

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援重要事項説明書

1.事業所の概要

運営主体の法人名	社会福祉法人 碧晴会
運営主体の所在地	碧南市川口町1丁目178番地1
代表電話番号・FAX番号	電話：0566-46-5210 FAX：0566-46-5260
ホームページアドレス	http://yuinoie.or.jp
運営主体の代表者名	理事長 堀尾 静
フリガナ	ヘキナンゾウ チイホウカツシヤンセンター
事業所名	碧南南部地域包括支援センター
管理者の氏名	中根千勢子
事業所の所在地	碧南市弥生町1丁目48番地
電話番号・FAX番号	電話：0566-46-5282 FAX：0566-46-5284
緊急連絡先	0566-46-5282（営業時間外は転送されます）
介護保険の指定番号	2302800046
指定年月日	令和3年4月1日
運営方針	(1) 公正で中立性の高い事業運営を行う。
	(2) 地域の特性や実績を踏まえ、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組む。
	(3) 社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員が連携・協働し、業務全体をチームアプローチにて行う。

2.職員体制及びサービスの内容

従業員の職種・人数	保健師又は経験のある看護師	主任介護支援専門員	社会福祉士	介護支援専門員	
	4	1	1	2	
営業日・営業時間	月曜日から金曜日 8:30~17:15（12/31~1/3を除く）				
サービスの種類・目的	介護予防ケアマネジメント・介護予防支援 要支援認定を受けられた方、サービス事業を利用される方の心身の状況に応じた適切な介護予防サービス（ケアプラン）を作成し、介護予防サービスの提供が確保されるようサービス事業者その他関連機関との連絡調整等を図ることを目的とします。				
サービス利用料	介護予防支援については全額保険給付されるため自己負担はありません。ただし、保険料の滞納等がある場合は利用者負担が発生する場合があります。				
サービス提供地域	碧南市内（大浜・棚尾地区）				
損害賠償保険への加入	<ul style="list-style-type: none">・事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。・事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。・事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。				

苦情・相談対応窓口の名称・連絡先・対応時間	事業所または法人に設置された苦情・相談対応窓口	名称 碧南南部地域包括支援センター 連絡先電話番号 46-5282 対応時間 8:30~17:15 (土日を除く)
	保険者	名称 碧南市役所 高齢介護課 連絡先電話番号 95-9889 (介護保険係) 95-9890 (地域支援係) 対応時間 8:30~17:15 (土日祝日を除く)
	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 愛知県国民健康保険団体連合会 連絡先電話番号 052-971-4165 対応時間 9:00~17:00 (土日祝日休日、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またはその家族の秘密を保持します。	
虐待の防止	担当職員は、利用者に対する人権の擁護・虐待の防止等のため、虐待（疑いを含む）があると思われる場合には、速やかに管理者に報告し、必要な措置を講じます。	
ハラスメントへの対応	事業所は、下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合は、利用者に対して契約を解約することができます。 ①暴力又は乱暴な言動、無理な要求 (物を投げつける、刃物を向ける、怒鳴る、対象範囲外のサービスの強要など) ②セクシュアルハラスメント (担当職員の体を触る、性的な話や卑猥な言動をする、性的な写真をみせるなど) ③その他 (担当職員の自宅の住所や電話番号を聞く、ストーカー行為など)	
公正中立なケアマネジメントの確保	指定介護予防サービス事業所等については複数の事業所の紹介をいつでも求めることができます。また、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業所等の選定理由についてもいつでも説明を求めることができます。	
介護予防支援の委託の有無	あり	
第三者評価の実施の有無	無し	

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の提供にあたり、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。

碧南南部地域包括支援センター

説明者氏名

私は、事業者からの介護予防支援について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。

令和 年 月 日

契約者

住所

氏名 (自署)

(署名代行者)

氏名 (自署)

※契約者本人が記入できない場合は、署名代行者を代筆者が記入してください

(家族代表者)

住所

氏名 (自署)

※家族代表者は契約書に記載のある項目について、責務を負うものとします。