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

大垣市地域包括支援センターお勝山

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	（フリガナ）シャカイフクシホウジン　オオガキシシャカイフクシジギョウダン 社会福祉法人　大垣市社会福祉事業団
運営主体の所在地	〒５０３－００３１　　大垣市牧野町２丁目１５０番地１
代表電話番号	０５８４－７１－３９１８
ホームページアドレス	［ある］　・　なし　　https://ogaki-fukushi.jp
運営主体の代表者氏名	理事長　　北　野　　茂　樹
（フリガナ） 事業所名	オオガキシチイキホウカツシエンセンターオカチヤマ 大垣市地域包括支援センターお勝山
管理者	松岡　敬洋

事業所の所在地	〒５０３－００３１　　大垣市牧野町２丁目１５０番地１ 〈お勝山ふれあいセンター内〉	
交通の方法	ＪＲ東海道本線／美濃赤坂線 美濃赤坂駅より徒歩１５分	
代表電話番号・ FAX 番号	TEL　０５８４－７１－５５３６	FAX　０５８４－７１－５１８１
ホームページアドレス	［ある］　・なし　　https://ogaki-fukushi.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	２１０２１００００３５	
指定年月日	（西暦）　２０１５年　４月　１日	
指定更新年月日	（西暦）　２０２１年　４月　１日	

２．職員の体制に関する事項

所属する担当職員 の構成	○ 保健師または経験のある看護師　　○主任介護支援専門員 ○ 社会福祉士
サービス従業者の健康診断の実施の有無	［有］　・　無
常勤職員の所定労働時間	１週間当たり　　４０時間

3. サービスの内容等に関する事項

<table>
<tr><td rowspan="2">営業時間
（窓口対応可能時間）</td><td>月～金曜</td><td>8：30～17：15</td><td>土曜</td><td>休業</td><td>日曜・祝日</td><td>休業</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="5">但し、緊急の場合の電話連絡は２４時間対応可能です。</td></tr>
<tr><td>サービス提供地域</td><td colspan="6">大垣市北西地区（宇留生・赤坂・青墓）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間</td><td rowspan="3">事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口</td><td colspan="5">名称　　大垣市地域包括支援センターお勝山</td></tr>
<tr><td colspan="5">連絡先電話番号（０５８４－７１－５５３６）</td></tr>
<tr><td colspan="5">対応時間　　（8：３０～１７：１５）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">国保連苦情・相談対応窓口（介護サービス苦情相談窓口）</td><td colspan="5">名称　　岐阜県国民健康保険団体連合会</td></tr>
<tr><td colspan="5">連絡先電話番号（０５８－２７５－９８２６）</td></tr>
<tr><td colspan="5">対応時間　　（9：００～１７：００）土日祝日を除く</td></tr>
<tr><td>事故発生時の対応</td><td colspan="6">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大垣市、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。</td></tr>
<tr><td>秘密の保持</td><td colspan="6">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得ます。</td></tr>
<tr><td>利用料</td><td colspan="6">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。</td></tr>
<tr><td>サービスの選定について</td><td colspan="6">介護予防サービス計画の作成にあたっては、利用者からの求めに応じて複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介や、計画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行います。</td></tr>
<tr><td>介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託の有無</td><td colspan="6">（ あり ・ なし ）委託先の居宅介護支援事業者については別添一覧のとおり</td></tr>
</table>

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。

事業所所在地　　大垣市牧野町２丁目１５０番地１

名　　称　　大垣市地域包括支援センターお勝山

説明者氏名

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す。

また、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あたり、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等において、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）の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により医療機関での診療を受けることとなった場合や入退院時等、担当職員から医師・看護師等へ説明や情報提供を行う必要がある場合

（４）　介護予防サービス計画に医療サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護）を位置付ける場合等において、担当職員から主治の医師等の意見を得る場合

２　個人情報を提供する対象

（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等

（２）　受託した居宅介護支援事業所

（３）　医療機関（主治の医師等）

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

社会福祉法人　大垣市社会福祉事業団　理事長　　北野　茂樹　様

令和　　年　　月　　日

（本人）住　所	
氏　名	
（代理人）住　所	
氏　名	