

# 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

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント提供における重要事項について、以下のとおり説明します。

## 1. 事業所の概要

運営法人(事業者)名称	安城市社会福祉協議会	
法人の種類	社会福祉法人	
法人の所在地	安城市赤松町大北78番地4	
法人の電話・FAX	TEL 0566-77-2941	FAX 0566-73-0437
ホームページアドレス	<a href="http://www.anjo-syakyo.or.jp/">http://www.anjo-syakyo.or.jp/</a>	
法人の開設年月	昭和43年 4月 ※法人登記	
法人の代表者の氏名	(会長) 神谷 明文	
(フリガナ) 事業所の名称	アンジョウシチイキホウカツシエンセンターチュウブ 安城市地域包括支援センター中部	
事業所管理者の氏名	太田 敦子	
事業所の所在地	安城市新田町新栄84番地1 (中部福祉センター内)	
事業所までの交通方法	あんくるバス(市内巡回)	
事業所の電話・FAX	TEL 0566-71-0077	FAX 0566-76-0058
ホームページアドレス	<a href="http://www.anjo-syakyo.or.jp/">http://www.anjo-syakyo.or.jp/</a>	
事業所の指定番号	2303100024	
指定年月日	平成21年 1月 1日	
事業の概要	介護保険法等関連法令等に従い、ご利用者が可能な限り居宅において、心身の状況や置かれている環境に応じて、ご利用者の選択に基づき、自立した日常生活を営むことができるよう適切な福祉サービス等が総合的かつ効率的に提供されるよう支援します。	

## 2. 職員の体制に関する事項

事業所の職員構成・人数		常勤兼務	非常勤専従
	管理者の人数	1人	人
	相談員の人数	人	3人以上
	その他事務員等の人数	人	人

## 3. 介護予防支援及び介護ケアマネジメントに関する事項

営業時間 (窓口対応可能時間)	営業日	月曜～金曜 (土曜、日曜、祝日及び12月29日から1月3日を除く)
	営業時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供区域	安城北中学校区	
損害保険等への加入	あり	

苦情・相談窓口の名称・連絡先・対応時間	事業所の苦情・相談窓口	名称	安城市地域包括支援センター中部
		電話	0566-71-0077
		時間	8:30~17:15 ※(土日祝日等は除く)
	安城市の苦情・相談窓口	名称	安城市福祉部高齢福祉課介護保険係
		電話	0566-71-2290
		時間	8:30~17:15 ※(土日祝日等は除く)
	愛知県国民健康保険団体連合会(国保連)の苦情・相談窓口	名称	愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係
		電話	052-971-4165
		時間	9:00~17:00 ※(土日祝日等は除く)
		備考	国保連は、介護予防支援に関する苦情・相談の窓口のみとなります。
事故発生時の対応	事業所は、ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講ずるとともに、安城市及びご利用者様のご家族様等に報告、連絡します。		
秘密の保持	事業所は、業務上知り得たご利用者様及びそのご家族様の個人情報等の秘密を守ります。なお、サービス提供において他のサービス事業所等に個人情報を提供する必要がある場合は、あらかじめ個人情報利用同意書により同意を得るものとします。		
利用料	基本的に利用料はありませんが、介護保険料の滞納があるときは、いったん利用者負担が発生することがあります。その場合、国が定める金額をお支払いいただき、後日、保険者(安城市)へ払い戻しの手続きが必要となります。		
虐待の防止	事業所は、利用者の虐待の防止及び身体拘束等の適正化の推進のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。		
ご利用にあたってのお願い	<p>介護保険証や医療受給者証等を確認させていただきます。保険証等の内容が変更された場合は、必ずご連絡ください。</p> <p>職員訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。</p> <p>また、見守りカメラの設置、職員の写真を撮影、録音をする場合、個人情報保護法に準じて事前に事業所の同意を受けてください。許可を受けて撮影された写真や動画、録音などを無断でSNS等に掲載することや事業所の職員に対しての暴言・暴力(疾病等による症状は除く)・嫌がらせなどのハラスメント行為、誹謗中傷などの迷惑行為はお控え下さい。</p>		

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント提供における重要事項について説明しました。

年 月 日 説明者 安城市地域包括支援センター中部 (職員名 )

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント提供における重要事項について説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

同意日	令和 年 月 日	氏名	
代筆者	氏名	(代筆された場合のみ記名ください)	続柄

