

**介護予防支援及び
介護予防ケアマネジメント
重要事項説明書**

美濃加茂市東部長寿支援センター

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

運営主体の名称	(フリガナ) シャカイクシホウジンジケイカイ 社会福祉法人慈恵会	
運営主体の所在地	〒505-0011	
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0574-25-0609	FAX 0574-28-4511
ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	
運営主体の代表者氏名	社会福祉法人 慈恵会 理事長 山田實紘	
(フリガナ) 事業所名	ミノカモシトウブチョウジュシエンセンター 美濃加茂市東部長寿支援センター	
管理者の役職・氏名	管 理 者 センター長 加藤 文代	

事業所の所在地	〒505-0011 岐阜県美濃加茂市下米田町81番地の2	
交通の方法	自動車	
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0574-50-1777	FAX 0574-50-1788
ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	http://www.jikeikai-sawayaka.jp/
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・なし
介護保険の指定番号	2101200059	
指定年月日	(西暦) 2015 年 4 月 1 日	
指定更新年月日	(西暦) 年 月 日	

2. 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			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	1人	人	人	人	人	1人
	所属する 主任介護支援 専門員の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	1人	人	人	人	人	1人
	所属する社会 福祉士等の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	1人	人	人	人	人	1人
	所属するその他の 職員の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	1人	人	人	人	人	1人
サービス従業者の健康 診断の実施の有無	有 ・ 無							
常勤職員の 所定労働時間	1 週間当たり			39.5 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～金曜	8:30～17:00	土曜	休業	日曜・ 祝日	休業
	特記事項	但し、電話連絡は24時間対応可能です。				
サービス提供地域	古井小学校・下米田小学校区域					
担当している予防給付及び総合事業の対象者数	要支援1(53名) 要支援2(95名) 事業対象者(10名)		平成 31年4月1日現在			
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 社会福祉法人慈恵会サービスセンター				
		連絡先電話番号 (0574- 23-0380)				
		対応時間 (8:30 ~ 17:00)				
	行政に設置された苦情・相談対応窓口	名称 美濃加茂市介護保険課介護保険係				
		連絡先電話番号 (0574-25-2111)				
		対応時間 (8:30 ~ 17:15) (土日祝日を除く)				
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 岐阜県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情相談係					
	連絡先電話番号(058-275-9826)					
	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及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には速やかに事業所、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、美濃加茂市に報告します。					
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得ます。					
利用料	基本的に利用者負担はありませんが、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。					

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの委託の有無	(<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし)
委託先の居宅介護支援事業者	(別紙一覧添付)

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、重要な事項を説明しました。

事業所所在地 岐阜県美濃加茂市下米田町東栢井 81 番地の 2

名 称 美濃加茂市東部長寿支援センター

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します。また、私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護予防サービス等の提供を受けるに当たって、担当職員と介護予防サービス事業者等との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)ほか、居宅介護支援事業所又は介護予防サービス事業所等との連絡調整に必要な場合
- (3) 現に介護予防サービス等の提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス・支援計画に掲載されている介護予防サービス事業所等
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

(本人) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

[説明確認欄]

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。

事業所所在地 岐阜県美濃加茂市下米田町東栃井 81 番地の 2

名 称 美濃加茂市東部長寿支援センター

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します。また、私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護予防サービス等の提供を受けるに当たって、担当職員と介護予防サービス事業者等との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)ほか、居宅介護支援事業所又は介護予防サービス事業所等との連絡調整に必要な場合
- (3) 現に介護予防サービス等の提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス・支援計画に掲載されている介護予防サービス事業所等
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

(本人) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊦

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊦