

## 「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント」重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス（以下「介護予防プラン」という）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### ☆介護予防支援・介護予防ケアマネジメントとは

ご契約者が居宅での介護予防サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、介護予防プランを作成します。
- ご契約者の介護予防プランに基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者及びその家族等、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、介護予防サービスの実施状況を把握します。
- 必要に応じて、事業者とご契約者双方の合意に基づき、介護予防プランを変更します。

※当サービスの利用は、原則として基本チェックリストにより「事業対象者」と認定された方又は、要介護認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方が対象となります。

### ◇◆目次◆◇

1.	事業者.....	2
2.	事業所の概要.....	2
3.	事業実施地域及び営業時間.....	2
4.	職員の体制.....	3
5.	当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6.	サービスの利用に関する留意事項.....	5
7.	苦情の受付について（契約書第10条参照）.....	6
8.	事故発生時の対応.....	7
9.	訪問時等の事故発生時対応図.....	8
10.	虐待の防止のための措置に関する事項.....	9
11.	利用者等の禁止行為.....	9

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 京福会
- (2) 法人所在地 栃木県那須塩原市住吉町 5 番 10 号
- (3) 電話番号 0287-64-2511
- (4) 代表者氏名 理事長 田畑 陽一郎
- (5) 設立年月 昭和 55 年 12 月 8 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域包括支援センター・介護予防支援事業所
- (2) 事業の目的 介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援する事を目的として、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供します。
- (3) 事業所の名称 地域包括支援センターあぐり 平成 18 年 4 月 1 日指定  
栃木県 0901300046 号
- (4) 事業所の所在地 栃木県那須塩原市鍋掛 1416-3
- (5) 電話番号 0287-73-2550
- (6) 事業所長（管理者）氏名 薄井 明子
- (7) 当事業所の運営方針  
総合事業対象者及び要支援状態となった利用者、その家族に対し、豊富な知識と経験を持つ保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員（以下職員）が、利用者の心身の状況、環境等を的確に把握し、長年住み慣れた地域で安心して日常生活が送れるよう援助させていただきます。
- (8) 開設年月 平成 18 年 4 月 1 日

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域  
那須塩原市の以下の地区  
東栄 1 丁目、東栄 2 丁目、安藤町、原町、下黒磯、青葉台、下豊浦、東豊浦、雇用促進住宅、黒磯七区、鍋掛豊浦、共墾社 1 区、共墾社 2 区、豊浦、豊浦中町、豊浦町、上豊浦 3 区の 1、豊浦南町、新上厚崎、上厚崎 1 丁目、上厚崎 2 丁目、上厚崎 3 丁目、上厚崎 4 丁目、上厚崎 5 丁目、下厚崎、渡辺、馬蹄形
- (2) 営業日及び営業時間  
営業日 毎週月曜日～土曜日  
営業時間 午前 9 時から午後 6 時まで

#### 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

従業者の職種・員数 (人)	管理者兼 社会福祉士		主任介護 支援専門員		保健師もしくは 経験ある看護師		社会福祉士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)	1		1	0.3	1		1	
非常勤(人)								
常勤換算	1		1.3		1		1	

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとして次のサービスを提供します。当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご契約者の利用料負担はありません。

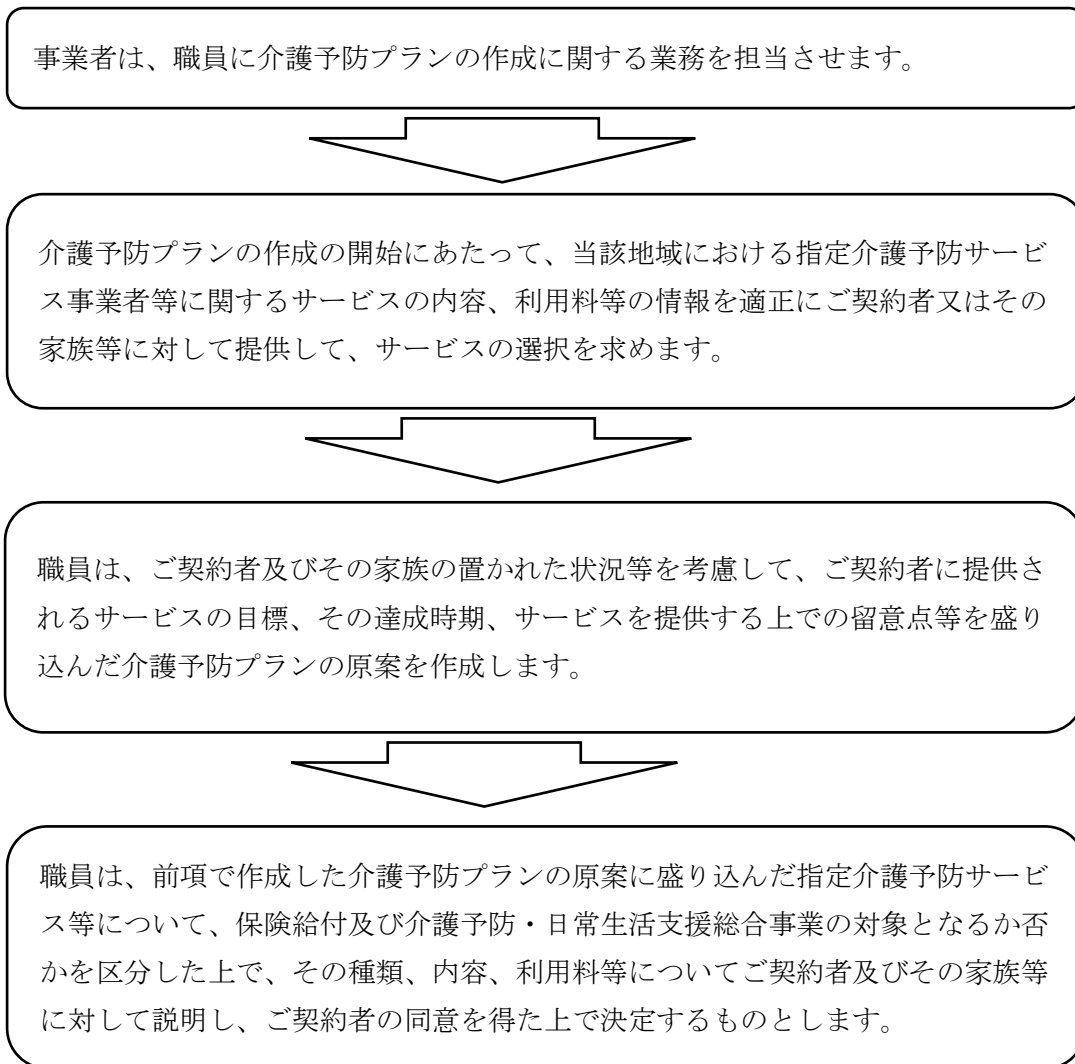
##### (1) サービスの内容と利用料金（契約書第1～5条参照）

〈サービスの内容〉

###### ①介護予防サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、介護予防サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「介護予防サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、介護予防サービス計画を作成します。

(介護予防プランの作成の流れ)



②介護予防プラン作成後の便宜の供与

- ・ご契約者及びその家族等、介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、介護予防プランの実施状況を把握します。
- ・介護予防サービス・支援計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③介護予防プランの変更

ご契約者が介護予防プランの変更を希望した場合、または事業者が介護予防プランの変更が必要と判断した場合は、事業者とご契約者双方の合意に基づき、介護予防プランを変更します。

### <サービス利用料金>

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するサービス利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、ご契約者の自己負担はありません。

但し、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記のサービス利用料金の全額をいったんお支払い下さい。

介護予防支援費	4, 4 2 0 円
介護予防ケアマネジメント費	4, 4 2 0 円

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### (1) 介護支援専門員への委託

ご契約者に担当の介護支援専門員がいて、ご契約者が引き続き担当の介護支援専門員を希望された場合に、介護予防支援を介護支援専門員に委託することができます。

### (2) 職員の交替

事業者からの職員の交替

事業者の都合により、職員を交替することがあります。

センターは、職員を交代する場合には、交代の理由を明らかにし、交代後の職員の氏名を書面により利用者に通知し、ご契約者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

## 7. 苦情の受付について（契約書第 10 条参照）

### （1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

地域包括支援センターあぐり 苦情受付窓口（担当者）

職 名 管理者兼社会福祉士 薄井 明子

受付時間 受付時間 9：00～18：00

### （2）医療法人社団京愛会及び社会福祉法人京福会「苦情申出窓口」の設置

社会福祉法第 82 条の規定により、当法人では医療法人京愛会と合同にて、利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。

なお、本法人における総括苦情解決責任者、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員は下記のとおりです。

#### 1 苦情解決責任者

医療法人社団京愛会及び社会福祉法人京福会理事長 （TEL 0287-62-0961）

寿山荘施設長 （TEL 0287-64-2511）

黒磯病院院長 （TEL 0287-62-0961）

ほのぼの園施設長 （TEL 0287-98-3161）

ケアハウス福海施設長 （TEL 0287-60-5201）

ケアタウン安暮里センター長 （TEL 0287-73-2550）

グループホーム安暮里センター長 （TEL 0287-73-2880）

よろずやセンター長 （TEL 0287-60-3655）

グループホームほのぼのセンター長 （TEL 0287-98-8355）

寿山荘那須施設長 （TEL 0287-71-1707）

よろずや三島の杜センター長 （TEL 0287-39-3399）

寿山荘ランチさきたまセンター長 （TEL 0287-60-0061）

#### 2 第三者委員

評議員、弁護士

堀 克巳 （TEL 0422-20-0154）

評議員

寺澤 信一（TEL 090-4025-7747）

### （3）苦情解決の方法

#### ① 苦情の受け付け

苦情の面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

なお、第三者委員に直接苦情を申し付けることも出来ます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員へ報告を拒否した場合を除く)に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行ないます。

(ア) 第三者委員による苦情内容の確認

(イ) 第三者委員による解決案の調整、助言

(ウ) 話し合いの結果や改善事項などの確認

④ 本施設で解決できない苦情は、次に申し立てることができます。

行政機関その他苦情受付機関

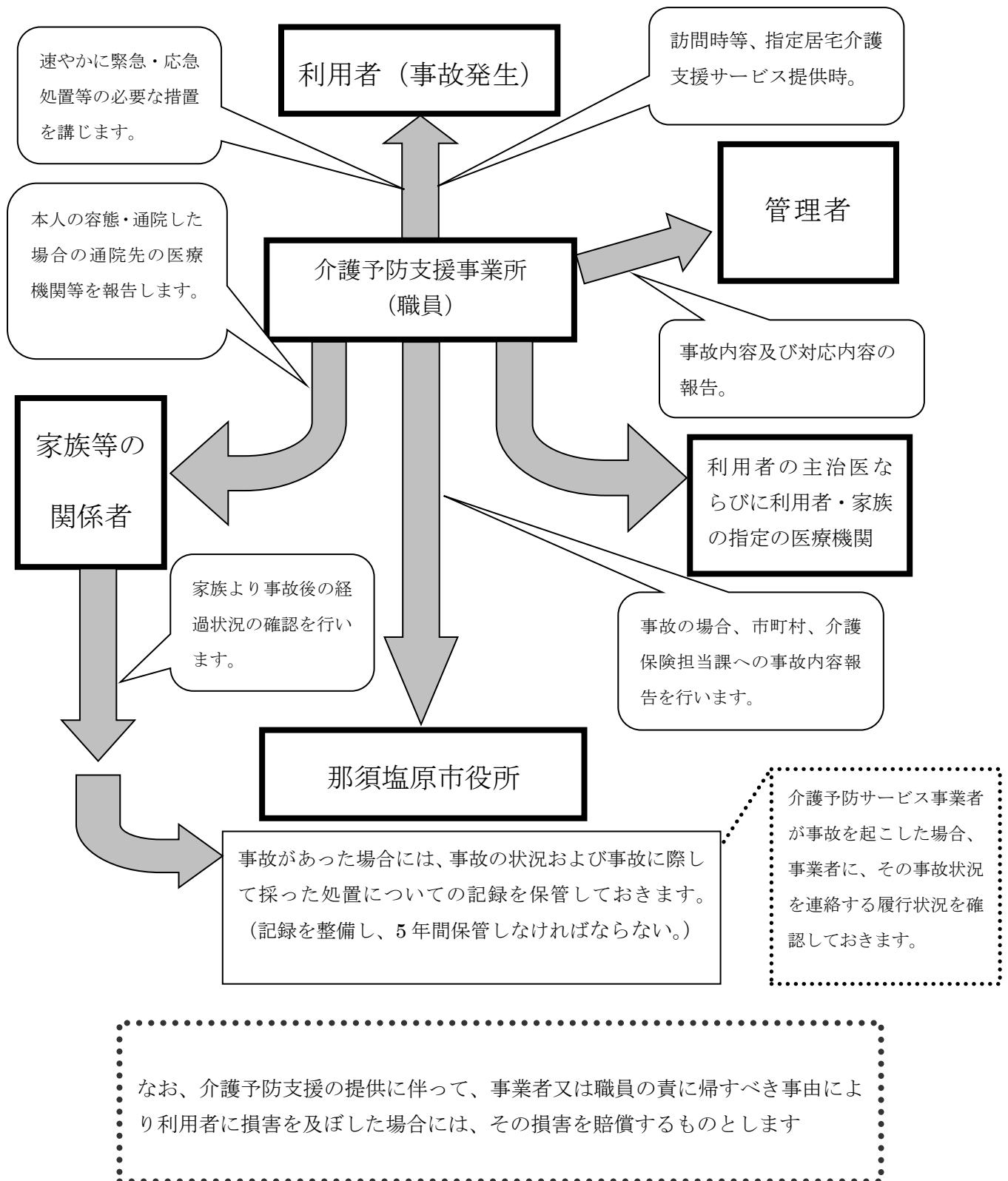
那須塩原市役所（本庁） 高齢福祉課 地域支援係	所在地 栃木県那須塩原市共墾社 108-2 電話番号・0287-62-7327
国民健康保険団体連合会	所在地 栃木県宇都宮市本町 3 番 9 号 栃木県本町合同ビル 6 階 電話番号・028-622-7242
栃木県運営適正化委員会	所在地 栃木県宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 電話番号・028-622-2941

8. 事故発生時の対応

職員は、利用者に対する介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の提供により事故が発生した場には、速やかに必要な措置を講じ、利用者の家族等の関係者及び利用者のかかりつけ医に連絡をとると共に、管理者に報告し必要な措置を講ずることとします。また、事故の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

なお、介護予防支援の提供に伴って、事業者又は職員の責めに帰すべき事由により利用者に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償するものとします。

## 9. 訪問時等の事故発生時対応図





## 10. 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 当事業所は、ご契約者の人権の擁護および虐待の防止を図るため、次に掲げる必要な措置を講じます。
  - ① 虐待の防止に関する対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果を担当職員に周知徹底します。
  - ② 虐待の防止に関する指針を整備し、適切な対応が取れるよう努めます。
  - ③ 担当職員に対し、虐待防止に関する研修を定期的実施し、知識の向上と対応能力の強化を図ります。
  - ④ 上記の措置を適切に実施するための担当者を配置し、虐待の防止および発見時の対応を統括します。
  - ⑤ 利用者やその家族に対し、虐待の防止に関する情報提供や相談支援を行い、虐待の未然防止を推進します。
  - ⑥ 地域の関係機関（行政機関、介護サービス事業者、医療機関等）と連携し、虐待防止のためのネットワークを構築します。
- (2) 事業所は、サービス提供中に担当職員が、利用者が従事者や養護者（家族等）から虐待を受けた疑いがあると認識した場合、速やかに市町および関係機関へ通報を行い、適切な対応を講じます。
- (3) 利用者本人および家族等からの虐待に関する相談を受けた場合、適切な助言や支援を行うとともに、必要に応じて行政機関や関係機関と連携し、利用者の安全確保を最優先に対応します。
- (4) 当事業所は、虐待防止の取り組みを継続的に見直し、必要に応じて改善を行い、利用者が安心して過ごせる環境づくりに努めます。

## 11. 利用者等の禁止行為

当事業所の職員が安全かつ安心して業務を遂行できる環境を維持するため、利用者およびそのご家族等（以下、「利用者等」といいます）には、以下の行為を禁止します。

- ① 暴力行為（職員に対する身体的な攻撃や威嚇的な行為）
- ② 暴言・侮辱（職員に対する差別的、侮辱的、または名誉を傷つける発言）
- ③ セクシャルハラスメント（職員に対する性的な言動や不適切な接触）
- ④ 長時間の拘束や過度な要求（職員を不必要に長時間拘束する行為や、業務範囲を超える過度な要求）
- ⑤ 金品の要求（職員に対して金銭や物品を要求する行為）
- ⑥ 威嚇・脅迫（職員に対する脅迫的な言動や行動）
- ⑦ その他のハラスメント行為（上記に該当しないが、職員の業務遂行を妨げる一切の嫌がらせ行為）

これらの禁止行為が確認された場合、当事業所は利用契約の見直しや、本契約第7条に基づきサービス提供の中止を含む適切な措置を講じることがあります。また、必要に応じて警察や関係機関と連携し、法的対応を行う場合があります。

利用者等には、職員が適切な介護サービスを提供できるよう、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

地域包括支援センターあぐり

説明者職種

- ・ 保健師
- ・ 看護師
- ・ 社会福祉士
- ・ 介護支援専門員
- ・ 主任介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との続柄 \_\_\_\_\_

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成18年3月14日）第4条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。