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）

１　事業所の概要

事業所名	南足柄市　南足柄・北足柄・福沢地区地域包括支援センター
所在地	神奈川県南足柄市関本 591-1 ヴェルミ３　１階
事業所指定番号	1404300038
指定年月日	平成　30 年　10 月　1 日
管理者	栗原 千恵
連絡先	0465-43-7450
営業日	月曜日～金曜日　※ただし祝日、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分まで
サービス提供地域	南足柄市自治会連合会の地区の一部 （南足柄地区、北足柄地区、福沢地区）

２　事業所の職員体制

職種	人員
管理者	１名（主任介護支援専門員と兼務）
主任介護支援専門員	１名（常勤１名）
保健師等	１名（常勤１名）
社会福祉士	３名（常勤３名）

３　サービスの運営方針等

指定介護予防支援及び第１号介護予防支援事業（以下「指定介護予防支援等」といいます）の提供において、利用者本位に基づき、中立・公立な立場を守り、利用者の状況に最もふさわしい適切な指定介護予防支援等を提供いたします。

（１）利用者の「生活の質」の維持・向上を目指します。

（２）利用者及びその家族のニーズを的確に把握し、介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成いたします。

（３）その人らしい、自立した生活が送れるよう支援いたします。

（４）地域・サービス事業者等との連携を保ち、適切な指定介護予防支援等の維持・確保をいたします。

（５）利用者は、複数の指定介護予防サービス事業所等を紹介するよう、地域包括支援センターに求めることができます。

（６）利用者は、 ケアプランに位置付けられている指定介護予防サービス事業所に関して、その事業所を位置付けた理由の説明を地域包括支援センターに求めることができます。

４　指定介護予防支援等の提供方法

事業所は、ケアプラン作成後、次の各号に定める事項を担当職員に担当させます。

（１）介護予防サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。

（２）前号の実施状況の把握については、利用者及びその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行います。
（３）特段の事情がない限り、サービスの提供が開始される月又はその前月及びサービスの提供が開始される月の翌月から起算して３箇月に１回並びに利用者の状況に著しい変化があった場合は、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接します。
（４）介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了する時は、利用者の居宅に訪問し、利用者及びその家族に面接を行い、介護予防サービス計画の達成状況について評価します。

５　損害賠償

事業所は、指定介護予防支援等の提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対し、その損害を賠償いたします。

６　緊急時の対応

事業所は、サービスの提供にあたり、事故・利用者の怪我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、速やかに家族及び主治医に連絡を取る等必要な措置を講じることといたします。

７　利用者負担金

（１）介護予防支援を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該介護予防支援が法定代理受領サービスである時は、利用者からの利用料の支払は受けません。
（２）通常のサービス提供地域を越える地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

８　利用の解約等

（１）利用者が指定介護予防支援等に係る訪問、介護予防サービス計画に位置付けられたサービスの取消、又は中断する場合は、事前に担当職員へご連絡ください。
（２）サービス提供の取消、又は契約を解約しても解約料等は必要ありません。

９　事業所の秘密保持義務

（１）事業所は、業務上知り得た利用者及びその家族等に関する事項を、理由なく第三者に漏らすことはありません。
（２）秘密保持につきましては、契約が終了した後も継続します。
（３）事業所は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者の介護予防サービス等の提供に係る事業者との連絡調整等に必要な最小限の範囲内で、利用者の個人情報を用いることができるものとします。

１０　担当職員の研修

当事業所は、担当職員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

一　採用時研修 採用後１か月以内
二　継続研修 年２回

１１　高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する責任者を選定します。　　虐待防止に関する責任者：　栗原　千恵

（２）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

（３）研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

（４）個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

（５）従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めるものとします。

（６）高齢者虐待防止のための指針を整備します

１２　衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

（１）事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。

（２）事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

（３）従業者に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１３　業務継続計画の策定等について

（１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

（２）事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

（３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１４　ハラスメントの防止

事業所は、職員が下記に記載された行為に遭遇した場合には、速やかに事実関係を確認し、必要に応じて保険者への報告、警察への通報や弁護士等への相談など、職員の安全と心の健康を守るための適切な措置を講じます。

(1)　身体的暴力

物を投げつける、蹴る、手を払いのける、たたく、ひっかく、つねる、首を絞める、唾をはく、服を引きちぎる、その他身体的な力を使って危害を及ぼす行為（従業者が回避したため危害を免れたケースを含みます。）

(2)　精神的暴力

大声を発する、怒鳴る、威圧的な態度で文句を言う、その他従業者の尊厳又は人格を言葉又態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3)　セクシュアルハラスメント

必要もなく身体等をさわる、抱きしめる、ヌード写真等を見せる、卑猥な言動をする、サービス提供に無関係に下半身を見せる、その他意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な

いやがらせ行為

(4) 利用者及び家族等からの業務に支障をきたす常識の範囲を超えた長時間の又は複数回にわたる電話連絡や面談等の行為。

例）1時間以上に及ぶ電話連絡、毎日又は10分おきの電話連絡など

１４　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。また、担当職員と医療機関との連携を円滑にするため、利用者が入院するときは、地域包括支援センターの担当職員の氏名と連絡先を、利用者又は代理人から入院する医療機関に伝えてください。

職　種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　南足柄・北足柄・福沢地区地域包括支援センター　　電話番号 0465-43-7450

※地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業所が実施する場合

事業所番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　事業所名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当介護支援専門員 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１５　相談窓口、苦情対応

（1） サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

事業所相談窓口 南足柄市 南足柄・北足柄・福沢地区 地域包括支援センター	電話番号 0465-43-7450　FAX 番号 0465-43-7452 相談員（責任者）栗原 千恵 受付時間　8：30～17：15　月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）

（2） 次の公的機関においても苦情申出等ができます。

南足柄市高齢介護課	所在地　南足柄市関本 440（市役所１F） 電話番号　0465-73-8057　FAX 番号　0465-74-0545 受付時間　8:30～17:15　月曜日～金曜日（祝日・年末年始除く）
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連） 介護保険課 介護苦情相談係	所在地　横浜市西区楠町２７－１ 電話番号　045-329-3447 受付時間　8:30～17:15（土曜日・日曜日・祝日・年末年始除く）

１６　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　佳代子
所在地	小田原市穴部 377
電話番号	0465-34-6001
事業の概要	高齢者の皆さまが、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】

年　　月　　日

指定介護予防支援等契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明いたしました。

事業所名　南足柄市　南足柄・北足柄・福沢地区　地域包括支援センター

説明者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指定介護予防支援等契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受け、内容を承諾し、交付を受けました。

利用者　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿