

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)

1. 地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者・第1号介護予防支援事業者）の概要

事業所名	海岸地区地域包括支援センターあい
所在地 電話番号	茅ヶ崎市東海岸南二丁目6-14 0467-88-1716
事業者指定番号	1402400020
管理者 連絡先（電話番号）	町田 奈津美 0467-88-1716
サービス提供地域	茅ヶ崎市 海岸地区

2. 事業所の職員体制等

(令和6年8月1日現在)

職 種	常 勤	非常勤	職 務 内 容
1) 管理者	1名	—	従事者の管理・指導・業務の管理・事業の状態把握・調整
(2) 保健師	2名	名	介護予防サービス・支援計画の作成、各サービスの提供にあたって必要な連絡調整などの業務
(3) 看護師	名	名	
(4) 社会福祉士	2名	名	
(5) 主任介護支援専門員	1名	名	
(6) 介護支援専門員	名	名	
(7) その他の職員	1名	名	必要な事務

3. 営業時間

営業日	営業時間	休業日
月曜日～土曜日	8:30～17:00	日曜日及び祝日 年末年始（12月31日～1月3日）

※休業日の連絡先

電話は高齢者いつでも安心電話に転送されます。

4. 利用者負担金

- (1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る料金について、原則として利用者負担はありません。
- (2) 担当者が通常のサービス地域をこえる地域に訪問・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る場合があります。

5. 虐待の防止

地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者・第1号介護予防支援事業所）は、利用者の人権擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げるとおり、必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する指針を整備します。
- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について担当者に周知徹底します。
- (3) 担当者が適切に支援を行うために、必要な研修を定期的開催します。
- (4) 虐待の防止に関する措置を適切に実施するため、担当者を設置します。

6. 地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者・第1号介護予防支援事業者）のサービス方針等

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものです。

利用者の心身の状況及びその置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所等から、総合的かつ効率的に提供できるように努めます。

事業の運営にあたっては、茅ヶ崎市、他の福祉サービス提供機関、医療機関、地域の関係機関や関係者等との密接な連携を図るものとします。

利用者は、担当職員に対して複数の介護サービス事業者等の紹介を求めることができます。

また、介護予防サービス・支援計画書に位置付けた介護サービス事業者等の選定理由について、説明を求めることができます。

7. 事故発生時等の対応

地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者・第1号介護予防支援事業所）は、サービスの提供に際して事故が発生した場合には、速やかに利用者家族、医療機関、市町村等関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を迅速に講じます。

8. サービス利用にあたっての禁止事項について

職場におけるハラスメント防止の取組として、サービス利用にあたって以下の事項を禁止とさせていただきます。

- (1) 職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- (3) サービス利用中の職員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音等をインターネット等に無断で掲載すること。

9. 相談・苦情対応窓口

(1) 海岸地区地域包括支援センターあい

所在地	茅ヶ崎市東海岸南二丁目6-14
電話番号	0467-88-1716
ファックス番号	0467-88-6772
対応時間	営業日の8:30~17:00

(2) 茅ヶ崎市福祉部 介護保険課

所在地	茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目一番一号
電話番号	0467-81-7164（ダイヤルイン）
ファックス番号	0467-82-1435
対応時間	月～金の8:30~17:00（祝日、年末年始を除く）

(3) 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）※苦情相談のみ

所在地	横浜市西区楠町27-1
電話番号	045-329-3447
受付時間	月～金の8:30~17:15（祝日、年末年始を除く）

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約の締結にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

地域包括支援センター

（指定介護予防支援事業者・第1号介護予防支援事業者）

事業者名 海岸地区地域包括支援センターあい

説明者 _____

私は、本書面に基づいて地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者・第1号介護予防支援事業者）から重要事項の説明を受け、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に同意のうえ、本書面の交付を受けました。

利用者 _____