

**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)	(フリガナ) シャカイフクシホウジンゴトブキカイ 社会福祉法人ことぶき会	
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	宮城県東松島市小野字中の関6番2	
電話番号・FAX 番号	TEL 0225 - 87 - 2311	FAX 0225 - 86 - 1885
運営主体の代表者氏名	理事長 伊藤寿志	
事業所名	(フリガナ) ヒガシマツシマシセイブチイキホウカツシエンセンター 東松島市西部地域包括支援センター	
管理者の役職・氏名	東松島市西部地域包括支援センター所長 伊藤純子	
事業所の所在地	宮城県東松島市小野字中の関6番2	
電話番号・FAX 番号	TEL 0225 - 90 - 3757	FAX 0225 - 86 - 1535
緊急連絡先	時間外、土日・祝日も 0225 - 90 - 3757 にて対応いたします	
介護保険の指定番号	0401400049	
指定年月日	(西暦) 2021 年 4 月 1 日	
指定更新年月日	(西暦) 2027 年 3 月 31 日	

2. 職員の体制に関する事項

所属する担当職員 の人数・構成	所属する 保健師の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	1人	1人	人	人	人	1人
所属する担当職員 の人数・構成	所属する 主任介護支援専門 員の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	1人	1人	人	人	人	1人
所属する担当職員 の人数・構成	所属する社会福祉 士等の人数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		1人	1人	2人	人	人	人	2人
所属する担当職員 の人数・構成	所属するその他の 職員の数	常勤			非常勤			常勤換算
		男性	女性	計	男性	女性	計	
		人	人	人	人	1人	人	1人

3. サービスの内容等に関する事項

営業日	月曜日から金曜日までとする。 ただし、祝祭日、12月29日から1月3日までを除く。	
営業時間	午前8時30分から午後5時15分	
サービス提供地域	東松島市 西部地区(小野、野蒜、宮戸)	
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 東松島市 西部地域包括支援センター 連絡先電話番号(0225 - 90 - 3757) 対応時間 (8 : 30 ~ 17 : 15) (土日祝祭日、12月29日から1月3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 宮城県国民健康保険団体連合会 連絡先電話番号(022 - 222 - 7079) 対応時間 (9 : 00 ~ 16 : 00) (土日祝祭日、12月29日から1月3日を除く)
事故発生時の対応	<p>担当職員は、利用者に対する指定介護予防支援の提供により事故が発生した場合には速やかに管理者に報告し、東松島市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p>	
秘密の保持	<p>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。</p>	
利用料	<p>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。</p>	
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託の有無	(あり) ・ なし)	
委託先の居宅介護支援事業者		

虐待防止措置	職員または養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに東松島市へ通報する。また、虐待防止のための対策を検討する委員会の定期開催及び指針の整備、研修の実施、担当者を配置します。
業務継続計画の策定	感染症や非常災害の発生において、利用者に対する在宅サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
ハラスメント対策	適切な社会福祉事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動で合って業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するために必要な措置を講じます。

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。

令和 年 月 日

事業所

所在地 宮城県東松島市小野字中の関6番2

名称 東松島市西部地域包括支援センター

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。

利用者	住所	東松島市
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印