

一宮市地域包括支援センターちあき 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務重要事項説明書

《2024年 4 月 1 日現在》

事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

当事業所は、指定介護予防支援事業者としての指定を受けています。
(指定番号 2302200049)

1・事業所の概要

- | | |
|--------------|------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 尾張健友会 |
| (2) 事業所名 | 一宮市地域包括支援センターちあき |
| (3) 事業所所在地 | 一宮市千秋町塩尻字山王1番地 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 朝井哲二 |
| (5) 電話番号 | 0586-81-1711 |
| (6) FAX番号 | 0586-81-1713 |
| (7) 事業所管理者名 | 藤園 知子 |
| (8) 事業所の指定番号 | 2302200049 |
| (9) 事業所の運営方針 | |

介護保険の理念に則り、高齢者の自立と尊厳の確保を目指し、従来運営してきた老人福祉法による在宅介護支援センターの経験を活かして、包括的な地域福祉の向上を図ります。また、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等の必要な措置を講じます。

2・職員体制

管理者 (1名 兼任)・保健師 (1名)・社会福祉士 (2名)
主任ケアマネジャー(2名)・ケアマネジャー(1名)・事務 (3名)、
看護師 (1名 兼任)

3・サービスの内容に関する事項

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| (1) 営業日・・・月～土曜日 | ただし 祝日、12月30日～1月3日を除く |
| (2) 営業時間・・・9:00～17:00 | |
| (3) サービス提供地域 | 富士・向山・丹陽町・千秋町 |

(4) 相談・苦情について

苦情・相談対応窓口の 名称・連絡先・対応時間	介護保険事業者及びあんしん 介護予防事業に関して、法人 に設置された苦情相談窓口	名 称：一宮市地域包括支援センターちあき
		電話番号：0586-81-1711 FAX 番号：0586-81-1713
		対応時間：9：00～17：00（日祝日を除く）
	あんしん介護予防事業に 関する苦情相談窓口	名 称：一宮市福祉部高年福祉課
		電話番号：0586-28-9151
		対応時間：8：30～17：15（土日祝日を除く）
	介護保険事業者等に関する公 的苦情相談窓口（あんしん介 護予防事業の件は除く）	名 称：愛知県国民健康保険団体連合会
		電話番号：052-971-4165
		対応時間：9：00～17：00（土日祝日を除く）

(5) 秘密の保持

担当職員は業務上知り得た利用者又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あらかじめ個人情報同意書により得ます。

(6) 利用料

利用料は以下の通りです。

介護予防支援費：4,605 円/介護予防ケアマネジメント支援費：4,605 円

初回加算：3,126 円

委託連携加算：3,126 円（居宅介護支援事業所へ委託した場合の初回に限る）

社会的な事情等により、特例的に基本報酬への上乗せや減額がある場合もございます。

但し、全額保険給付される為、利用者負担はありません（保険料の滞納等により利用者負担が発生する場合があります）

(7) 再委託を行う場合の居宅介護支援事業所

事業所名称
電話番号
FAX 番号

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

一宮市地域包括支援センターちあき

説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて上記職員から介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務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。

令和 ____年 ____月 ____日

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人

住所 _____ ・利用者と同じ

氏名 _____ (続柄 _____)