

重要事項説明書

(介護予防支援及び第1号介護予防支援事業)

1 事業所の概要

事業所名	杉並区地域包括支援センターケア24上井草
所在地	東京都杉並区上井草3-33-10
事業所指定番号	第1301500011号
管理者・連絡先	管理者：奥山 未来 電話番号：03-3396-0024
サービス提供地域	杉並区 上井草1, 2, 3, 4丁目 井草3, 4, 5丁目

2 事業所の職員体制

管理者	1名	社会福祉士	1名以上
保健師等	1名以上	主任介護支援専門員	1名以上

上記職員を合計7名以上配置することとしております。

3 サービス提供時間

月曜日～土曜日	9:00～17:00
---------	------------

(注) 祝日・休日・年末年始(12/29～1/3)は休業です。

4 当法人のサービスの方針等

(1) サービスの内容

- ① 事業者は、利用者自らが要介護状態になることを予防し、居宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、その上で利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成するとともに、これに基づいてサービス提供が確保されるよう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。
- ② 介護予防支援及び第1号介護予防支援事業にあたっては、利用者の生活機能の状況等を勘案し、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう努力します。
- ③ 介護予防支援及び第1号介護予防支援事業にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の自己選択に基づいて、適切なサービスが多様なサービス提供事業者等から総合的かつ効率的に提供されるように支援します。その際に、提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。
- ④ 利用者は、介護予防サービス・支援計画書に位置づ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できます。また、介護予防サービス・支援計画書原案に位置づけたサービス事業者の選定理由をもとめることもできます。
- ⑤ 介護予防支援及び第1号介護予防支援事業にあたっては、医療サービスとの連携に十分配慮いたします。また、居宅サービスの利用開始にあたり、利用者及び利用者家族に対して、入院時に担当者の所属事業所や氏名等を入院先医療機関に提供することを依頼します。
- ⑥ 事業者は、介護予防サービス・支援計画書の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更、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。
- ⑦ 前項の介護予防サービス・支援計画書の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。

(2) 居宅介護支援事業者【介護支援専門員(ケアマネジャー)が所属してケアプランの作成や介護サービスの調整を行う事業者】への作成依頼

- ① 利用者が居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案作成を希望された場合は、すみやかに当該居宅介護支援事業者と調整を図ります。
- ② 居宅介護支援事業者の決定後、事業者は重要事項説明書別紙として居宅介護支援事業者名、担当者名、連絡先を記載した「介護予防支援及び第1号介護予防支援事業説明書」を発行し、利用者へ説明します。利用者と事業者の合意のもとで支援計画書作成依頼を行います。
- ③ 介護予防サービス・支援計画書原案作成の業務を受託した居宅介護支援事業者は、本契約の趣旨を尊重して介護予防サービス・支援計画書原案作成業務に従事することとします。
- ④ 事業者は、介護予防サービス・支援計画書原案作成について居宅介護支援事業者に助言・指導するとともに、作成された介護予防サービス・支援計画書原案について内容の妥当性を評価し意見を付します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

電話等でお申し込みください。ケア24上井草の職員が利用者宅等にお伺いいたします。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。事業所が介護予防支援及び第1号介護予防支援事業の一部を居宅介護支援事業所に委託する場合は、契約締結の後、居宅介護支援事業所の介護支援専門員がサービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合は、文書で申し出てください。いつでも解約できます。
- ② やむを得ない事情により事業所の都合でサービスを終了する場合は、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。
- ③ 以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・介護予防支援及び第1号介護予防支援事業でサービスを受けていた利用者の要支援認定が、非該当(自立)又は要介護と認定されたとき。
 - ・利用者が死亡したとき。
 - ・利用者が転出し杉並区の被保険者及び第1号介護予防支援事業対象者でなくなったとき。
 - ・利用者が介護予防特定施設入居者生活介護等のサービスを受けるとき。
- ④ その他、利用者やご家族などが、事業所に対して本契約を継続し難いほどの背信行為があり、その改善が見込めない場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了します。

6 介護予防支援及び第1号介護予防支援事業の実施概要等

介護予防支援及び第1号介護予防支援事業の提供方法及び内容は次のとおりです。

- ① 提供方法は、「杉並区指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに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(注1)」及び「杉並区介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱(注2)」の規定に沿って行います。

注1:「条例 Web アーカイブデータベース」にて条例名を検索することでインターネット閲覧が可能です。

注2:「杉並区例規類集」の要綱集 第7章介護保険課にてインターネット閲覧が可能です。) 詳細は担当職員にお尋ねください。

- ② 利用者の相談を受ける場所は、1に定めるケア24上井草の事業所または、利用者宅とします。
- ③ 介護予防サービス計画の作成
 - 1) サービス利用にあたっては、介護予防サービス、その他の福祉・保健サービスについて丁寧に説明し、利用者が自己選択できるよう支援します。
 - 2) 訪問による面接により利用者の心身の状態や、日常生活の状況を把握し、介護予防サービス計画を作成します。

- ④ ケア 24 が開催するサービス担当者会議及び杉並区が開催するケアマネジメント支援会議
- 1) サービス担当者会議の開催場所は利用者宅とします。杉並区が開催するケアマネジメント支援会議は杉並区施設で開催されます。
 - 2) サービス担当者会議及びケアマネジメント支援会議では、利用者の状況や支援方針等に関する専門的意見を求めます。サービス担当者会議については、やむを得ない理由があり関係者が出席できない場合は、担当者に対し意見照会を求めます。
- ⑤ サービス担当者によるモニタリングおよび居宅訪問頻度
- 1) モニタリングとは、訪問面接または電話連絡により、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防サービス計画どおり実行できているかを把握することです。
 - 2) モニタリングは、少なくとも1か月に1回行います。
 - 3) 訪問によるモニタリングは、サービス提供開始月の翌月から起算して3か月目に初回を行います。以後は、3か月に1回の頻度で訪問いたします。
 - 4) 訪問によるモニタリングは、以下ア)、イ)の条件のいずれにも該当する場合は、6か月に1回の訪問を可能とします。
- ア) 利用者の同意を得ている。
- 私は、説明を受けたうえで、テレビ電話装置等を利用したモニタリングを希望します。
(モニタリングの方法に関する希望は随時変更が可能です。)
- イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、その他関係者の同意を得ている。
1. 利用者の状態が安定していること。
 2. 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)
 3. テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
 - 5) サービスの評価期間が終了する月は訪問によるモニタリングを行います。
 - 6) 利用者の状況に著しい変化があったときは訪問によるモニタリングを行います。
 - 7) 訪問しない月には電話又はテレビ電話装置等によるモニタリングを行います。

7 利用者負担金

以下に定める介護予防支援及び第1号介護予防支援事業に要した費用については、介護保険法第58条第4項の規定に基づいて、事業者が受領(法定代理受領)する場合は利用者の自己負担はありません。

基本料金	442単位 (5,038円) / 月	① 通常時(予防給付発生期間中、毎月)
初回加算	300単位 (3,420円) / 月	基本料金に加え、以下①②のいずれかの要件を満たすこと。 ①新規に介護予防支援サービス計画を作成したとき。 ② 要介護者が要支援認定を受けたとき。
委託連携加算	300単位 (3,420円) / 月	基本料金に加え、計画作成を居宅介護支援事業所へ委託した際の初回月に算定。
介護職員等処遇改善加算	基本単位×2.1%/月	職員の給与改善を目的とし、適切な措置を講じている場合。

事業者の担当者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)の支払いが必要となります。

8 杉並区への届出

この介護予防支援及び第1号介護予防支援事業のサービスを受ける際には、その旨を杉並区に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続は担当者もしくは介護支援専門員にご相談ください。

9 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、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

1 0 災害や感染症の対応力強化

感染症や災害が発生した場合のため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、職員に研修及び訓練を実施します。感染が発生、又はまん延しないように、防止のための指針を整備し委員会を開催し職員に対する研修を実施します。

1 1 虐待の防止

利用者の人権擁護、虐待防止の観点から、次に掲げる必要な措置を講じます。

- 1) 虐待の発生またはその再発を防止するための指針を整備します。
- 2) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- 3) 虐待防止に関する責任者を選定します。
- 4) 成年後見制度の利用を支援します。

1 2 ハラスメントの防止

当事業所は、ハラスメントに対する予防措置を講じ、発生時には迅速かつ公正な対応を行います。これにより、担当者が安心して働ける環境を確立し、質の高いサービスを提供する事を目指します。利用者及びその家族はサービス利用に当たり、次の行為を禁止します。

ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

- 1) 身体的暴力（身体的な危害を及ぼす行為）
- 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）
- 3) セクシュアルハラスメント
（意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為等）
- 4) カスタマーハラスメント
（威圧的態度、理不尽かつ過度なクレームや言動、サービス提供時間外における業務の強制等）

1 3 東京都福祉サービス第三者評価の有無 有・無

1 4 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、次の窓口にご連絡願います。

杉並区地域包括支援センターケア 24 上井草	
電話番号：03-3396-0024	FAX番号：03-5311-1291
苦情相談・解決担当者 奥山 未来	苦情相談・解決責任者 弓谷 妙子
社会福祉法人サンフレンズ オンブズマン事務局（法人事務局内）	
当法人のオンブズマンが相談内容を調査し、法人の理事長・役員・所長等に対する報告・意見・勧告を行います。	
電話番号：03-3394-9833	FAX番号：03-3394-9834

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

杉並区 介護保険課相談窓口	所在地 東京都杉並区阿佐谷南1-15-1 電話番号 03-3312-2111（代表）
東京都 国民健康保険団体連合会	所在地 東京都千代田区飯田橋3-5-1 電話番号 03-6238-0177

※東京都国民健康保険団体連合会は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

1.5 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人サンフレンズ
代表者名	理事長 笹室 学
本部所在地	東京都杉並区上井草3-33-10

当法人が運営する事業

1. 定款に定める事業	
介護老人福祉施設 短期入所生活介護	特別養護老人ホーム上井草園 特別養護老人ホームサンフレンズ善福寺
共生型短期入所	特別養護老人ホームサンフレンズ善福寺
通所介護 共生型生活介護	高齢者在宅サービスセンター和田ふれあいの家 高齢者在宅サービスセンター和泉ふれあいの家 高齢者在宅サービスセンター松ノ木ふれあいの家
居宅介護支援	サンフレンズ上井草支援センター
小規模多機能型居宅介護	おあしす上井草小規模多機能ホーム
2. 杉並区からの事業受託事業	
地域包括支援センター事業	杉並区地域包括支援センターケア24上井草 杉並区地域包括支援センターケア24善福寺 杉並区地域包括支援センターケア24和田
高齢者住宅生活協力員事業	和田みどりの里 和泉みどりの里

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

介護予防支援及び第1号介護予防支援事業にかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者

杉並区地域包括支援センターケア24上井草

説明者

令和 年 月 日

介護予防支援及び第1号介護予防支援事業に係る契約の締結にあたり、上記の通り説明を受け同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

代筆者・代理人

住所 _____

氏名 _____ 印

(本人との関係 _____)

重要事項の説明を受け、同意した証として、この重要事項説明書を2通作成し、利用者が署名捺印の上

1通ずつ保有するものとします。