

「指定介護予防」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(各務原市指定 第 2100500079 号)

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	4
7. 事故発生時の対応について	5
8. 秘密の保持について	5
9. 虐待防止について	5
10. 個人情報の取扱について	5

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 羽島郡福寿会
- (2) 法人所在地 岐阜県羽島郡笠松町田代 621 番地の 2
- (3) 電話番号 058-388-5222
- (4) 代表者氏名 理事長 岩井 弘栄
- (5) 設立年月 平成5年12月10日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防支援事業所
- (2) 事業の目的 指定介護予防支援事業所は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して指定介護予防支援を提供いたします。
- (3) 事業所の名称 各務原市地域包括支援センター リバーサイド川島園
平成18年4月1日指定 各務原市指定 2100500079 号
- (4) 事業所の所在地 岐阜県各務原市川島河田町 1348 番地
- (5) 電話番号 0586-89-2979
- (6) 事業所長（管理者）氏名 矢野 泰嗣
(主任ケアマネージャー)
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の介護予防に資するよう、医療サービスとの連携に十分配慮するとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標指向型の計画を策定します。
- (8) 開設年月 平成18年4月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 各務原市川島地区
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	土・日・祝日および12/30～1/3を除く毎日
受付時間	0:00～24:00
サービス提供時間帯	8:30～17:30

特別養護老人ホームリバーサイド川島園との連携によりサービス提供時間以外は、受付のみとなります。

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防支援を提供する職員として、以下の職種の担当職員を配置しています。

担当職員	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長（管理者）	1			名	主任介護支援専門員が兼務
2. 看護師	1		1	1名	介護予防支援・相談
3. 主任介護支援専門員	1		1	1名	介護予防支援・相談
4. 社会福祉士	1		1	1名	介護予防支援・相談
5. 認知症地域支援専門員	1			名	社会福祉士が兼務

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。
（例）週8時間勤務の介護支援専門員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者の負担はありません。

申し込みからサービス提供までの流れ

（1）介護予防サービス・支援計画書の作成

- ・利用者のご家庭を訪問し、ご契約者の心身の状況、おかれている環境等を把握したうえで、サービス事業者及び関係機関等が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、介護予防サービス・支援計画書を作成します。
- ・サービス事業者の選定に関しては、複数のサービス事業者の紹介をし、利用者へ決定して頂きます。
- ・介護予防サービス・支援計画書に位置付けたサービス事業者の選定理由を利用者に十分な説明を行います。

（2）介護予防サービス・支援計画書作成後の便宜の供与

- ・利用者及びそのご家族等、サービス事業者及び関係機関等との連携を密に行い、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握します。
- ・介護予防サービス・支援計画書の目標に沿ってサービスが提供されるよう、サービス事業者及び関係機関等との連絡調整を行います。

（3）介護予防サービス・支援計画書の変更

- ・利用者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望した場合、またはサービス事業者及び関係機関等が介護予防サービス・支援計画書の変更が必要と判断した場合は、サービス事業者及び関係機関等と利用者双方の合意に基づき、介護予防サービス・支援計画書を変更します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

社会福祉法第82条の規定により、当事業所では利用者やご家族の皆様からの苦情に適切対応する体制を、次のように整えております。

当事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めることとしています。

○ 苦情解決責任者	岩 田 智 也 (リバーサイド川島園施設長)
○ 苦情受付担当者	可 児 幽 (特別養護老人ホーム・生活相談員)
苦情受付副担当者	星 健 吾 (居宅介護支援センター・マネージャー)
	松 原 幸 義 (デイサービスセンター・生活相談員)
☆ 窓口受付時間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
電話番号	0586-89-5611
F A X	0586-89-5614
☆ 苦情面接、電話、書面などにより苦情受付担当者又は苦情受付副担当者が随時受け付けます。	
☆ また、苦情受付ボックスとしてリバーサイド川島園の喫茶コーナーに「ご意見番」を設置しております。	
○ 第三者委員 箕浦 久子	連絡先 羽島郡笠松町新町7
	電 話 058-387-2224
土岐 安代	連絡先 羽島郡岐南町伏屋4-194 億念寺
	電 話 058-245-3835
小川 真理子	連絡先 岐阜市柳津町上佐波3-152 等光寺
	電 話 058-279-0260
小島 祥司	連絡先 各務原市川島松倉町1241番地
	電 話 0586-89-5387
☆ 第三者委員は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために設置しています。	
☆ 第三者委員に直接苦情を申し出ることできます。	
☆ 第三者委員の制度については、別途お知らせします『「苦情申出窓口」の設置について』をご覧ください。	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各務原市役所 健康福祉部高齢福祉課	所在地 各務原市那加桜町1丁目69番地 受付時間 8:30～17:15 電話番号 058-383-1779 (直通) F A X 058-383-6365
岐阜県国民健康保険団体 連合会 介護・障害課苦情相談係	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 受付時間 9:00～17:00 電話番号 058-275-9826 F A X 058-275-7635

岐阜県運営適正化委員会 社会福祉法人岐阜県社会 福祉協議会内	所在地	岐阜市下奈良2-2-1
	受付時間	9:00~17:00
	電話番号	058-278-5136
	F A X	058-278-5137

7. 事故発生時の対応について

(1) 緊急時における確認事項

- ・当事業所は、利用者に対する指定介護予防支援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は、速やかに市町村、利用者のご家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- ・利用者が病院または診療所に入院する必要がある場合、担当職員の氏名及び連絡先を病院または診療所に伝えて頂けるよう担当者の名刺を介護保険被保険者証、健康保険被保険者証、お薬手帳等に保管いただくようお願いします。

8. 虐待防止について

- (1) 当事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図る。
- (2) 当事業所における虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 当事業所において、担当職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

9. 秘密の保持について

- (1) 事業者、事業所の管理者、事業所の職員および事業所に関係する職員は正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を第三者に漏らしません。
- (2) 前記については、事業者、事業所の管理者、事業所の職員および事業所に関係する職員であった者についても同様とします。
- (3) 事業所は、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、利用者のご家族の個人情報を用いる場合は当該ご家族の同意をあらかじめ文章により得ておくものとします。

10. 個人情報の取り扱いについて

利用者及びその家族の個人情報について下記により必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑な

サービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

（1）サービスの提供を受けている期間

4 条件

（1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあ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こと。

（2）緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること

（3）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

令和 年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明及び個人情報の取り扱いについての説明を行ないました。

各務原市地域包括支援センター リバーサイド川島園

説明者職名

氏名

印

私は、事業者から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明及び個人情報の取り扱いについての説明を受け、サービスの提供開始に同意します。また、個人情報の取り扱いに関しても十分理解したうえ同意します。

利用者 住 所

氏 名

印

家族 住 所

氏 名

印