指定介護予防支援事業所
愛知たいようの杜　地域包括支援センター
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
（長久手市指定　第 2305000032号）

当事業所はご利用者に対して指定介護予防支援及び介護予防マネジメントを提供します。
当事業所の概要や提供される支援の内容、契約上ご注意いただきたいことを以下のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護状態区分等が「要支援」及び「事業対象者」と認定された方となります。

◇◆目次◆◇

１．事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
２．事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２−３
３．職員の体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
４．当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・３-５
５．サービスの利用に関する留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・５−６
６．事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
７．虐待防止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
８．苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６−７
９．第三者評価の実施状況について・・・・・・・・・・・・・・・・・・７

☆指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとは

利用者が居宅で予防介護サービスや予防事業その他社会資源を利用して要介護状態にならないようにすることを目的として、次のサービスを実施します。

〇ご利用者の心身の状況や利用者とそのご家族等の希望をお伺いし、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」を作成します。

〇ご利用者の介護予防サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご利用者及びその家族等、指定介護予防サービス事業所及びその他の事業所等との連絡調整を継続的に行い、介護予防サービス計画の実施状況を把握します。

〇必要に応じて、事業所とご利用者双方の合意に基づき、介護予防サービス計画を変更します。

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　愛知たいようの杜

（２）法人所在地　　長久手市根嶽１２０１番地

（３）電話番号　　０５６１－６３－２７３９

（４）代表者氏名　　理事長　大須賀　豊博

（５）設立年月日　　昭和６１年６月１８日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定介護予防支援事業所
平成２１年８月１日指定　愛知県　2305000032　号

（２）事業の目的　　指定介護予防支援及び介護予防マネジメントは、介護保険法等関連法令に従い、ご利用者が居宅においてその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　愛知たいようの杜地域包括支援センター

（４）施設の所在地　　長久手市打越２０２３番地

（５）電話番号／FAX　　０５６１－６４－５１７４／０５６１－６４－５１７８

（６）所長・管理者　　柴原　里織

（７）事業所の運営方針
・ご利用者の方が生活の質を高め、住み慣れた地域の中で安心して快適な生活を過ごされるように支援します。
・ご利用者やご家族の自由な選択による、ご利用者にふさわしい公平・中立なサービス提供に努めます。
・要介護状態への予防及び軽減に繋がるようなサービスの提供に努め、自立（非該当）への改善を目指すように支援します。
・ご利用者の人間的な尊厳を大切にし、その人らしい生活を支えていくような支援に努めます。

（8）開設年月日　　平成２１年８月１日

（9）通常の事業実施地域　長久手市（西小学校区、南小学校区、市が洞小学校区）

(10）営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	９：００ ～ １７：００
電話相談	緊急時２４時間対応

３．職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定介護予防支援及び介護予防マネジメントを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

	常　勤	非常勤	指定基準	常勤換算	
センター長・管理者及び社会福祉士	1			1	職員の監督・管理、高齢者に対する各種相談
社会福祉士	2		1	2	高齢者に対する各種相談
主任介護支援専門員	1		1	1	地域ケアマネジャーの相談指導
看護師・保健師	1		1	1	指定介護予防支援及び介護予防マネジメント
介護支援専門員	1	1		1.8	指定介護予防支援及び介護予防マネジメント

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

４．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、指定介護予防支援及び介護予防マメネジメントとして次のサービスを提供します。

（１）サービスの内容と利用料金（契約書第3～5条、第7～8条参照）

＜サービスの内容＞

① 介護予防サービス計画の作成

ご利用者のご家庭を訪問して、ご利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、介護予防サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定介護予防サービス等」という。）が、公平・中立に提供されるように配慮して、介護予防サービス計画を作成します。

なお、事業所に対して介護予防サービス計画に位置づける指定介護予防サービス事業所及びその他事業所等について、複数の事業所の紹介を求めること、その事業所を位置づけた理由を求めることができます。

長久手市介護予防・日常生活支援総合事業に関しては、介護予防サービス計画書を作成しない場合があります。

＜介護予防サービス計画の作成の流れ＞

① 事業所は、介護予防支援及び介護予防マネジメントに関する知識を有する職員「以下、担当者という」に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させます。

② 介護予防サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定介護予防サービス事業所及びその他事業所等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族等に対して提供して、利用者にサービスの選択を求めます。

③ 担当者は、利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ介護予防サービス計画の原案を作成します。

④ 担当者は、前項で作成した介護予防サービス計画の原案に盛り込んだ指定介護予防サービス事業所及びその他事業所等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族等に対して説明し、利用者の同意を得た上で決定するものとします。

② 介護予防サービス計画作成後の便宜の供与

- ご利用者及びその家族等、指定介護予防サービス事業所及びその他事業所等との連絡を継続的に行い、介護予防サービス計画の実施状況を把握します。
- 介護予防サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業所及びその他事業所等との連絡調整を行います。
- ご利用者の意思を踏まえて、要支援認定の更新申請等に必要な援助を行います。
- ご利用者の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化等に応じて、介護予防サービス及び支援計画書の変更、要支援認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。
- 介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了する時は、当該計画目標の達成状況について評価を行ないます。

お願い

下記の場合は、事業者まで、必ず連絡して下さいますようお願い致します。
もし連絡が頂けなかった場合は、指定介護予防サービス事業所及びその他事業所等のサービスについて、通常はサービス利用料金に負担割合証に記載された割合の自己負担で良いところ、一旦サービス利用料金の全額をお支払い頂かなければならなくなります（場合によっては、自己負担額を除く全額が必ず介護保険から払い戻されるとは限りませんのでご注意下さい。）

1) 事前に事業所を通じて調整を行わずに、介護予防サービス計画外のサービスを受けた場合
2) 介護予防サービス計画対象期間中に、被保険者証の記載内容に変更が生じた場合
3) 事業所やサービスの種類が介護予防サービス計画と異なる場合

③　介護予防サービス計画の変更

ご利用者が介護予防サービス計画の変更を希望した場合、または事業所が介護予防サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業所とご利用者双方の合意に基づき、介護予防サービス計画を変更します。

④ 要支援認定等に係る申請の援助

ご利用者の意向を踏まえて、要支援認定の更新申請及び要介護認定申請等に必要な援助を行います。

＜サービス利用料金＞

（１）利用料金

当事業所が提供するサービスについて、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するサービス利用料金について、事業所が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）、利用料金は介護保険から給付されますので、ご利用者の利用料負担はありません。

但し、ご利用者の介護保険料の滞納等により、事業所が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金（１ヶ月あたり）の全額をいったんお支払い下さい。

この場合、当事業所は、サービス提供証明書を発行しますが、これを後日、市町村の窓口に提出しますと、全額払戻を受けることができる場合があります。

事業対象者　要支援 １・２
４，６０５円

※各種加算（該当する場合、上記金額に加算されます。）

・初回加算　３，１２６円

・委託連携加算　３，１２６円

・介護職員等処遇改善加算　1ヶ月の合計単位数に2.1%を乗じた単位数

※長久手市の地域区分が６級地のため告示上の単位数に１単位あたり１０．４２円を乗じますが、ご利用者の利用料負担はありません。

（２）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月２０日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

イ．現金支払

ロ．下記指定口座への振り込み

名古屋銀行　長久手支店　普通預金　口座番号３３３１９２４

名義「社会福祉法人　愛知たいようの杜 理事長　大須賀　豊博」

５．サービスの利用に関する留意事項

（１）サービス提供を行う担当者

サービス提供時に、当事業所及び委託した居宅介護支援事業所のいずれかにおいて担当職員を決定します。

なお、医療機関に入院した際は、ご利用者又はその家族等により医療機関に事業所及び担当者名を伝えてください。

（２）担当者の交替（契約書第６条参照）

① 事業所からの担当者の交替

事業所の都合により、担当者を交替することがあります。

担当者を交替する場合、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。ただし、利用者からの特定の担当職員の指名はできません。

② ご利用者からの交替の申し出

選任された担当者の交替を希望する場合には、当該担当者が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して担当者の交替を申し出ることができます。

６．事故発生時の対応について（契約書第12条参照）

ご利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防マネジメントの提供により事故が発生した場合には市町村、ご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ます。

また、ご利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防マネジメントの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止についての 責任者	柴原　里織

（２）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果についてサービス従事者に周知徹底を図っています。

（３）虐待防止のための指針を整備しています。

（４）サービス従事者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

（５）虐待等の相談は、市町村及び当事業所が窓口となり、必要に応じて、市町村関係部署及び警察等の協力を仰ぎ、被虐待者の権利と生命の保全を最優先します。

（５）サービス提供中に、事業者及びサービス従事者又は利用者に係る関係者（現に養護している家族・親族・同居人・他事業所の従事者等）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、これを市町村に通報します。受け付けた内容は、個人情報の取り扱いに注意し、相談者に不利益が生じないよう細心の注意を払って対処します。

８．苦情の受付について（契約書第17条参照）

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

（１）当事業所における苦情の受付

① 地域包括支援センター　センター長　柴原　里織

月曜日から土曜日　９：００～１７：００受付

電話　０５６１－６４－５１７４／ＦＡＸ　０５６１－６４－５１７８

② 苦情解決責任者

法人本部　福田　由貴子

電話　０５６１－６３－２７３９／ＦＡＸ　０５６１－６１－７２７７

（２）行政機関その他苦情受付機関

あいち福祉オンブズマン	名古屋市中区丸の内３丁目５番35号弁護士ビル1004号 水谷博昭法律事務所内 ＦＡＸ　　０５２－２２８－１７３８
愛知県国民健康保険 団体連合会介護保険課 （苦情相談窓口）	名古屋市東区泉一丁目６番５号（国保会館） 電話番号　０５２－９７１－４１６５ ＦＡＸ　　０５２－９６２－８８７０ 受付時間　月曜日から金曜日 ９：００～１７：００
長久手市役所 福祉部　長寿課 介護保険係	愛知県長久手市岩作城の内６０番地の１ 電話番号　０５６１－５６－０６１３ 受付時間　月曜日から金曜日 ８：３０～１７：１５

９．第三者評価の実施状況について

実施の有無：無し

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の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者
愛知たいようの杜　地域包括支援センター

氏　名

◇　私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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同意しました。

利用者　住　所　　長久手市

氏　名

◇　私は、下記の理由により、利用者に代わり、上記署名を行いました。
私は、利用者本人の上記意思を確認しました。

署名代行者　住　所

氏　名

本人との関係

署名を代行した理由

この重要事項説明書は、厚生省令第38号（平成21年7月31日）第4条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。