 円
介護予防支援費・初回加算・委託連携加算・虐防減算	1,038 単位	11,106 円
介護予防支援費・継計減算・初回加算	738 単位	7,896 円
介護予防支援費・継計減算・初回加算・虐防減算	734 単位	7,853 円
介護予防支援費・継計減算・委託連携加算	738 単位	7,896 円
介護予防支援費・継計減算・委託連携加算・虐防減算	734 単位	7,853 円
介護予防支援費・継計減算・初回加算・委託連携加算	1,038 単位	11,106 円
介護予防支援費・継計減算・初回加算・委託連携加算・虐防減算	1,034 単位	11,063 円

※１単位あたりの単価：10.70 円

※虐防減算とは高齢者虐待防止措置未実施減算、継計減算とは業務継続計画未策定減算を示します。

7　サービスの利用計画の終了

（1）利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

終了7日前までに文書等でお申し出ください。

（2）自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを受ける場合

・利用者が要介護者（要介護１～５）に該当すると認定を受けた場合

・利用者が要介護者、要支援者又は事業対象者のいずれにも該当しないと　認定された場合

・利用者がお亡くなりになった場合

・利用者がセンターの担当地域外に転居した場合、若しくはセンターの担当地域が変更になった場合

（3）その他

・利用者又はご家族等が当センターや当センターの職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を終了させていただきます。

・事業者の休廃止によりサービスの提供が困難になる等、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して３０日間の予告期間を置いて理由を明示した文書で通知することにより、この契約を解除させていただきます。この場合、当該事業者は他の居宅介護支援事業者に関する情報を利用者に提供します。

8　秘密の保持

（1）　従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

（2）利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議　等で利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

（3）利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

9　緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者の家族、市等へ連絡をいたします。

１０　事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、市等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

１１　虐待に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

（１）　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

（２）虐待の防止のための指針を整備します。

（３）従業者に対し、虐待の防止のための研修会を定期的に実施します。

（４）前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

（５）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。

虐待防止に関する担当者	安行地域包括支援センター　管理者

１２　サービス内容に関する相談・苦情

当センターの介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するご相談・苦情及び介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情は、下記窓口で承ります。

担　　当	安行地域包括支援センター　管理者
電話番号	048―290―2300
受付時間	午前８時３０分～正午、午後１時～午後５時
受 付 日	月曜日～金曜日 （土・日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、 １２月２９日～１月３日は除く）

※あなたが利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

担　　当	川口市介護保険課　事業者係
電話番号	０４８－２５９－７２９３
受付時間	午前８時３０分～正午、午後１時～午後５時
受 付 日	月曜日～金曜日 （土・日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、 １２月２９日～１月３日は除く）

担　　当	埼玉県国民健康保険団体連合会　介護福祉課　苦情対応係
電話番号	０４８－８２４－２５６８　（苦情相談専用）
受付時間	午前８時３０分～正午、午後１時～午後５時
受 付 日	月曜日～金曜日 （土・日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、 １２月２９日～１月３日は除く）

令和　　年　　月　　日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者　　所 在 地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称　　川口市　　地域包括支援センター

説明者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（自署の場合は押印不要）

（業務委託先居宅介護支援事業者）

所 在 地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（自署の場合は押印不要）

私は、契約書及び本書面により事業者から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受けました。

利用者　　住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（自署の場合は押印不要）

（代理人）住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（自署の場合は押印不要）

利用者との関係