

介護予防支援サービス・介護予防ケアマネジメント

重要事項説明書

潮来市地域包括支援センター

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

運営主体の法人名 (事業者名)	(フリガナ) シャカイフクシ ホウジン イタコシ シャカイフクシ キョウギカイ 社会福祉法人 潮来市社会福祉協議会
法人の種類	社会福祉法人
運営主体の所在地	茨城県潮来市辻765番地
代表電話番号	TEL 0299 - 63 - 1296
FAX 番号	FAX 0299 - 63 - 1265
ホームページアドレス	あり・ なし https://www.itakoshakyo.or.jp/
運営主体の代表者氏名	潮来市社会福祉協議会 会長 市川 隆男
(フリガナ) 事業所名	イタコシ チイキ ホウカツ シエン センター 潮来市地域包括支援センター
管理者の役職・氏名	センター長 茂木 衛
事業所の所在地	茨城県潮来市辻765番地
代表電話番号	TEL 0299 - 63 - 1288
FAX 番号	FAX 0299 - 63 - 1265
ホームページアドレス	あり・ なし https://www.itakoshakyo.or.jp/
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先 あり ・なし
介護保険の指定番号	0802300020
指定年月日	(西暦) 2008年 4月 1日
運営の方針と事業所の 特色など	潮来市社会福祉協議会内設置のため、公共機関等との連携が迅速である。

2. 職員の体制に関する事項

(令和7年4月1日付 改定)

	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	
所属する担 当職員 の 人数・構成	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	
		2人	2人				2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	
		2人	2人				2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	
		2人	2人				2人	
	所属するその他の 職員の数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		1人					0.75人	
サービス従業者の健康診断の実施の有無		あり・ なし						
常勤職員の所定労働時間		1週間当たり 38時間45分						

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）	（土日祝日を除く） 8：30 ～17：15	
サービス提供地域	潮来市全域	
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：潮来市地域包括支援センター 電話：0299-63-1288 対応時間：土日祝日を除く 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：茨城県国民健康保険団体連合会 電話：029-301-1565 対応時間：土日祝日を除く 9：00～17：00
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サービス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管理者に報告し、潮来市、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。また、担当職員でなくなった後においてもこれら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。	
虐待の防止に関する事項	<p>1. 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。</p> <p>①高齢者虐待防止検討委員会の開催 ②虐待防止のための指針の整備 ③虐待防止するための研修の実施 ④高齢者虐待防止担当者の配置</p> <p>2. 事業所は、当該担当職員又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに潮来市に通報します。</p>	
身体拘束	事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の心身の状況や緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録します。	
業務継続計画	事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に必要なサービス提供を継続的に実施するための「業務継続計画」を策定し、必要な措置を講じるものとします。担当職員に対し、業務継続計画の周知と必要な研修及び訓練を定期的実施します。	
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・介護予防ケアマネジメント委託の有無	あり ・ なし	

介護予防支援サービス・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 潮来市地域包括支援センター
所在地 茨城県潮来市辻765
説明者氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防支援サービス・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。

利用者	住所		電話番号	
	氏名			
代理人	住所		電話番号	
	氏名			

個人情報利用同意書

私は（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) 介護予防支援サービス・介護予防ケアマネジメント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・地域ケア会議において、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のために必要な場合
- (3) 現に介護予防サービス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) 介護予防支援サービス計画・介護予防ケアマネジメント計画に掲載されている介護予防サービス事業所
- (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）

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

令和 年 月 日

事業所名称 潮来市地域包括支援センター

(本人) 住所	
氏名	印
(家族) 住所	
氏名	印