

＜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＞

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

運営主体の法人名 (事業者名)	(フリガナ) シャカイクシホウジントヨタミノリフクシカイ 社会福祉法人豊田みのり福祉会	
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	愛知県豊田市中根町男松79番地	
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0565-51-0660	FAX 0565-53-5921
ホームページアドレス	☐ ある・なし http://www.hm7.aitai.ne.jp/~minorien/	
運営主体の開設年月	(西暦) 2001年7月	
運営主体の代表者氏名	理事長 柴田 文志	
(フリガナ) 事業所名	ツツミエンチイキホウカツシエンセンター つつみ園地域包括支援センター	
管理者の役職・氏名	事業所長 鈴木 直美	
事業所の所在地	愛知県豊田市堤町堤18番地1	
交通の方法	名鉄三河線竹村駅から徒歩30分	
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0565-51-5206	FAX 0565-55-0061
ホームページアドレス	☐ ある・なし http://www.hm7.aitai.ne.jp/~minorien/	
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先 ☐ ある・なし	
介護保険の指定番号	2303000216	
指定年月日	(西暦) 2012年4月1日	
指定更新年月日	(西暦) 2024年4月1日	
運営の方針と事業所の特色など	・ 住み慣れた地域で、安心して在宅での生活が維持できるよう、利用者の意志を尊重しながら支援します。 ・ 要介護状態にならないよう、ケアプランを作成し、サービス提供機関など関連機関と連携をはかり、支援します。	

2. 職員の体制に関する事項

所属する保健師の人数	1名以上
所属する主任介護支援専門員の人数	1名以上
所属する社会福祉士の人数	1名以上
所属するその他の職員の人数	1名以上
サービス従業者1人当たり担当利用者数	
サービス従業者の健康診断の実施の有無	有
常勤職員の所定労働時間	1週間当たり40時間

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	8：30～ 17：30	土曜祝日	：～ ：	日曜	：～ ：
	特記事項	年末年始休				
サービス提供地域	前林中学校区					
損害賠償保険へ加入	有					
苦情・相談対応窓口の 名称・連絡先・対応時間	事業所又は法人に設置された 苦情・相談対応窓口	名称：つつみ園地域包括支援センター				
		連絡先電話番号：0565－51－5206				
		対応時間：8：30～17：30				
	外部に設置された苦情・相談 対応窓口	名称：豊田市役所 介護保険課				
		連絡先電話番号：0565－34－6634				
		対応時間：8：30～17：15				
	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：愛知県国民健康保険団体連合会				
		連絡先電話番号：052－971－4165				
		対応時間：9：00～17：00（土日祝日を除く）				
事故発生時の対応	担当職員は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族及び市町村関係窓口へ連絡を行うとともに、必要な措置をとります。					
秘密の保持	担当職員は、業務上知り得た利用者また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において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、予め個人情報利用同意書により得ます。					
介護予防サービス計画の作成について	介護予防サービス計画の作成にあたって利用者は、複数の指定介護予防サービス事業者等を紹介するよう求めることや介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防事業者等の選定理由の説明を求めることができます。					

4. 虐待の防止について

虐待の防止のための措置に関する事項	事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずる。 (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を年1回定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。 (2) 虐待の防止のための指針を整備する。 (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回定期的に実施する。 (4) 上記(1)から(3)までを適切に実施するため担当者を置く。
-------------------	--

5. 利用料について（1単位：11.05円 地域区分：3等級）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用料	介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費について基本的に利用者負担はなく、全額保険から給付されます。ただし、保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は全額自己負担となります。その際は当事業所からサービス提供証明書を発行いたしますので、サービス提供証明書を添えて、市の窓口へ提出をしてください。後日全額払い戻しを受けることができます。		
介護予防支援費	442単位/月	4,884円	介護予防サービス（福祉用具貸与等）を利用した場合に算定されます。
介護予防ケアマネジメント費	442単位/月	4,884円	介護予防・生活支援サービス（通所・訪問サービス）のみの利用で、生活支援サービス以外を利用した場合に算定されます。
	330単位/月	3,646円	介護予防・生活支援サービス（通所・訪問サービス）のみの利用で、生活支援サービスのみを利用した場合に算定されます。
介護予防支援初回加算	300単位/月	3,315円	初回利用または2か月以上サービス利用がなく再開した場合に加算されます。
介護予防支援委託連携加算	300単位/月	3,315円	介護予防サービス計画の立案を委託している場合で、初回利用の場合に加算されます。

年 月 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント提供開始にあたり、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。

事業者 社会福祉法人豊田みのり福祉会
つつみ園地域包括支援センター
所在地 豊田市堤町堤 1 8 番地 1
説明者氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防支援・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、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住所	
	氏名	
代理人	住所	
	氏名	