

重要事項説明書

(指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業用)

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 アンシンカイ 社会福祉法人 安心会	
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	埼玉県所沢市東狭山ヶ丘5丁目928-1	
代表電話番号 FAX番号	TEL 04-2921-5522	FAX 04-2921-5533
ホームページアドレス	あり・なし	http://www.anshin.or.jp
運営主体の開設年月	(西暦) 1996年4月	
運営主体の代表者氏名	理事長 片居木 裕明	
(フリガナ) 事業所名	シントコロザワヒガシチイキホウカツシエンセンター 新所沢東地域包括支援センター	
管理者の役職・氏名	センター長 清水 路子	
事業所の所在地	埼玉県所沢市松葉町11-1 マルハビル5階	
交通の方法	西武新宿線 新所沢駅東口下車 徒歩2分	
代表電話番号 FAX番号	TEL 04-2968-8899	FAX 04-2968-7789
ホームページアドレス	あり・なし	
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	
介護保険事業者番号	1102500087	
指定年月日	(西暦) 2006年4月1日	
指定更新年月日	(西暦) 2018年4月1日	
運営の方針と事業所の特色など	当事業所は、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士、の専門スタッフが、ご利用者様の自立支援に向けた、介護予防支援(介護予防サービス計画)にあたります。	

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 保健師及び看護師 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	1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	1人	人	人	人	1人
	所属する 社会福祉士 の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		1人	人	1人	人	人	人	1人
	所属する 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	
		1人	人	1人	人	1人	1人	1.4人
常勤職員の所定 労働時間	1週間あたり			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)	月曜～金曜	午前9時00分～午後5時00分 (祝日・年末年始を除く)
	特記事項	上記営業時間外は転送電話にて対応
サービス提供地域	所沢市 新所沢東圏域	
担当している予防給付等の対象者数	要支援1 (名) 要支援2 (名) 事業対象者 (名) (年 月 日現在)	
損害賠償保険へ加入 その他 ()	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 賠償責任保険	
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 新所沢東地域包括支援センター センター長
		連絡先電話番号 (04-2968-8899)
		対応時間 (午前9時00分～午後5時00分) (土日祝日・年末年始を除く)
	外部に設置された 苦情・相談対応窓口	名称 所沢市役所 介護保険課 連絡先電話番号 (04-2998-9420)
		名称 所沢市役所 高齢者支援課 連絡先電話番号 (04-2998-9120)
		対応時間 (午前8時30分～午後5時15分) (土日祝日・年末年始を除く)
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 埼玉県国民健康保険団体連合会	
	連絡先電話番号 (048-824-2568)	
	対応時間 (午前8時30分～午後5時00分) (土日祝日・年末年始を除く)	
事故発生時の対応	担当職員は、利用者に対する介護予防支援等の提供により事故が発生した場合には、速やかに市・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。
利 用 料	原則として、利用者負担はありませんが、保険料の滞納等により利用料の支払方法が変更される場合もあります。
介護予防支援等の委託の有無	(<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし)
委託先の居宅介護支援事業者	
医療機関との連携	病院へご入院となった際には、医療機関との連携の観点から、担当のケアマネジャーの氏名を、入院先にお伝えいただくようお願いいたします。

□ 個人情報の利用（提供について）

私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、担当職員と指定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指定介護予防サービス事業者等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
- (4) 自立支援型ケアマネジメントの推進のために、介護保険法に基づく会議（地域ケア個別会議）による検討を行う場合

2 個人情報を提供する事業所等

- (1) 介護予防サービス計画等に掲載されている介護予防サービス等事業所
- (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）
- (4) 所沢市

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

介護予防サービス等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 新所沢東地域包括支援センター

所在地 埼玉県所沢市松葉町11-1 マルハビル5階

説明者氏名 _____ ㊞

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、必要な個人情報の利用（提供）も含め、介護予防支援等の提供開始に同意します。

年 月 日

本人 (利用者)	住所	
	氏名	㊞
代理人 (家族)	住所	
	氏名	㊞ (利用者本人との続柄)