

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	日の里地域包括支援センター
所在地・連絡先	(住所)宗像市日の里 2 丁目 28 番地 2 (電話)0940-62-5030 (FAX)0940-62-5031
事業所番号	4003300078
管理者の氏名	和田 圭子

2 事業所の職員体制(令和5年9月1日現在)

職種	人員
管理者	1名 (常勤※主任介護支援専門員兼務)
保健師(保健師に準ずる者)	1名 (常勤 1名)
社会福祉士	1名 (常勤 1名)
主任介護支援専門員	1名 (常勤 1名)
介護支援専門員	2名 (常勤 1名、非常勤 1名)

3 事業の実施地域

事業実施地域	宗像市日の里地区
--------	----------

4 営業時間及び営業日

営業時間	午前8時30分～午後5時
営業日	平日
休業日	土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始(12/29～1/3)

5 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の内容

- (1) 介護予防サービス計画の作成
- (2) 介護予防ケアマネジメントの実施
- (3) 介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス事業者等との連絡調整
- (4) 介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスの実施状況の把握
- (5) 介護予防サービス計画の評価
- (6) 介護予防ケアマネジメントの評価
- (7) 要介護等認定の申請代行
- (8) 給付管理
- (9) 介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス等に関する相談、説明

なお、利用者は介護予防サービス計画に位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能ですが、選定理由の説明を求めることができます。

6 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ついては、原則として利用者の負担はありません。

※ ただし、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合は、1ヶ月につき下記の利用料を頂き、事業所からサービス提供証明書を発行します。

介護予防支援費または 介護予防ケアマネジメ ント費(1ヶ月につき)	(1)初回 (2)2月目以降	7,420円 4,420円
---	-------------------	------------------

※上記金額は契約時点のものであり、介護報酬改定等に伴い変更する場合があります。

(2) 事業実施地域以外にお住まいの方は、介護支援専門員等が訪問するための交通費(実費)の支払いが必要となることがあります。

7 サービス内容に関する苦情処理体制等

苦情があった場合は、速やかに利用者または利用者の家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当職員からも事情を確認します。苦情内容については管理者に報告するとともに、必要があると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議等を行い、検討の結果等を踏まえて、速やかに具体的な対応をします。また、再発予防と今後の改善に役立てるための取り組みを行います。

サービスに関する相談や苦情については、以下の窓口で承ります。

(1) 苦情の受付

当事業所お客様相 談・苦情受付窓口	窓口責任者 和田 圭子(管理者) ご利用時間 午前8時30分から午後5時まで ご利用方法 電話 (0940-62-5030) FAX (0940-62-5031) 面接(当事業所相談室) 〔夜間、休日〕電話 (0940-62-5030) ※上記電話番号にて夜間・休日の連絡先電話番号をご案内いたします。 所在地:宗像市日の里2丁目28番2号
----------------------	---

(2) 相談や苦情の公的受付機関(以下の公的機関において苦情を伝えることができます)

宗像市介護保険課	受付時間 午前8時30分から午後5時まで (土・日・祝日・年末年始(12月29日から1月3日)を除く) ご利用方法 電話 (0940-36-4877) FAX (0940-36-2410) 所在地: 宗像市東郷1丁目1番1号(宗像市役所内)
----------	--

福岡県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相 談窓口（介護保険課）	受付時間 午前8時30分から午後5時まで （土・日・祝日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く） ご利用方法 電話（092-642-7859） FAX（092-642-7856） 所在地：福岡市博多区吉塚本町13番47号 （JR吉塚駅県庁側出口徒歩2分）
---	---

8 事故発生時の対応

万が一介護予防支援業務中に事故が発生した場合は、速やかに応急処置を行うと共に、ご家族に連絡いたします。必要に応じ、かかりつけ医・協力医療機関・関係行政機関等に相談・連絡・連携等の対応を行います。

9 秘密の保持

事業者及び事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者または利用者の家族の秘密を漏らしません。契約終了後も同様です。

利用者は、より良い介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスの提供を受けるため、次の場合、事業者が利用者または利用者の家族の個人情報等を最小限の範囲内において使用します。

- (1) 介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービスの円滑実施のために行うサービス担当者会議等において必要な場合。
- (2) 医療機関及びサービス事業者、宗像市等との連絡調整に必要な場合。
- (3) その他、事業者が実施する利用者の介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス向上のための業務に必要な場合。

10 利用者及び家族へのお願い

次のような行為は、職員の心身に影響を及ぼすばかりでなく、利用者自身のサービスの提供に支障をきたすことになります。

利用者や家族と事業所の信頼関係があってこそ、よりよいサービスの提供が可能となります。

職員が安心して働くことができる環境作りにご理解とご協力を願いします。

- (1) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- (2) 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- (3) 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添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）

※認知症の症状または障害の症状として現れた言動や行動については、よりよいケアにつながるよう、介護予防サービス事業所等関係機関と相談して対応していきます。

また支援事業者が交付する介護予防サービス・支援計画書等は、利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。また、入院時の医療機関との連携を促進する観点から、入院時には担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提示してください。

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あたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

<事業者> 所在地 宗像市日の里2丁目28番地2
事業所名 日の里地域包括支援センター

説明者 氏名 _____

上記内容について説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 宗像市 _____

氏名 _____

<署名代行者> (利用者との関係) _____

住所 _____

氏名 _____