

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

この「重要事項説明書」は、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 37 号)」第 4 条の規定に基づき、介護予防の提供の開始に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

大村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

設置者名	大 村 市	
運営主体の所在地	大村市玖島1丁目25番地	
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0957-53-4111	FAX 0957-53-1978
ホームページアドレス	https:// www.city.omura.nagasaki.jp	
運営主体の開設年月	平成18年4月1日	
運営主体の代表者氏名	大村市長 園田 裕史	
(フリガナ) 事業所名	オオムラシチイキホウカツシエンセンター 大 村 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	
管理者の役職・氏名	大村市地域包括支援センター長 城代 文香	
事業所の所在地	大村市本町458番地2	
代表電話番号・FAX 番号	TEL 0957-53-8141	FAX 0957-53-8348
緊急連絡先	時間外でも 連絡可能な 緊急連絡先	代表電話 0957-53-8141から転送します。
介護保険の指定事業所番号	No.4200500017	
指定年月日	平成18年 4 月 1 日	
事業の目的	要支援状態にある又は要支援状態になるおそれがある利用者に対し、適正な指定介護予防支援を提供する。	
運営の方針	1 利用者が可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう配慮します。 2 利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。 3 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者に提供される介護予防サービス及び総合事業サービスが特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。なお、必要な場合は、介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を行います。 4 事業の運営に当たっては、大村市、医療機関、他の居宅介護支援事業者、介護予防サービス事業者等の連携に努めます。	

2 事業所の職員体制

職 種	人数
管理者	1名
主任介護支援専門員、社会福祉士等、 保健師等、介護支援専門員等	12名以上
事務担当職員	1名以上

3 サービスの内容等に関する事項

業務日及び業務時間	月曜日から金曜日まで 8時30分から17時15分まで	
非業務日	① 土曜日、日曜日 ② 祝日(国民の祝日に関する法律に規定される日) ③ 1月1日から1月3日まで及び12月29日から12月31日まで	
特記事項	上記に掲げる日においても緊急等を要する場合は電話等において対応いたします。	
サービス提供地域	大村市内全域	
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 大村市地域包括支援センター
		連絡先電話番号(0957-53-8141)
		対応時間 (8:30 ~ 17:15) (土日祝日を除く。)
		名称 大村市長寿介護課
		連絡先電話番号(0957-20-7301)
		対応時間 (8:30 ~ 17:15) (土日祝日を除く。)
	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 長崎県国民健康保険団体連合会 連絡先電話番号(095-826-1599) 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、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。
第三者評価の実施状況	大村市地域包括支援センター運営協議会において実施します。
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の委託の有無	有り
委託先の居宅介護支援事業者	

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供開始に当たり、利用者に対し本書面にに基づき、重要事項について説明しました。

令和 年 月 日

事業所名 大村市地域包括支援センター

説明者氏名

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書同意書

私は、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の書面に基づき、事業者から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書の交付及び説明を受け、同意します。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	
代理人	住所	
	氏名	