

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

1 事業者

法 人 名	社会福祉法人 豊川市社会福祉協議会
法 人 所 在 地	愛知県豊川市諏訪3丁目242番地
電 話 番 号	0533-83-5211
代 表 者 氏 名	会長 権 田 晃 範
運営主体の設立年月	昭和43年11月26日

2 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	豊川市東部地域包括支援センター
介 護 保 険 指 定 番 号	2302600040
事 業 所 の 所 在 地	愛知県豊川市東新町33-1
電 話 番 号	0533-85-6110
管 理 者 名	山 崎 晃 広
開 設 年 月	平成21年4月1日
サ ー ビ ス 提 供 地 域	豊川市（東部中校区・一宮中校区）
事業の目的	利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことが出来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 職員の体制

職 種	常 勤	非 常 勤	合 計
事業所長（管理者）	1人（兼務）	0人	1人
保 健 師 等	3人	0人	3人
主任介護支援専門員	2人	0人	2人
介 護 支 援 専 門 員	1人	0人	1人
社 会 福 祉 士	5人	0人	5人

4 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日及び第1土曜日とその翌日の日曜日 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く
営業時間 (窓口対応可能時間)	月曜日～金曜日及び第1土曜日とその翌日の日曜日 午前8時30分～午後5時15分 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く

5 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとして次のサービスを提供します。

① 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

内 容	提 供 方 法
介護予防サービス・支援計画の作成	利用者の居宅を訪問して、情報を収集し、解決すべき問題を把握したうえで、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）の原案を作成します。 ケアプランは利用するサービスにより介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）、介護予防ケアマネジメント C（初回のみの介護予防ケアマネジメント）のいずれかを実施します。 ケアプランの作成にあたり、担当職員に対し複数のサービス事業所等の紹介を求めることが出来ます。また、ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、その選定理由の説明を求めることも出来ます。 ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明を行います。 必要があれば変更を行い、文書により同意を得ます。
介護予防サービス・支援計画作成後の便宜の供与	ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者及び関係機関等との連絡調整を行います。
介護予防サービス・支援計画の評価	担当職員は、ケアプランに位置づけた期間が終了するときは、ケアプランの目標達成状況について評価を行います。 （※介護予防ケアマネジメント C は原則不要）
介護保険施設の紹介	利用者が自宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には必要な支援や情報提供を行います。

② 利用料金

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として自己負担はありません。ただし、介護保険料を滞納している場合、利用料を自己負担していただくことがあります。

提 供 す る サ ー ビ ス の 種 類	利 用 料 金
介護予防支援 i 介護予防サービス計画 介護予防ケアマネジメント ii ケアマネジメント A iii ケアマネジメント C	4, 5 1 2 円/月 ※ケアマネジメント C は開始月 のみ
初回加算 (i . ii のみ)	3, 0 6 3 円/回
委託連携加算	3, 0 6 3 円/回

6 秘密保持

担当職員、管理者及びその関係者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を、現職にあるときも、職を退いた後においても、正当な理由なく第三者に漏らしません。

7 虐待の防止

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、虐待防止のための指針の整備や定期的な研修を実施します。

8 衛生管理

当事業所では、感染症が発生又はまん延しないように、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備や定期的な研修等を実施します。

9 業務継続計画の策定等

当事業所では、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する業務の継続的な実施及び早期の再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に従って定期的な研修の実施など必要な措置を講じます。

10 業務委託先居宅介護支援事業所

当事業所では、業務委託内容の一部又は全部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。事業所の選定について利用者と協議の上決定します。

所在地	
事業所名	

11 相談窓口・苦情窓口

① 当事業所に対する苦情や相談は以下の相談窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	電話番号	0533-85-6110
	FAX 番号	0533-85-6131
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・12/29～1/3は除く) 午前8:30～午後5:15
	名称	豊川市東部地域包括支援センター

② 公的機関においても次の機関において苦情申出等を行うことができます。

東三河広域連合	所在地	豊橋市八町通二丁目16番地
	所管	介護保険課
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前8:30～午後5:15
	電話番号	0532-26-8471

愛知県国民健康保険団体連合会	所在地	名古屋市東区泉一丁目6番5号
	所管	介護福祉室
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前9:00～午後5:00
	電話番号	052-971-4165

12 緊急及び事故発生時の対応

サービスの提供により、体調の急変や事故が発生した場合は速やかに、東三河広域連合、市町村、利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	電話番号	
	携帯電話	

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、
上記の通り重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

社会福祉法人豊川市社会福祉協議会

説明者職名 豊川市東部地域包括支援センター

氏 名 _____ 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上
記の通り重要事項の説明を受けました。

また、サービスの提供及びサービス担当者会議等において、豊川市東部地域
包括支援センターが私及び私の家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

1 事業者

法 人 名	社会福祉法人 豊川市社会福祉協議会
法 人 所 在 地	愛知県豊川市諏訪3丁目242番地
電 話 番 号	0533-83-5211
代 表 者 氏 名	会長 権 田 晃 範
運営主体の設立年月	昭和43年11月26日

2 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	豊川市西部地域包括支援センター
介護保険指定番号	2302600032
事 業 所 の 所 在 地	愛知県豊川市国府町下河原61番地2
電 話 番 号	0533-88-8005
管 理 者 名	松 久 里 奈
開 設 年 月	平成21年4月1日
サービ提供地域	豊川市(西部中校区・音羽中校区・御津中学校区)
事業の目的	利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことが出来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 職員の体制

職 種	常 勤	非 常 勤	合 計
事業所長(管理者)	1人(兼務)	0人	1人
保 健 師 等	4人	0人	4人
主任介護支援専門員	4人	0人	4人
介護支援専門員	1人	0人	1人
社 会 福 祉 士	3人	0人	3人

4 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日及び第4土曜日とその翌日の日曜日 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く
営業時間 (窓口対応可能時間)	月曜日～金曜日及び第4土曜日とその翌日の日曜日 午前8時30分～午後5時15分 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く

5 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとして次のサービスを提供します。

① 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

内 容	提 供 方 法
介護予防サービス・支援計画の作成	利用者の居宅を訪問して、情報を収集し、解決すべき問題を把握したうえで、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）の原案を作成します。 ケアプランは利用するサービスにより介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）、介護予防ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメント）のいずれかを実施します。 ケアプランの作成にあたり、担当職員に対し複数のサービス事業所等の紹介を求めることが出来ます。また、ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、その選定理由の説明を求めることも出来ます。 ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明を行います。 必要があれば変更を行い、文書により同意を得ます。
介護予防サービス・支援計画作成後の便宜の供与	ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者及び関係機関等との連絡調整を行います。
介護予防サービス・支援計画の評価	担当職員は、ケアプランに位置づけた期間が終了するときは、ケアプランの目標達成状況について評価を行います。 （※介護予防ケアマネジメント C は原則不要）
介護保険施設の紹介	利用者が自宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には必要な支援や情報提供を行います。

② 利用料金

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として自己負担はありません。ただし、介護保険料を滞納している場合、利用料を自己負担していただくことがあります。

提 供 す る サ ー ビ ス の 種 類	利 用 料 金
介護予防支援 i 介護予防サービス計画 介護予防ケアマネジメント ii ケアマネジメント A iii ケアマネジメント C	4, 5 1 2 円/月 ※ケアマネジメント C は開始月 のみ
初回加算 (i . ii のみ)	3, 0 6 3 円/回
委託連携加算	3, 0 6 3 円/回

6 秘密保持

担当職員、管理者及びその関係者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を、現職にあるときも、職を退いた後においても、正当な理由なく第三者に漏らしません。

7 虐待の防止

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、虐待防止のための指針の整備や定期的な研修を実施します。

8 衛生管理

当事業所では、感染症が発生又はまん延しないように、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備や定期的な研修等を実施します。

9 業務継続計画の策定等

当事業所では、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する業務の継続的な実施及び早期の再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に従って定期的な研修の実施など必要な措置を講じます。

10 業務委託先居宅介護支援事業所

当事業所では、業務委託内容の一部又は全部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。事業所の選定について利用者と協議の上決定します。

所在地	
事業所名	

11 相談窓口・苦情窓口

① 当事業所に対する苦情や相談は以下の相談窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	電話番号	0533-88-8005
	FAX番号	0533-87-5452
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・12/29～1/3は除く) 午前8:30～午後5:15
	名称	豊川市西部地域包括支援センター

② 公的機関においても次の機関において苦情申出等を行うことができます。

東三河広域連合	所在地	豊橋市八町通二丁目16番地
	所管	介護保険課
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前8:30～午後5:15
	電話番号	0532-26-8471

愛知県国民健康保険団体連合会	所在地	名古屋市東区泉一丁目6番5号
	所管	介護福祉室
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前9:00～午後5:00
	電話番号	052-971-4165

12 緊急及び事故発生時の対応

サービスの提供により、体調の急変や事故が発生した場合は速やかに、東三河広域連合、市町村、利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	電話番号	
	携帯電話	

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、
上記の通り重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

社会福祉法人豊川市社会福祉協議会

説明者職名 豊川市西部地域包括支援センター

氏 名 _____ 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上
記の通り重要事項の説明を受けました。

また、サービスの提供及びサービス担当者会議等において、豊川市西部地域
包括支援センターが私及び私の家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

1 事業者

法 人 名	社会福祉法人 豊川市社会福祉協議会
法 人 所 在 地	愛知県豊川市諏訪3丁目242番地
電 話 番 号	0533-83-5211
代 表 者 氏 名	会長 権 田 晃 範
運営主体の設立年月	昭和43年11月26日

2 事業所の概要

事業所の名称	豊川市南部地域包括支援センター
介護保険指定番号	2302600024
事業所の所在地	愛知県豊川市山道町2丁目49
電 話 番 号	0533-89-8820
管 理 者 名	竹 内 生 代
開 設 年 月	平成18年4月1日
サービス提供地域	豊川市（南部中校区・小坂井中校区）
事業の目的	利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことが出来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 職員の体制

職 種	常 勤	非 常 勤	合 計
事業所長（管理者）	1人（兼務）	0人	1人
保 健 師 等	5人	0人	5人
主任介護支援専門員	3人	0人	3人
介護支援専門員	1人	0人	1人
社 会 福 祉 士	6人	0人	6人

4 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日及び第2・5土曜日とその翌日の日曜日 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く
営業時間 (窓口対応可能時間)	月曜日～金曜日及び第2・5土曜日とその翌日の日曜日 午前8時30分～午後5時15分 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く

5 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとして次のサービスを提供します。

① 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

内 容	提 供 方 法
介護予防サービス・支援計画の作成	利用者の居宅を訪問して、情報を収集し、解決すべき問題を把握したうえで、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）の原案を作成します。 ケアプランは利用するサービスにより介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）、介護予防ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメント）のいずれかを実施します。 ケアプランの作成にあたり、担当職員に対し複数のサービス事業所等の紹介を求めることが出来ます。また、ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、その選定理由の説明を求めることも出来ます。 ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明を行います。 必要があれば変更を行い、文書により同意を得ます。
介護予防サービス・支援計画作成後の便宜の供与	ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者及び関係機関等との連絡調整を行います。
介護予防サービス・支援計画の評価	担当職員は、ケアプランに位置づけた期間が終了するときは、ケアプランの目標達成状況について評価を行います。 （※介護予防ケアマネジメント C は原則不要）
介護保険施設の紹介	利用者が自宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には必要な支援や情報提供を行います。

② 利用料金

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として自己負担はありません。ただし、介護保険料を滞納している場合、利用料を自己負担していただくことがあります。

提 供 す る サ ー ビ ス の 種 類	利 用 料 金
介護予防支援 i 介護予防サービス計画 介護予防ケアマネジメント ii ケアマネジメント A iii ケアマネジメント C	4, 5 1 2 円/月 ※ケアマネジメント C は開始月のみ
初回加算 (i . ii のみ)	3, 0 6 3 円/回
委託連携加算	3, 0 6 3 円/回

6 秘密保持

担当職員、管理者及びその関係者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を、現職にあるときも、職を退いた後においても、正当な理由なく第三者に漏らしません。

7 虐待の防止

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、虐待防止のための指針の整備や定期的な研修を実施します。

8 衛生管理

当事業所では、感染症が発生又はまん延しないように、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備や定期的な研修等を実施します。

9 業務継続計画の策定等

当事業所では、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する業務の継続的な実施及び早期の再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に従って定期的な研修の実施など必要な措置を講じます。

10 業務委託先居宅介護支援事業所

当事業所では、業務委託内容の一部又は全部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。事業所の選定について利用者と協議の上決定します。

所在地	
事業所名	

11 相談窓口・苦情窓口

① 当事業所に対する苦情や相談は以下の相談窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	電話番号	0533-89-8820
	FAX 番号	0533-89-8812
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・12/29～1/3は除く) 午前8:30～午後5:15
	名称	豊川市南部地域包括支援センター

② 公的機関においても次の機関において苦情申出等を行うことができます。

東三河広域連合	所在地	豊橋市八町通二丁目16番地
	所管	介護保険課
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前8:30～午後5:15
	電話番号	0532-26-8471

愛知県国民健康保険団体連合会	所在地	名古屋市東区泉一丁目6番5号
	所管	介護福祉室
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前9:00～午後5:00
	電話番号	052-971-4165

12 緊急及び事故発生時の対応

サービスの提供により、体調の急変や事故が発生した場合は速やかに、東三河広域連合、市町村、利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	電話番号	
	携帯電話	

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、
上記の通り重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

社会福祉法人豊川市社会福祉協議会
説明者職名 豊川市南部地域包括支援センター

氏 名 _____ 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上
記の通り重要事項の説明を受けました。

また、サービスの提供及びサービス担当者会議等において、豊川市南部地域
包括支援センターが私及び私の家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

1 事業者

法人名	社会福祉法人 豊川市社会福祉協議会
法人所在地	愛知県豊川市諏訪3丁目242番地
電話番号	0533-83-5211
代表者氏名	会長 権田 晃 範
運営主体の設立年月	昭和43年11月26日

2 事業所の概要

事業所の名称	豊川市北部地域包括支援センター
介護保険指定番号	2302600016
事業所の所在地	愛知県豊川市平尾町親坂36
電話番号	0533-88-7260
管理者名	小杉 理恵子
開設年月	平成18年4月1日
サービス提供地域	豊川市(中部中校区・代田中校区・金屋中校区)
事業の目的	利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことが出来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 職員の体制

職種	常勤	非常勤	合計
事業所長(管理者)	1人(兼務)	0人	1人
保健師等	2人	1人	3人
主任介護支援専門員	6人	0人	6人
介護支援専門員	0人	0人	0人
社会福祉士	3人	0人	3人

4 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日及び第3土曜日とその翌日の日曜日 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く
営業時間 (窓口対応可能時間)	月曜日～金曜日及び第3土曜日とその翌日の日曜日 午前8時30分～午後5時15分 ただし、祝日法による休日と12/29～1/3を除く

5 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとして次のサービスを提供します。

① 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容

内 容	提 供 方 法
介護予防サービス・支援計画の作成	利用者の居宅を訪問して、情報を収集し、解決すべき問題を把握したうえで、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）の原案を作成します。 ケアプランは利用するサービスにより介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）、介護予防ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメント）のいずれかを実施します。 ケアプランの作成にあたり、担当職員に対し複数のサービス事業所等の紹介を求めることが出来ます。また、ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、その選定理由の説明を求めることも出来ます。 ケアプランの原案に位置づけたサービスについて、保険給付の対象となるサービスと対象とならないサービス（自己負担）を区分して、それぞれ種類、内容、利用料等を利用者やその家族に説明を行います。 必要があれば変更を行い、文書により同意を得ます。
介護予防サービス・支援計画作成後の便宜の供与	ケアプランの目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者及び関係機関等との連絡調整を行います。
介護予防サービス・支援計画の評価	担当職員は、ケアプランに位置づけた期間が終了するときは、ケアプランの目標達成状況について評価を行います。 （※介護予防ケアマネジメント C は原則不要）
介護保険施設の紹介	利用者が自宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には必要な支援や情報提供を行います。

② 利用料金

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として自己負担はありません。ただし、介護保険料を滞納している場合、利用料を自己負担していただくことがあります。

提 供 す る サ ー ビ ス の 種 類	利 用 料 金
介護予防支援 i 介護予防サービス計画 介護予防ケアマネジメント ii ケアマネジメント A iii ケアマネジメント C	4, 5 1 2 円/月 ※ケアマネジメント C は開始月のみ
初回加算 (i . ii のみ)	3, 0 6 3 円/回
委託連携加算	3, 0 6 3 円/回

6 秘密保持

担当職員、管理者及びその関係者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を、現職にあるときも、職を退いた後においても、正当な理由なく第三者に漏らしません。

7 虐待の防止

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、虐待防止のための指針の整備や定期的な研修を実施します。

8 衛生管理

当事業所では、感染症が発生又はまん延しないように、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備や定期的な研修等を実施します。

9 業務継続計画の策定等

当事業所では、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する業務の継続的な実施及び早期の再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画に従って定期的な研修の実施など必要な措置を講じます。

10 業務委託先居宅介護支援事業所

当事業所では、業務委託内容の一部又は全部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。事業所の選定について利用者と協議の上決定します。

所在地	
事業所名	

11 相談窓口・苦情窓口

① 当事業所に対する苦情や相談は以下の相談窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	電話番号	0533-88-7260
	FAX番号	0533-88-7261
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・12/29～1/3は除く) 午前8:30～午後5:15
	名称	豊川市北部地域包括支援センター

② 公的機関においても次の機関において苦情申出等を行うことができます。

東三河広域連合	所在地	豊橋市八町通二丁目16番地
	所管	介護保険課
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前8:30～午後5:15
	電話番号	0532-26-8471

愛知県国民健康保険団体連合会	所在地	名古屋市東区泉一丁目6番5号
	所管	介護福祉室
	受付時間	月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く) 午前9:00～午後5:00
	電話番号	052-971-4165

12 緊急及び事故発生時の対応

サービスの提供により、体調の急変や事故が発生した場合は速やかに、東三河広域連合、市町村、利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	電話番号	
	携帯電話	

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、
上記の通り重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

社会福祉法人豊川市社会福祉協議会

説明者職名 豊川市北部地域包括支援センター

氏 名 _____ 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上
記の通り重要事項の説明を受けました。

また、サービスの提供及びサービス担当者会議等において、豊川市北部地域
包括支援センターが私及び私の家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印