

【介護予防支援】
【介護予防ケアマネジメント】

重要事項説明書

利用者氏名 _____ 様

社会福祉法人 秀峰会
横浜市城郷小机地域ケアプラザ

1 事業所の概要

事業所名	横浜市城郷小机地域ケアプラザ
所在地	〒 222-0036 横浜市港北区小机町2484-4
介護保険事業所番号	1400900047
管理者および連絡先	管理者 安川 太郎（主任介護支援専門員） 電話 045-478-1133
サービス提供地域	横浜市港北区小机町、烏山町、岸根町

2 事業所の運営方針

- (1) 事業所は、指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業による支援（以下、「介護予防ケアマネジメント」といいます。）に関する知識を有する職員（以下、「担当職員」といいます。）が、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ができるよう配慮して、適正な指定介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを提供します。
- (2) 事業所の担当職員は、利用者が介護予防に資する保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要支援者の依頼を受けて、介護予防サービス計画又は介護保険法施行規則第140条の62の5第3項にいう計画（以下合わせて、「サービス計画」といいます。）を作成するとともに、当該サービス計画に基づく指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図るとともに、公正中立を行うこととします。

3 事業所の職員体制

- (1) 管理者 1名（常勤）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、また、当該事業所の従業者に法令及びこの規程を遵守させるため必要な命令を行います。

- (2) 担当職員 主任介護支援専門員 1名（常勤）
保健師 1名（常勤）
社会福祉士 1名（常勤）

担当職員は、サービス計画の作成その他必要な指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務を行います。

4 通常のサービスの提供日と時間

平日・土曜日	午前9:00～午後6:00
日曜・祝祭日	午前9:00～午後5:00

※12月29日～1月3日及び施設点検日は休日となります。

5 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供方法、内容

- (1) 利用者の相談は事業所内及び利用者の居宅、その他必要と認められる場所にお

いて行うものとしします。

- (2) 利用者及びその家族との面接により、利用者を支援すべき総合的な課題を把握し、自立した日常生活を営むために必要な目標を設定します。
- (3) サービス担当者会議等を通じ、目標を達成するために行うべき支援内容及び期間を定めたサービス計画を作成します。
- (4) 指定介護予防サービス事業者等からの報告及び利用者の継続的なアセスメントにより、サービス計画の実施状況を把握し、必要に応じて計画変更等を行います。
- (5) サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、目標に照らした計画の達成状況について評価を行います。
- (6) その他具体的な提供方法については、横浜市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例第5章及び第1号介護予防支援事業に関し横浜市が定める条例に従って実施します。

6 利用者負担金

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、法定代理受領サービスであるときは、利用者負担金はありません。

7 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (3) 事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

8 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。

医療機関等	主治医等の氏名
	連絡先
緊急連絡先	氏名
	連絡先

9 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の各号に定める措置を講ずるものとしします。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 事業所において、従業者に対し虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

10 身体的拘束等

- (1) 事業所は、利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない。
- (2) 事業所は、身体的拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

11 その他運営に関する重要事項

- (1) 事業所は、担当職員の質的向上を図るため、採用時研修を採用後3ヶ月以内に実施および継続研修を年間4回実施するものとします。
また、業務体制を整備します。
- (2) 担当職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (3) 事業所は、担当職員であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容とします。

12 入院された場合について

- (1) お身体の不調等で入院される事がございましたら、担当職員の所属事業所と氏名及び連絡先について、病院の医師又は、医療相談員、看護師にお知らせください。（担当職員の名刺をお渡しいただくとスムーズです）
- (2) 担当職員が病院と早期から連携して利用者の情報を共有することが規定されておりますので、ご協力をお願いいたします。

13 相談窓口および苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応いたします。

対応時間：午前9時～午後5時

事業所 横浜市城郷小机地域ケアプラザ	電話 045-478-1133
管理者 安川 太郎	FAX 045-478-1155

(2) その他の相談・苦情窓口

① 横浜市港北区役所高齢・障害係 介護保険担当

所在地	〒222-0032 横浜市港北区大豆戸町26-1
電話番号	045-540-2325
FAX番号	045-540-2396
対応時間	平日 午前8時30分～午後5時15分

② 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27番1
電話番号	045-329-3447
対応時間	平日 午前8時30分～午後5時15分

③ 横浜市健康福祉局介護事業指導課

電話番号	045-671-2356
FAX番号	045-550-3615

14 事業者の概要

名 称	社会福祉法人秀峰会
代 表 者 名	理事長 櫻井 大
法 人 所 在 地	横浜市旭区下川井町360番地
電 話 ・ F A X	電 話 045-952-1111 FAX 045-952-2211

法人事業所一覧については、ホームページ参照又は管理者へお問い合わせ下さい。

15 当法人の理念（サービスの方針）

テーマ 天に星 地に花 人に愛

明治時代の文芸評論家である高山樗牛の言葉
(たかやま ちよぎゅう)

「天にありては星、地にありては花、人にありては
愛、
これ美しきもの最たらずや」

理 念

- (1) 人間が主体である。
(ご利用者が常により高い自己実現に向かって生活できる環境をつくります。)
- (2) 連帯の輪を無限に広げていく。
(地域社会との交流を通じて、あらゆる人々が支えあって共に生きる地域連帯の実現を目指します。そして連帯の輪を世界に向かって広げていきます。)
- (3) 日に日に新たな今日を創造していく。
(変動する社会に、常に生き生きと対応してゆける創造的な人間の生活を実現します。)

16 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

事 業 所 名	
所 在 地	
事業者指定番号	
管理者・連絡先	
サービス提供地域	

[交付・説明の確認、同意]

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、本書を交付し上記のとおり説明いたしました。

令和 年 月 日

(所在地) 横浜市港北区小机町2484-4
 (事業者) 社会福祉法人秀峰会
 横浜市城郷小机地域ケアプラザ ㊞

説明者 _____

(業務委託先居宅介護支援事業者)

所在地 _____

事業者名 _____

担当ケアマネジャー _____

※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

私は、事業所から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、本書の交付を受け上記の通り重要事項の説明を受けました。

次の点についてはその内容を理解しました。

- (1) 介護予防サービス計画の作成にあたって担当者に対し複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることが可能であること
- (2) 介護予防サービス計画に位置付けた介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること

また、サービス提供の開始に同意します。

令和 年 月 日

(利用者) 氏名 _____

(家族等代理人) 氏名 _____
 [ご利用者との関係： _____]

(立会人) { 住所 _____
 氏名 _____