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用）

1　事業所の概要

事 業 所 名	入間市東金子地区地域包括支援センター
所 在 地	埼玉県入間市大字小谷田 77-3 東金子地区センター内
事業所指定番号	第　１１０２８０００３２　号
管 理 者	尾田　千絵
電 話 番 号	０４－２９６０－６３２２
ファックス番号	０４－２９６６－０５７７
サービス提供地域	牛沢町・小谷田（大字含む）・上小谷田・森坂・ 新久・狭山ヶ原・狭山台４丁目
サービス提供時間	月曜日　～　土曜日 午前８時３０分　～　午後５時１５分 （日曜日、祝日、年末年始はお休みです。）

2　事業所の職員体制等

職　　種	人　　員
管理者 兼 主任介護支援専門員	１　名
保健師・看護師	２　名
主任介護支援専門員	名
社会福祉士	名
介護支援専門員	名

3　法人の概要

名称	社会福祉法人　永仁会
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長　　永田　雅良
所在地	埼玉県入間市大字小谷田１６５６番地１
電話	０４－２９６３－４８０１
業務の概要	特別養護老人ホーム、居宅介護支援事業所、デイサービス、グループホーム

4　介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業者

※　利用者が居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む）

事 業 所 名	
所 在 地	
事業所指定番号	第　　号
管 理 者	
電 話 番 号	
ファックス番号	
サービス提供地域	
サービス提供時間	

５　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。

（2）　事業者の職員もしくは居宅介護支援事業者の介護支援専門員が通常のサービス提供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）が必要となります。

６　緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

７　入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、入院する必要が生じた場合には、事業者の職員もしくは居宅介護支援事業者の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先医療機関に伝えてくださいますようお願いします。

８　公正中立なケアマネジメントの確保

利用者は、ケアプランに位置付ける指定介護予防サービス事業所等について、複数の事業所を紹介するよう求めることができます。

９　ハラスメント行為について

事業者は、職員の働きやすい環境を守り、推進していく観点から、セクハラ・パワハラ等のハラスメント行為につきまして、厳正に対処させていただきます。なお、利用者やその家族から職員に対して、以下のようなハラスメント行為があった場合は、契約を解除する場合があります。また、行為の内容により、法的措置を取らせていただくとともに損害賠償を求めることがあります。

（1）　身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

例：コップを投げつける／蹴られる／唾を吐く　等

(2)　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。

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員にいやがらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する　等

(3)　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。

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／入浴介助中、あからさまに性的な話をする　等

(4)　その他ハラスメント行為と認められる行為

１０　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、１の地域包括支援センター、４の居宅介護支援事業所のほか、下記の公的機関へも苦情申出等ができます。

入間市役所　介護保険課	電　話　　０４－２９６４－１１１１ 受付時間　午前８時３０分 ～ 午後５時１５分 （土・日・祝日は除く）
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課　苦情対応係	電　話　　０４８－８２４－２５６８ 受付時間　午前８時３０分 ～ 正午 午後１時 ～ 午後５時 （土・日・祝日は除く）

【 説明確認欄 】

年　　月　　日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて説明しました。

事業所　　所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（業務委託先居宅介護支援事業所）

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む）のみ記入

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、事業所から契約書及び本書面により説明を受け、同意しました。

利用者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿