

重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

利用者様に対する介護予防及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、「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等に係る介護予防のための効果的な支援に関する基準」第4条の規定及び各務原市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱等に基づいて、当事業所が利用者様に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名	社会福祉法人サン・ビジョン
事業所名	各務原市地域包括支援センタージョイフル各務原
事業所所在地	岐阜県各務原市鵜沼小伊木町 3-170-1
種別	社会福祉法人
代表者	理事長 唐澤 剛
電話番号	058-379-2521

2. 事業所の目的と運営方針

(1) 事業の目的

高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう支援することを目的とする。

(2) 運営方針

ア 利用者様の心身の特性を考慮し、その方が自立した生活ができるように支援します。

イ 利用者様の活動が主体的にできることを増やし、自立した日常生活が営めることができるよう支援します。

ウ 利用者様の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることがないように公平中立なサービスを提供に努めます。

エ 事業の実施に当たっては、利用者の求めに応じ、複数の指定介護予防サービス事業者等を紹介し、介護予防サービス・支援計画書に位置付けた指定介護予防サービス事業者等についての選定理由を説明します。

オ 市及び関係機関との連携に努めます。

3. 職員体制

職 種	常勤	非常勤	業 務 内 容
看護師	2		介護予防サービス・支援計画書の作成、指定介護予防サービス事業者及び地域密着型介護予防サービス事業者等との連絡調整。
社会福祉士	2		
主任介護支援専門員	2		

4. 営業日及び営業時間

(1) 営業日は月曜から金曜日

ただし、土曜日・日曜日・年末年始は電話対応。

(2) 営業時間は午前 9 時～午後 6 時

5. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの概要

(1) 介護予防サービス・支援計画書の作成

(2) 介護予防サービス等の内容、利用料等の情報提供

(3) サービス事業者等関係機関との連絡調整

(4) その他必要な援助

6. 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、各務原市（鵜沼第 1 小学校区、鵜沼第 3 小学校区、緑苑小学校区）となります。

7. 利用料

この事業は法定代理受領サービスであるため、利用者様の負担はありません。

ただし、介護保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなった場合には、一時的に厚生労働省が定める基準の額を負担していただき、申請により、市から払い戻しを受けることになります。

8. 苦情等の申し立て先

(1) 各務原市地域包括支援センタージョイフル各務原 058-379-2521

(2) 各務原市役所高齢介護課 高齢福祉係 058-383-1779

各務原市役所高齢介護課 介護保険係 058-383-1778

(3) 岐阜県国民健康保険団体連合会 058-275-9820

9. 事故発生時の対応

担当職員は、利用者様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、利用者様の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じ管理者に報告します。

10. 秘密の保持

担当職員は業務上知り得た利用者様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、利用者様もしくは利用者様の家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ個人情報同意書により同意を得ます。

1 1. 留意事項

病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えてください。

(社会福祉法人サン・ビジョン 各務原市地域包括支援センタージョイフル各務原)
(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)

私は、本書面により、事業者（職名 _____ 氏名 _____）から上記各務原市地域包括支援センタージョイフル各務原について重要事項の説明を受けたことを確認します。

また、この重要事項は 2 通作成し、利用者および事業者は署名または記名押印のうえ、各自その 1 通を保有します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご利用者	住 所		
	氏 名		印
署名代行人	住 所		
	氏 名		印
	署名代行の理由		
事業者	住 所	愛知県名古屋市中区葵3丁目25番地23号	印
	名 称	社会福祉法人サン・ビジョン	
	代表者名	理事長 唐澤 剛	

*署名代行人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。