介護予防ケアマネジメント・介護予防支援重要事項説明書

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

(フリガナ) 運営主体の法人名 (事業者名)	シャカイフクシホウジン　シンセイジュカイ 社会福祉法人　新生寿会	
運営主体の所在地	岡山県井原市木之子町 2416 番地 1	
運営主体の代表者氏名	理事長　佐々木　健	
(フリガナ) 事業所名	ｿｳｼﾞｬｼﾄｳﾌﾞﾐﾅﾐﾁｲｷﾎｳｶﾂｼｴﾝｾﾝﾀｰ 総社市東部南地域包括支援センター	
代表者氏名	施設長　斎藤　立机	
管理者の役職・氏名	管理者　日笠　由美子	
事業所の所在地	岡山県総社市地頭片山 150 番地	
電話番号・FAX 番号	TEL　0866　-　90　-0201	FAX　0866　-　92　-　8022
事業所指定番号	3300800053	

2. 職員の体制に関する事項

職員体制	管理者	1名(主任介護支援専門員と兼務)
	保健師等の人数	1 名
	社会福祉士の人数	1 名
	主任介護支援専門員の人数	1 名(管理者と兼務)
	介護予防支援計画作成担当者	指定基準1名以上

３. サービスの内容等に関する事項

<table>
<tr><td rowspan="2">営業時間
（窓口対応可能時間）</td><td>平日及び
土曜日、祝日</td><td>午 前　8 ： 30 ～ 午 後　5 ： 30</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td>日曜日、盆期間、年末年始は営業しておりません。</td></tr>
<tr><td>サービス提供地域</td><td colspan="2">三須、山手地域</td></tr>
<tr><td rowspan="9">苦情・相談対応窓口の
名称・連絡先・対応時間</td><td rowspan="3">事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口</td><td>名称　総社市東部南地域包括支援センター</td></tr>
<tr><td>連絡先電話番号（ 0866 － 90 －0201　　　　）</td></tr>
<tr><td>対応時間　　　（ 午前 8:30～午後 5:30 ）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">総社市苦情・相談対応窓口</td><td>名称　総社市保健福祉部長寿介護課介護保険係</td></tr>
<tr><td>連絡先電話番号（0866 － 92 － 8369）</td></tr>
<tr><td>対応時間　　　（午前 8:30～午後 5:00）
（土日祝日、12 月 29 日から翌年1月 3 日を除く）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">国保連苦情・相談対応窓口（介護サービス苦情相談窓口）</td><td>名称　岡山県国民健康保険団体連合会</td></tr>
<tr><td>連絡先電話番号（ 086 － 223 － 8811 ）</td></tr>
<tr><td>対応時間　　　（ 午前 8:30～午後 5:00 ）
（土日祝日 12 月 29 日から翌年 1 月 3 日を除く）</td></tr>
<tr><td>事故発生時の対応</td><td colspan="2">担当職員は、利用者に対する介護予防ケアマネジメント又は指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。</td></tr>
<tr><td>秘密の保持</td><td colspan="2">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、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、利用者又はその家族の同意を書面により得ます。</td></tr>
<tr><td>サービスにあたっての
禁止事項</td><td colspan="2">① 職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷等の迷惑行為。
② パワーハラスメント・セクシャルハラスメント等の行為。
③ サービス利用中に、職員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音等をインターネット等に掲載すること。</td></tr>
<tr><td>虐待防止</td><td colspan="2">利用者の人権の擁護、虐待防止の観点から、虐待の発生またはその再発を防止する為、指針を整備し必要な体制の整備を行います。</td></tr>
</table>

業務継続計画の策定	感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催するなどの措置を講じます。
利用料	【介護予防支援】 介護予防サービス計画作成に係わる費用（月額 4,420 円・初回加算1回 3,000 円・委託連携加算1回 3,000 円・介護職員等処遇改善加算 2.1%）は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。但し、介護サービス計画を受けることについて、予め市に届け出ていない場合や、介護保険料の滞納等の理由で介護保険の給付が行われなかった場合、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。
	【原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）】 ケアマネジメント作成に係わる費用（月額 4,420 円・初回加算1回 3,000 円・委託連携加算1回 3,000 円・介護職員等処遇改善加算 2.1%）は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。
	【初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）】 ケアマネジメント作成に係わる費用（月額 4,420 円・介護職員等処遇改善加算 2.1%））は、地域支援事業から全額支払われますので、自己負担はありません。但し、ケアプランを受けることについて、予め市に届け出ていない場合は、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。
その他の費用	利用者又はその家族の要請により、サービス提供地域以外で介護予防支援を提供する場合、サービス提供地域を超えた区間からの交通費の実費を受領いたします。

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

令和　　年　　月　　日

事業者名　　総社市東部南地域包括支援センター

説明者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面により、事業者から介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援についての重要事項の説明を受け、内容について同意します。

利用者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿