重要事項説明書

下田市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を定める条例第６条第１項の規定に基づき、指定介護予防支援の提供の開始に当たり、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（事業者名） | (ﾌﾘｶﾞﾅ)シモダシ　チイキ　ホウカツ　シエン　センター　　　　下田市地域包括支援センター |
| 法人の種類 | 地方自治体 |
| 運営主体の所在地 | 下田市東本郷一丁目５番１８号　下田市役所市民保健課　内 |
| 代表電話番号ＦＡＸ番号 | ＴＥＬ | 0558-36-4146 | ＦＡＸ | 0558-22-1030 |
| ホームページアドレス | ある ・ なし | http://www.city.shimoda.shizuoka.jp/ |
| 運営主体の開設年月 | （西暦）２００６年４月 |
| 運営主体の代表者氏名 | 下田市長　松木正一郎　 |
| (ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ)事業所名 | シモダシ　チイキ　ホウカツ　シエン　センター下田市地域包括支援センター |
| 管理者の役職・氏名 | 下田市役所市民保健課　地域包括支援センター長　小澤かおり |
| 事業所の所在地 | 下田市東本郷一丁目５番１８号　下田市役所市民保健課　内 |
| 交通の方法 | 伊豆急下田駅より徒歩３分 |
| 代表電話番号ＦＡＸ番号 | ＴＥＬ | 0558-36-4146 | ＦＡＸ | 0558-22-1030 |
| 介護保険の指定番号 | 　2200200018 |
| 指定年月日 | （西暦）２００６年４月 |
| 指定更新年月日 | （西暦）２０２４年４月２００６年月日 |
| 運営の方針と事業所の特色など |  |

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 | 保健師の人数 | 常　勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| １人 | １人 | 人 |
| 介護支援専門員の人数 | 常　勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| ２人 | 人 | 人 |
| 社会福祉士の人数 | 常　勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| ２人 | 人 | 人 |
| その他の職員の人数 | 常　勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| 人 | １人 | 人 |

３　サービスの内容等に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 営業時間（窓口対応可能時間） | 月曜日～金曜日（祝日及び12／29～1／3を除く）（８：30～17：15） |
| 緊急時の対応 | 営業時間外の緊急の相談及び連絡等については、事業者内で調整ののち、担当職員が対応します。 |
| サービス提供地域 | 下田市全域 |
| 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 | 担当者　小澤かおり |
| 連絡先電話番号 0558-36-4146 |
| 対応時間（８：30～17：15）（土日祝日及び12／29～1／3を除く） |
| 市の苦情・相談対応窓口 | 名称 下田市役所市民保健課介護保険係 |
| 連絡先電話番号　0558-22-2077 |
| 対応時間（８：30～17：15）（土日祝日及び12／29～1／3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　静岡県国民健康保険団体連合会 |
| 連絡先電話番号　054-253-5590 |
| 対応時間（9：00～17：00）　（土日祝日及び12／29～1／3を除く） |
| 事故発生時の対応 | 担当職員は、利用者に対する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には速やかに市町村、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。 |
| 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もあります。 |
| 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの委託の有無 | （　あ　り　　・　な　し　） |
| 委託先の居宅介護支援事業者 |  |

令和　　年　　月　　日

（事業者）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

所　在　地　 静岡県下田市東本郷一丁目５番１８号　下田市役所市民保健課　内

名　　　称　　下田市地域包括支援センター

説明者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（利用者）

私は、本書面により、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の提供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。

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人）

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印