

介護予防支援等重要事項説明書

1 当事業者が提供するサービスについての相談窓口

（電話） 03-5399-5347 （月曜～土曜の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで）

（担当） 北町はるのひ地域包括支援センター 担当職員

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）の概要

(1) サービス提供地域等

事業者名	北町はるのひ地域包括支援センター
所在地	練馬区北町六丁目 35 番 7 号
介護予防支援事業の指定	練馬区指定 事業者番号 1302000102
サービスを提供する地域	練馬区 氷川台・早宮・北町 6～7 丁目

(2) 職員体制（令和 6 年 4 月 1 日現在）

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者（※）	1 名		管理	1 名
保健師または看護師	1 名		介護予防支援等	1 名
社会福祉士	2 名		介護予防支援等	2 名
介護支援専門員	1 名	2 名	介護予防支援等	3 名

※ 管理者は社会福祉士を兼ねます。

(3) 営業時間

月曜～土曜（※）	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
日曜・祝日・国民の休日	なし

※ 12 月 29 日から 1 月 3 日まで休業

3 基本方針

- (1) 介護予防支援等の提供に当たり、ご利用者が可能な限りその居宅において、自立し日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- (2) 介護予防支援等の提供に当たり、ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者の選択に基づき、ご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および福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。
- (3) 介護予防支援等の提供に当たり、ご利用者の意思および人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、ご利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類または特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- (4) 介護予防サービス計画原案に位置づけた事業者等の選定理由について、利用者またはその家族には文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行います。

(5) 事業の運営に当たっては、練馬区、他の地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。

4 第三者評価の実施状況

- (1) 第三者評価の実施の有無：無
- (2) 実施した直近の年月日
- (3) 実施した評価機関の名称
- (4) 評価結果の開示状況

5 虐待防止【虐待の発生またはその再発を防止するため講じるべき措置としての内容】

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します
- (2) 虐待防止のための指針を整備します
- (3) 従業者に対し研修を年1回以上定期的に実施します
- (4) 上記(1)～(3)までを適切に実施するために社会福祉士を担当者と定めます。

6 感染症の予防およびまん延の防止のための措置

- (1) 感染症の予防およびまん延の防止のための対策を検討する委員会の設置をし、おおむね6か月に1回以上定期的に開催するとともにその結果を担当職員に周知します
- (2) 感染症予防および蔓延防止のための指針を整備します
- (3) 感染症予防および蔓延防止のための研修、訓練を年1回以上定期的に実施します

7 業務継続計画の策定

- (1) 感染症や、非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防支援の提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます
- (2) 担当職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います

8 他のサービス事業所との連携によるモニタリング

以下の要件を満たした場合に、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを行うことがあります。

- (1) ご利用者から文書により事前に同意を得ます
- (2) サービス担当者会議において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ます
 - ① ご利用者の心身の状況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、ほかのサービス事業者との連携により情報を収集すること。
- (3) 少なくとも6か月に1回は利用者の居宅を訪問します。
なお、月に1回はモニタリングの結果を記録します。

9 利用料金

事業者が提供する介護予防支援等に対する料金規定は、【介護予防支援等重要事項説明書別紙】のとおりです。

10 介護予防支援等の提供開始に際しての同意事項

(1) 介護予防サービス計画等は前記3に規定する基本方針およびご利用者の希望に基づき作成されるものであり、ご利用者は、担当者に複数の指定介護サービス事業者等を紹介するよう、求めることができます。

(2) ご利用者が病院または診療所に入院する必要がある場合には、ご利用者またはご家族は、担当職員の氏名および連絡先を当該病院または診療所に伝えていただくよう、お願いいたします。

11 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、地域包括支援センターにご相談ください。委託事業者か地域包括支援センターの職員がご連絡いたします。契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービス（契約）の終了

ア ご利用者のご都合で契約を終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

イ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

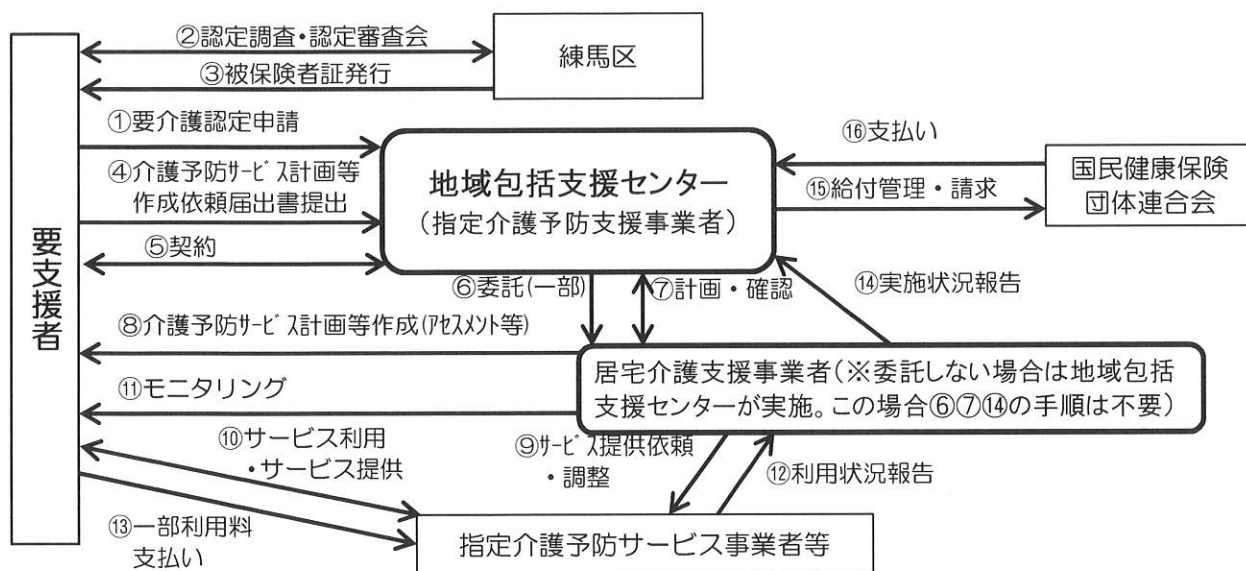
- ・ご利用者が介護予防支援等を必要としない施設に入所またはサービス利用を開始された場合
- ・要介護・要支援認定区分において、要介護1～5と認定され、介護サービスの利用を開始した場合
- ・健康長寿チェックシートにおいて、事業対象者に該当しないと判定された場合
- ・ご利用者が当事業者の担当地域から転出された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

ウ その他

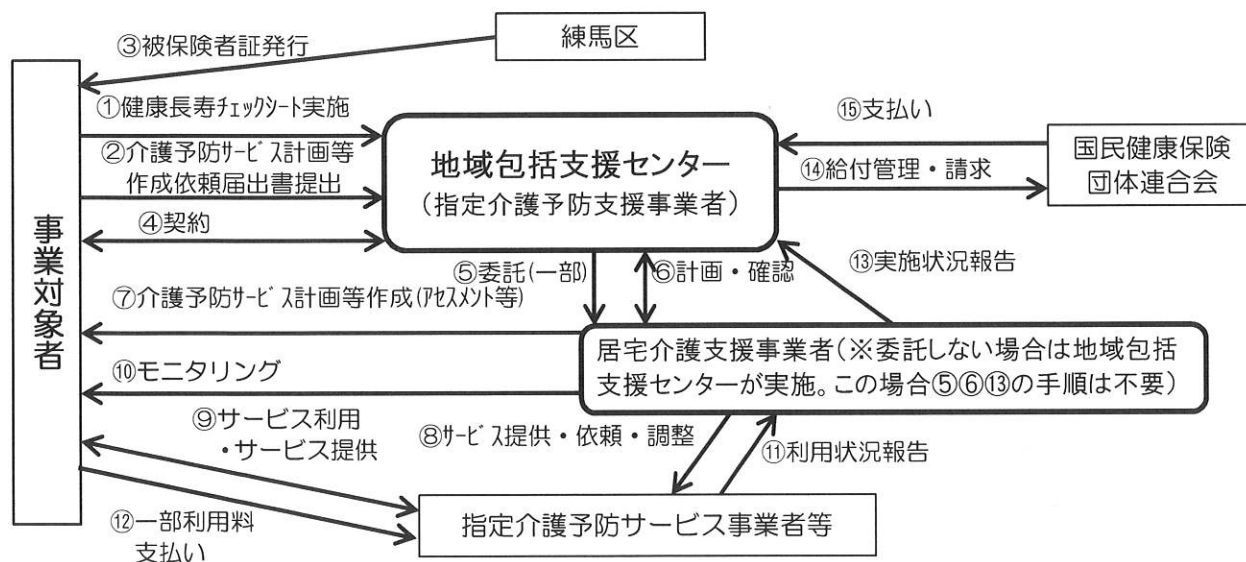
ご利用者やご家族などが、当事業者または当事業者の担当職員等に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただきます。

12 介護予防支援等の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

(1) 要支援1・2の方の場合



(2) 事業対象者の場合



13 当事業者の介護予防支援等の特徴等

(1) 介護予防支援等の提供にあたっての方針

地域包括支援センターの責任を明確にし、業務の一部を委託する場合は、委託先との連携を密にしていきます。

(2) 介護予防支援等の実施概要等

介護予防サービス計画等の作成の手法においては、ご利用者の生活機能の維持・改善を図る観点から、現在の状況や具体的な目標を明らかにし、区独自様式または東京都推奨様式に基づいて実施していきます。

(3) サービス利用のために

事項	有無	備考
担当職員の変更	○	変更を希望される方はお申し出ください。
調査（課題把握）の方法	○	区独自様式または東京都推奨様式
職員への研修の実施	○	区・都・国等の研修に参加します。
その他		

14 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業者のご利用者からの相談・苦情担当

当事業者の介護予防支援等に関するご相談・苦情、および介護予防サービス計画等に基づいて提供されている各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

（担当） 管理者： 北町はるのひ地域包括支援センター センター長
電話 03-5399-5347

(2) その他

当事業者以外に、保険者（区市町村）の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
また、以下の窓口においても、苦情・相談をお受けしております。

・練馬区保健福祉サービス苦情調整委員 事務局

練馬区豊玉北六丁目 12 番 1 号 電話 03-3993-1344 Fax 03-3993-1344

・東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課介護相談窓口担当

千代田区飯田橋三丁目 5 番 1 号 東京区政会館 10 階 電話 03-6238-0177

15 当事業者の概要

法人名 社会福祉法人 キングス・ガーデン東京
事業者名 北町はるのひ地域包括支援センター
法人代表者職・氏名 理事長 片山 信彦

所在地 練馬区北町六丁目 35 番 7
電話番号 03-5399-5347

年 月 日

当事業者は、介護予防支援等の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

(事業者)

所在地 練馬区北町六丁目 35 番 7

法人名 社会福祉法人 キングス・ガーデン東京

事業者名 北町はるのひ地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）

法人代表者職・氏名 理事長 片山 信彦

印

(説明者)

所属

氏名

印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防支援等についての重要事項の説明を受け、同意しました。また、交付を受けました。

(利用者)

住所

氏名

印

(代理人)

住所

氏名

印