令和　　年　　月　　日現在

重要事項説明書

（指定介護予防支援及び第１号介護予防支援事業用）

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　クワノミカイ 社会福祉法人　桑の実会	
法人の種類	社会福祉法人	
運営主体の所在地	埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2835-2	
代表電話番号 ＦＡＸ番号	TEL　04-2921－1160	FAX　04-2921-1161
ホームページアドレス	㊞り・なし	https://kuwanomikai.jp
運営主体の開設年月	（西暦）　1976年　6月	
運営主体の代表者氏名	理事長　　濱野　賢一	
（フリガナ） 事業所名	ミカジマダイニチイキホウカツシエンセンター 三ヶ島第２地域包括支援センター	
管理者の役職・氏名	センター長　　松原　勝矢	
事業所の所在地	埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2835-2	
交通の方法	西武池袋線　狭山ヶ丘駅（東口）よりタクシー5分または徒歩１５分	
代表電話番号 ＦＡＸ番号	TEL　04-2926-7800	FAX　04-2946-8050
ホームページアドレス	㊞り・なし	https://kuwanomikai.jp
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先　　㊞り　・　なし	
介護保険事業者番号	１１０２５００００３８	
指定年月日	（西暦）　２００６年　４月　１日	
指定更新年月日	（西暦）　２０２４年　４月　１日	
運営の方針と事業所の特色など	・利用者やその家族が抱えている問題を親身になって相談に乗り、迅速に対応したします。 ・その人にあった介護予防サービスを計画いたします。	

2. 職員の体制に関する事項

<table>
<tr><td rowspan="12">所属する担当職員の人数・構成</td><td rowspan="3">所属する保健師及び看護師の人数</td><td colspan="3">常勤</td><td colspan="3">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="3">所属する主任介護支援専門員の人数</td><td colspan="3">常勤</td><td colspan="3">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="3">所属する社会福祉士の人数</td><td colspan="3">常勤</td><td colspan="3">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="3">所属する3職種以外の専門職の人数</td><td colspan="3">常勤</td><td colspan="3">非常勤</td><td rowspan="2">常勤換算</td></tr>
<tr><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td><td>男性</td><td>女性</td><td>計</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td>常勤職員の所定労働時間</td><td colspan="8">1週間当たり　　40時間</td></tr>
</table>

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>月曜～金曜</td><td colspan="2">午前8時30分～午後5時30分
（年末年始を除く）</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="2">上記営業時間外は転送電話にて対応</td></tr>
<tr><td>サービス提供地域</td><td colspan="3">所沢市　三ヶ島第２圏域</td></tr>
<tr><td>担当している予防給付等の対象者数</td><td colspan="3">要支援１（　１１０　名）
要支援２（　１１７　名）
事業対象者（　　０名）　（令和　６年　４月　１日現在）</td></tr>
<tr><td>損害賠償保険へ加入
その他
（　　）</td><td colspan="3">日新火災海上保険株式会社
・普通損害保険
・ビジサポ（総合賠償責任保険）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間</td><td>事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口</td><td colspan="2">名称　三ヶ島第２地域包括支援センター　センター長
連絡先電話番号　（０４-２９２６-７８００）
対応時間　（午前8時30分～午後5時30分）
（年末年始を除く）</td></tr>
<tr><td>外部に設置された苦情・相談対応窓口</td><td colspan="2">名称　所沢市役所　介護保険課
連絡先電話番号　（０４－２９９８－９４２０）
名称　所沢市役所　高齢者支援課
連絡先電話番号　（０４－２９９８－９１２０）
対応時間　（午前8時30分～午後5時１５分）
（土日祝日・年末年始を除く）</td></tr>
<tr><td>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="2">名称　埼玉県国民健康保険団体連合会
連絡先電話番号　（０４８－８２４－２５６８）
対応時間　（午前8時30分～正午、午後１時～午後5時００分）
（土日祝日・年末年始を除く）</td></tr>
<tr><td>事故発生時の対応</td><td colspan="3">担当職員は、利用者に対する介護予防支援等の提供により事故が発生した場合には、速やかに市・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>
</table>

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	原則として、利用者負担はありませんが、保険料の滞納等により利用料の支払方法が変更される場合もあります。
介護予防支援等の委託の有無	（　あり　・　なし　）
委託先の居宅介護支援事業者	
医療機関との連携	病院へご入院となった際には、医療機関との連携の観点から、担当のケアマネジャーの氏名を、入院先にお伝えいただくようにお願いいたします。

□　個人情報の利用（提供について）

私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）介護予防サービス等の提供を受けるに当たって、担当職員と指定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）ほか、居宅介護支援事業所又は指定介護予防サービス事業者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等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で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

（4）自立支援型ケアマネジメントの推進のために、介護保険法に基づく会議（地域ケア個別会議）による検討を行う場合

2　個人情報を提供する事業所等

（1）介護予防サービス計画等に掲載されている介護予防サービス等事業所

（2）受託した居宅介護支援事業所

（3）病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

（4）所沢市

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

介護予防サービス等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　三ヶ島第２地域包括支援センター

所在地　埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2835-2

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面により、事業者から介護予防支援についての重要事項の説明を受け、必要な個人情報の利用（提供）も含め、介護予防支援等の提供開始に同意します。

令和　　年　　月　　日

本人 (利用者)	住所	
	氏名	
代理人 （家族）	住所	
	氏名	（利用者本人のとの続柄：　　）