

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

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント提供における重要事項について、以下のとおり説明します。

1. 事業所の概要

運営法人(事業者)名称	財団新和会(ザイダンシンワカイ)	
法人の種類	社会医療法人	
法人の所在地	安城市住吉町二丁目2番7号	
法人の電話・FAX	TEL 0566-97-8111	FAX 0566-98-6191
ホームページアドレス	http://www.yachiyo-hosp.jp/	
法人の開設年月	(西暦) 1990年 6月	
法人の代表者の氏名	(理事長) 弥 政 晋 輔	
(フリガナ) 事業所の名称	アンジョウシチイキホウカツシエンセンターサトマチ 安城市地域包括支援センターさとまち	
事業所管理者の氏名	水 野 崇	
事業所の所在地	安城市里町畑下62番地 (老人保健施設さとまち内)	
事業所までの交通方法	あんくるバス(市内巡回)	
事業所の電話・FAX	TEL 0566-96-3512	FAX 0566-96-3517
ホームページアドレス	http://www.satomachi.com	
事業所の指定番号	2303100107	
指定年月日	(西暦) 2018年 4月 1日	
指定更新年月日	(西暦) 2024年 4月 1日	
事業の概要	介護保険法等関連法令等に従い、ご利用様が可能な限り居宅において、心身の状況や置かれている環境に応じて、ご利用様の選択に基づき、自立した日常生活を営むことができるよう適切な福祉サービス等が総合的かつ効率的に提供されるよう支援します。	
指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供方法	① 相談は地域包括支援センター又は利用者の自宅にてお受けします。 ② サービス担当者会議の開催(必要に応じて) ③ 担当職員による居宅訪問又は電話等により連絡を行います。 ④ モニタリングの結果記録	

2. 職員の体制に関する事項

職種	員数	職務内容
管理者	1人	従業者の管理、利用の申し込みに係る調整及び業務の実施状況の把握、指揮命令等を一元的に行う
担当職員	1人以上	保健師又は経験のある看護師
		主任介護支援専門員
		社会福祉士
		介護支援専門員
事務職員等	必要に応じて配置	必要な事務を行う
サービス従業者の健康診断の実施の有無		有
常勤職員の所定労働時間		1週間当たり 40時間

3. 介護予防支援及び介護ケアマネジメントに関する事項

営業時間 (窓口対応可能時間)	営業日	月曜～土曜、但し12月31日～1月2日は除く
	営業時間	午前8時45分～午後5時30分
サービス提供区域	安城市東山中学校区	
損害保険等への加入	あり	
苦情・相談窓口の名称・ 連絡先・対応時間	事業所又は法人に設置されたの苦情・相談窓口	名称 安城市地域包括支援センターさとまち
		電話 0566-96-3512
		時間 8:45～17:30
	安城市の苦情・相談窓口	名称 安城市福祉部高齢福祉課介護保険係
		電話 0566-71-2290
		時間 8:30～17:15 ※(土日祝日等は除く)
	愛知県国民健康保険団体連合会(国保連)の苦情・相談窓口	名称 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係
		電話 052-971-4165
		時間 9:00～17:00 ※(土日祝日等は除く)
備考 国保連は、介護予防支援に関する苦情・相談の窓口のみとなります。		
事故発生時の対応	事業所は、ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講ずるとともに、安城市及びご利用者様のご家族様等に報告、連絡します。	

秘密の保持	事業所は、業務上知り得たご利用者様及びそのご家族様の個人情報等の秘密を守ります。このことは、その職を退いた後においても同様です。なお、サービス提供において他のサービス事業所等に個人情報を提供する必要がある場合は、あらかじめ個人情報利用同意書により同意を得るものとします。
利用料	基本的に利用料はありませんが、介護保険料の滞納があるときは、いったん利用者負担が発生することがあります。その場合、国が定める金額をお支払いいただき、後日、保険者(安城市)へ払い戻しの手続きが必要となります。
その他運営に関する重要事項	利用者は、担当職員に対して複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることができます。また、介護予防サービス原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることもできます。
虐待の防止・身体拘束適正化	事業所は、利用者の虐待の防止及び身体拘束等の適正化の推進のため、必要な体制の整備を行うと共に、職員に対し研修を実施する等の措置を講じるものとする。
ご利用にあたってのお願い	1、介護保険証や医療受給者証等を確認させていただきます。保険証等の内容が変更された場合は、必ずご連絡ください。 2、職員訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。 3、見守りカメラの設置、職員の写真を撮影、録音をする場合、個人情報保護法に準じて事前に事業所の同意を受けてください。許可を受けて撮影された写真や動画、録音などを無断でSNS等に掲載することや事業所の職員に対しての暴言・暴力(疾病等による症状は除く)・嫌がらせなどのハラスメント行為、誹謗中傷などの迷惑行為はお控え下さい。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント提供における重要事項について説明しました。

令和 年 月 日

事業所

所在地：安城市里町畑下62番地

名称：安城市地域包括支援センターさとまち

説明者氏名：_____

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント提供における重要事項について説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

同意日	令和 年 月 日	氏名	
代筆者	氏名	(代筆された場合のみ記名ください)	続柄