指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

1. 事業所の概要

運営主体の法人名（事業者名）	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝﾐﾜｶｲ 社会福祉法人　三輪会	
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	岐阜市三輪776番地2	
代表電話番号・FAX番号	TEL　058－229－3224	FAX　058－229－3253
運営主体の開設年月	（西暦）　1984　年　　12　月	
運営主体の代表者氏名	壷阪善樹	
事業所名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ﾔﾏｶﾞﾀｼﾎｸﾌﾞﾁｲｷﾎｳｶﾂｼｴﾝｾﾝﾀｰ 山県市北部地域包括支援センター	
管理者の役職・氏名	井戸麻友美	
事業所の所在地	山県市中洞420－2	
代表電話番号・FAX番号	TEL　0581－52－3340	FAX　0581－52－3341
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	2100800032	
指定年月日	（西暦）　2017　年　　4　月　　1　日	

2. 職員の体制に関する事項

<table>
<tr><td rowspan="8">所属する担当職員の人数･構成</td><td rowspan="2">所属する保健師の人数</td><td colspan="2">常勤</td><td colspan="2">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>1人</td><td>計
人</td><td>人</td><td>計
人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">所属する主任介護支援専門員の人数</td><td colspan="2">常勤</td><td colspan="2">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>1人</td><td>計
人</td><td>人
人</td><td>計
人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">所属する社会福祉士の人数</td><td colspan="2">常勤</td><td colspan="2">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>1人</td><td>計
人</td><td>人</td><td>計
人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">所属するその他の職員の人数</td><td colspan="2">常勤</td><td colspan="2">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>人</td><td>計
人</td><td>1人</td><td>計
人</td></tr>
</table>

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～土曜	8 ： 30 ～ 17 ： 30
サービス提供地域	山県市 （美山地域）	
苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間	名称　　山県市役所　福祉課 連絡先電話番号　（ 0581 － 22 － 6837 ） 対応時間　　（ 8 ： 30 ～ 17 ： 15 ）	
	名称　　山県市北部地域包括支援センター 連絡先電話番号　（ 0581 － 52 － 3340 ） 対応時間　　（ 8 ： 30 ～ 17 ： 30 ）	
	名称　　岐阜県国民健康保険団体連合会 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・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。	
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	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もあります。	

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、第一号指定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、第一号指定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、第一号指定事業所の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、第一号指定事業所

（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

介護予防支援・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。

所在地　　山県市中洞420－2

事業所　　山県市北部地域包括支援センター

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

令和　　年　　月　　日

利用者 （本人）	住 所	
	氏 名	
家 族	住 所	
	氏 名	