

重要事項説明書（介護予防支援事業）

1. 事業所の概要

事業所名	第三地区地域包括支援センター
所在地	小田原市蓮正寺470-225
事業者指定番号	1402300030
管理者	奥津 美恵
連絡先	0465（39）5551
営業日	月曜日から金曜日（年末年始（12/29～1/3）を除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時15時まで
サービス提供地域	小田原市の一部（泉中学校区、城北中学校区） 小田原市蓮正寺、中曽根、飯田岡、堀之内、柳新田、小台、新屋、府川、清水新田、北ノ窪、穴部、穴部新田、曾比、栢山

2. 事業所の職員体制

職種	人員
管理者	1名 社会福祉士と兼務
主任介護支援専門員	2名（常勤 2名、非常勤 名）
保健師等	2名（常勤 2名、非常勤 名）
社会福祉士	2名（常勤 2名、非常勤 名）
その他の職員	1名（常勤 1名、非常勤 名）

3. サービスの運営方針等

- ・ 高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続できるようご利用者の立場にあたって支援を行う。
- ・ できる限り要介護状態にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保できるよう、調整に努める。
- ・ 要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて、必要なサービスが切れ目なく提供される「包括的かつ継続的サービス体制」を確立するように努める。

4. 損害賠償

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により、ご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者に対してその損害を賠償します。

5. 緊急時の対応

事業者は、サービス提供に当たり事故、利用者のけが及び体調の急変が生じた場合等、必要な場合には、事前の打合せに基づき、速やかに家族、主治医に連絡を取る等必要な措置を講じることとします。

6. ご利用者の負担金

1. 介護予防支援については、利用者の負担はありません。
2. 通常のサービス提供地域を超える地域に訪問・出張する必要がある場合は、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

7. 利用の解約等

1. 利用者が介護予防支援にかかる訪問、介護予防サービス計画書に位置づけられたサービスの取消、又は中断をする場合は、事前に担当職員へご連絡ください。
2. 介護予防支援サービス提供の取消、契約を解約しても費用はかかりません。

8. 担当職員

●主に担当する職員は次の者です。サービスについてどのようなことでもご相談ください。

職種	
氏名	
連絡先	第三地区地域包括支援センター 電話 0465-39-5551

●地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が実施する場合

事業所番号	
事業所の名称	
所在地	
担当介護支援専門員	
連絡先	

9. 相談窓口、苦情対応

●サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡ください。

事業所相談窓口	電話番号	0465（39）5551
	FAX 番号	0465（39）5552
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分 月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始を除く）
	相談員	奥津 美恵

●公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

小田原市介護保険課	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	小田原市荻窪 300 番地 0 4 6 5 (3 3) 1 8 7 2 0 4 6 5 (3 3) 1 8 3 8 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで 月曜日から金曜日 (祝祭日・年末年始を除く)
神奈川県保健福祉部 福祉監査指導課	所在地 電話番号 受付時間	横浜市中区日本大通 1 0 4 5 (2 1 0) 4 8 2 0 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで 月曜日から金曜日 (祝祭日・年末年始を除く)
神奈川県国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	横浜市西区楠町 2 7 - 1 0 5 7 0 (0 2 2) 1 1 0 (苦情専用) 0 5 7 0 (0 3 3) 1 1 0 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで 月曜日から金曜日 (祝祭日・年末年始を除く)

10. 法人の概要

名称	小田原福祉会
法人種別	社会福祉法人
代表者名	時田 純
所在地	小田原市穴部 3 7 7
電話番号	0 4 6 5 (3 4) 6 0 0 1
事業の概要	高齢者の皆様がご自身の家で生涯安心して暮らし続けたいというご希望にお応えして、地域に密着した総合的な福祉サービスの提供体制を整えております。

【説明確認欄】

平成 年 月 日

介護予防支援契約の締結に当たり、上記のとおり重要事項を説明し、交付しました。

事業者 事業者名 第三地区地域包括支援センター

説明者氏名 印

介護予防支援契約の締結に当たり、上記のとおり重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

ご利用者 氏名 印

代理人 氏名 印