

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)	シャカイフクシホウジンコウジュフクシカイ 社会福祉法人紘寿福祉会	
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	安城市東端町鴻ノ巣 72 番地 2	
代表電話・FAX 番号	TEL 0566 - 73 - 8211	FAX 0566 - 73 - 8212
ホームページアドレス	<a href="http://www.higashibata.org/">http://www.higashibata.org/</a>	
運営主体の開設年月	(西暦) 2011 年 7 月	
運営主体の代表者氏名	理事長 稲垣 光昭	
(フリガナ) 事業所名	アンジョウシチイキホウカツシエンセンター ヒガシバタ 安城市地域包括支援センター ひがしばた	
管理者の氏名	中村 鈴子	
事業所の所在地	安城市東端町鴻ノ巣72番地2 (特別養護老人ホームひがしばた内)	
交通の方法	あんくるバス(市内巡回)	
代表電話・FAX 番号	TEL 0566 - 73 - 8210	FAX 0566 - 73 - 8260
ホームページアドレス	<a href="http://www.higashibata.org/">http://www.higashibata.org/</a>	
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
介護保険の指定番号	愛知県指定第 2303100099	
指定年月日	(西暦) 2017 年 4 月 1 日	
指定更新年月日	(西暦) 2024 年 4 月 1 日	
事業の概要	介護保険法に従い、利用者が可能な限り居宅において、心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、自立した日常生活を営むことができるよう適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう支援していきます。	
指定介護予防支援の提供方法等	① 相談は地域包括支援センター又は利用者の自宅にてお受けします。 ② サービス担当者会議の開催 ③ 担当職員による居宅訪問又は電話等により連絡を行います。 ④ モニタリングの結果記録	

## 2. 職員の体制に関する事項

職種	員数	職務内容
管理者	1人	従業者の管理、業務の管理等を行います
担当職員	1人以上	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたります。
保健師又は経験のある看護師		
主任介護支援専門員		
社会福祉士 介護支援専門員		
事務職員等	必要に応じて配置	必要な事務を行ういます。
サービス従業者の健康診断の実施の有無	有	有
常勤職員の所定労働時間	1週間当たり 40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～土曜	午前8時30分 ～ 午後5時30分
	特記事項	日曜・12月31日から1月2日は除く
サービス提供地域	安城市明祥中学校区	
損害賠償保険へ加入・その他 ( )	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 安城市地域包括支援センターひがしばた 連絡先電話番号 ( 0566-73-8210 ) 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 安城市福祉部高齢福祉課介護保険係 連絡先電話番号 ( 0566-71-2290 ) 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利用同意書により得ます。	

内容及び手続の説明及び同意	利用者又その家族は、担当職員に対して、複数の指定介護予防サービス事業所の紹介を求めることができ、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業所等の選定理由を求めることができます。
入院時の協力のお願い	担当職員は、利用者・家族に対し利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、事前にご協力を求めます。
ご利用にあたってのお願い	介護保険証や医療受給者証等を確認させていただきます。保険証等の内容が変更された場合は、必ずご連絡ください。 職員訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。 また、見守りカメラの設置、職員の写真を撮影、録音をする場合、個人情報保護法に準じて事前に事業所の同意を受けてください。許可を受けて撮影された写真や動画、録音などを無断でSNS等に掲載することや事業所の職員に対しての暴言・暴力(疾病等による症状は除く)・嫌がらせなどのハラスメント行為、誹謗中傷などの迷惑行為はお控え下さい。
利用料	基本的に利用料はありませんが、介護保険料の滞納等があるときは、いったん利用者負担が発生することがあります。その場合、国が定める金額をお支払いいただき、後日、保険者(安城市)へ払い戻しの手続きが必要となります。
虐待の防止・身体拘束適正化	事業所は、利用者の虐待の防止及び身体拘束等の適正化の推進のため、必要な体制の整備を行うと共に、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

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

所在地：安城市東端町鴻ノ巣72番地2

名称：指定介護予防支援事業所

安城市地域包括支援センターひがしばた

説明者氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防支援及び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をします。

同意日	令和 年 月 日	氏名		
代筆者	氏名	(代筆された場合のみ記名ください)	続柄	