

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

あなたに説明する重要事項は以下のとおりです。

1. 法人事業者の概要

運営主体の法人名 (事業者名)	リョウホウジン タイゲンカイ 医療法人 泰玄会	法人の種類	医療法人
運営主体の所在地	一宮市東五城字備前1番地1	代表電話番号	TEL 0586-61-2121
		FAX番号	FAX 0586-61-4190
運営主体の開設年月	昭和48年3月13日		
運営主体の代表者氏名	宇佐美 覚		

2. 事業所の概要

事業所名	リミヤシチイキホウカツシエンセンタータイゲンカイ 一宮市地域包括支援センター泰玄会	管理者の役職・氏名	センター長 坂野 桃子
事業所の所在地	愛知県一宮市小信中島字仁井西23番地1		
交通の方法	一宮市役所尾西庁舎より西へ徒歩2分		
事業所の電話番号・FAX番号	TEL0586-61-8273 FAX0586-64-2440		
緊急連絡先（時間外に連絡可能な連絡先）	時間外は携帯電話に転送		
介護保険の指定番号	2302200031		
指定年月日	平成18年4月1日		

運営の方針と事業所の特色など	<p>介護保険法の理念に則り、高齢者の自立と尊厳の確保をめざし、従来より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。</p>
----------------	---

3. 職員の体制に関する事項

所属する担当職員 の人数・構成	所属する保健師等の人数	常勤 3人 非常勤 0人 常勤換算 3人	
	所属する主任介護支援専門員等の人数	常勤 3人 非常勤 0人 常勤換算 3人	
	所属する社会福祉士等の人数	常勤 1人 非常勤 0人 常勤換算 1人	
	所属するその他の職員の人数	常勤 0人 非常勤 0人 常勤換算 0人	
サービス従業者の健康診断の実施の有無	あり	常勤職員の所定労働時間	1週間当たり 35 時間

4. 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	8：30～17：00
	休日	毎週土・日曜 12月31日～1月3日は休業
サービス提供地域	起連区、小信中島連区、三条連区、大徳連区、朝日連区、開明連区	
損害賠償保険へ加入	あり	
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泰玄会
		電話番号；0586-61-8273
		対応時間；8：30～17：00
	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）
事故発生時の対応	担当職員は、利用者に対する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。	
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。	
加入・参加している連絡組織・団体等	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会、ケアマ NET 一宮	
利用料	令和6年4月1日改正による一宮市における料金の額 介護予防支援費：4,605円／介護予防ケアマネジメント費：4,605円／初回加算：3,126円／委託連携加算（居宅介護支援事業所へ委託した場合の初回に限る）：3,126円 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ため、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）。	
再委託を行なう場合の 居宅介護支援事業所名 及び電話番号・FAX番号	名 称：	
	所 在 地：	
	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。

令和 年 月 日

【事業所】愛知県一宮市小信中島字仁井西23番地1
一宮市地域包括支援センター泰玄会
(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。

利用者	住所	
	氏名	
代理人	住所	・利用者と同じ
	氏名	