

「指定介護予防支援」重要事項説明書

1. 事業所の概要

運営主体の法人名 (事業者名)	(フリガナ) シャカイフクシホウジン	ドウホウカイ
	社会福祉法人	同朋会
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	岐阜県山県市大桑 3615 番地 1	
代表電話番号・FAX番号	TEL 0581-22-6001	FAX 0581-22-6005
運営主体の開設年月	平成 8 年 5 月 1 日	
事業所長氏名	井上 祐子	
事業所名	(フリガナ)ドウホウカイザイタクカイゴシエンセンター	同朋会在宅介護支援センター
管理者の役職・氏名	主任介護支援専門員 中村 はるみ	
事業所の所在地	岐阜県山県市大桑 3615 番地 1	
代表電話番号・FAX番号	TEL 0581-22-6003	FAX 0581-22-6005
営業日	月～金 8 時 45 分～17 時 45 分 土、日曜日、国民の祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日は除く 電話受付は 24 時間 365 日実施	
介護保険の指定番号	2170800037	
指定年月日	令和 6 年 7 月 1 日	

2. 主な職員の配置状況 ※職員配置については指定を遵守しています。

職種	基礎資格	職員数	職務の内容
1.事業所長	施設長	1名(兼務)	事務所の管理
2.管理者 (主任介護専門員)	介護福祉士	1名(常勤)	管理 介護支援業務
3.介護支援専門員 (主任介護支援専門員 3 名、介護支援専門員 2 名)	介護福祉士 社会福祉士 看護師	3名(常勤) 1名(常勤) 1名(兼務)	介護支援業務

3、サービスの内容等に関する事項

<p>営業時間 (窓口対応可能時間)</p>	<p>月～金曜</p>	<p>8 : 45 ~ 17 : 45</p>
<p>サービス提供地域</p>	<p>山県市内</p>	
<p>苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間</p>	<p>名称</p>	<p>同朋会在宅介護支援センター</p>
	<p>苦情受付窓口(担当者)</p>	<p>中村 はるみ</p>
	<p>連絡先電話番号</p>	<p>(0581 - 22 - 6003)</p>
	<p>対応時間</p>	<p>(8 : 45 ~ 17 : 45)</p>
	<p>名称</p>	<p>山県市役所 健康介護課</p>
	<p>連絡先電話番号</p>	<p>(0581 - 22 - 6838)</p>
	<p>対応時間</p>	<p>(8 : 30 ~ 17 : 15)</p>
	<p>名称</p>	<p>岐阜県国民健康保険団体連合会</p>
	<p>連絡先電話番号</p>	<p>(058 - 275 - 9826)</p>
<p>対応時間</p>	<p>(9 : 00 ~ 17 : 00) (土日祝日を除く)</p>	
<p>事故発生時の対応</p>	<p>担当職員は、利用者に対する指定介護予防支援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。</p>	
<p>秘密の保持</p>	<p>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。</p>	
<p>利用料</p>	<p>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。</p>	

個人情報利用同意書

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との連絡調整のために必要な場合
- (3)現に介護予防サービスのサービス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)介護予防サービス計画に掲載されている介護予防サービス事業所
- (2)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。

以上

介護予防支援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。

事業所名 同朋会在宅介護支援センター

説明者名 介護支援専門員

私は、本書面により、事業者から介護予防支援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、また、個人情報の利用についても同意します。

年 月 日

利用者 (本人)	住所	
	氏名	
家族	住所	
	氏名	