

介護予防支援等重要事項説明書

1. 池尻あんしんすこやかセンターが提供するサービスについての相談窓口

電話： 03-5433-2512 (月～土曜日 午前8時30分～午後5時00分)

担当： 管理者 河野 由香

2. あんしんすこやかセンター(指定介護予防支援事業者)の概要

(1) あんしんすこやかセンター(指定介護予防支援事業者)のサービス提供地域等

事業所名	池尻あんしんすこやかセンター
所在地	東京都世田谷区池尻3丁目27番21号
電話・FAX	TEL 03-5433-2512 FAX 03-3418-5261
指定介護予防支援事業者番号	1301200174
サービスを提供する地域	池尻1～3丁目・4丁目(1～32) 三宿1・2丁目

(2) 同事業所の職員体制(兼務有)

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名		事業所の管理・運営全般	1名
介護予防支援担当職員	7名(1名管理者兼務)		介護予防支援に関する業務	7名

(3) 営業時間

月～土曜日 午前8時30分～午後5時00分

※祝日及び12月29日～1月3日は休業

3. 利用料金

(1) 利用料

要支援認定又は事業対象者認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

※ 保険料の滞納等により、保険給付金が直接、当事業者に支払われない場合、1ヶ月につき、以下の金額をお支払いいただき、当事業者からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日世田谷区の窓口に提出しますと全額払戻しを受けられます。なお、上記所定の金額が、介護報酬の関連法令・通知の改正等により、変更された場合には、改訂後の金額をいただきます。

- ・介護予防サービス計画費 5,038円
- ・介護予防ケアマネジメント費 5,038円

なお、利用者の状況により、以下の加算が算定される場合があります。

- ・初回加算 3,420円
- ・委託連携加算 3,420円

(2) 交通費(介護予防支援のみ)

前記 2 の (1) の通常のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域に、担当職員がお訪ねする場合は、交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

ご利用者はいつでも契約を解約することができ、一切解約料はかかりません。

4. サービス計画の作成等の委託について

当事業者は、介護予防サービス計画等の作成事務、ご利用者宅へ訪問して行う業務及びこれらに付随する事務を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。この場合、委託先の事業者名等をお知らせします。

5. 介護予防支援等の利用方法

(1) 介護予防支援等利用の開始

まずは、あんしんすこやかセンターにご相談ください。あんしんすこやかセンターか委託事業者の職員がお伺いします。契約を締結した後、介護予防支援等の提供を開始します。

(2) サービス事業所の紹介について

ご利用者及びその家族等の意思に基づいた契約であることから、ご利用者及びその家族は、介護予防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。また、当該サービス事業所をケアプランに位置づけた理由についても利用者及びその家族は当事業者に説明を求める事ができます。

(3) 医療と介護の連携

介護予防支援等の提供の開始にあたり、ご利用者が入院した場合、担当職員の氏名等を入院先医療機関に提供するようお願いいたします。医療機関及び主治医とご利用者の情報等を共有し、連携いたします。

(4) 介護予防支援等の終了

①ご利用者の都合で介護予防支援等を終了する場合

文書でのお申し出により、いつでも解約できます。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に介護予防支援等を終了いたします。

- ・ご利用者が介護予防支援等を必要としない施設に入所又はサービス利用を開始された場合
- ・介護予防支援等を受けていたご利用者が要介護・要支援認定区分において、要介護と認定された場合(事業対象者としてサービスを受けていたご利用者の場合は、要介護と認定され、介護給付サービスの利用を始めたとき)
- ・基本チェックリストにおいて、事業対象者と認められない場合
- ・ご利用者が当事業所の管轄地域から転居された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

③その他

ご利用者やご家族などが、当事業者や当事業者の担当職員に対して本契約を継続し難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、即座にサービスを終了させていただくことがあります。

6. 介護予防支援等の申込みからサービス提供までの流れと主な内容

(1) 申込受付・契約締結

- ・ 契約書・重要事項説明書等を説明し、同意を得たうえで、契約締結します。



(2) アセスメント

- ・ ご利用者の状況把握・課題分析をします。
- ・ ご利用者の状況を踏まえ目標や具体的な支援策を提案します。



(3) 介護予防サービス計画等原案の作成

- ・ アセスメントの結果を基に介護予防サービス計画等原案を作成します。



(4) サービス担当者会議

- ・ 原案をもとに、ご利用者及びその家族、サービスにかかわる担当者としてサービス担当者会議を開催し、介護予防サービス計画等を全員で共有します。



(5) 介護予防サービス計画等の交付

- ・ ご利用者及びその家族に介護予防サービス計画等の内容や指定介護予防サービス等の利用料について説明し、利用者から同意をいただきます。同意後、利用者に介護予防サービス計画書等を交付します。



(6) サービス提供

- ・ 介護予防サービス計画書等に基づき適切にサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。



(7) モニタリング（見直し）

- ・ ご利用者及びそのご家族、指定介護予防サービス事業者等との継続的な連絡による月に1回のモニタリングと3ヶ月に1回は、利用者宅に訪問、面接することにより、サービスの実施状況の把握や経過記録を実施します。



(8) 評価

- ・ 計画の達成状況や効果、目標達成状況を評価します。



(9) 計画の変更

- ・ ご利用者の状況に変化があった場合やご利用者が介護予防サービス計画等の変更を希望した場合、関係者等が介護予防サービス計画等の変更が必要と判断した場合に

は、ご利用者との合意の上、介護予防サービス計画等の変更を行います。

7. 当事業者の特徴等

(1) 運営の方針

ご利用者の意思及び人格を尊重し、総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう公正中立に介護予防支援等を行います。

(2) 介護予防支援等の実施概要等

二次アセスメントシートを使用し、ご利用者が自立した生活を営む上で解決しなければならない課題の把握と分析を行います。生活機能の維持・改善を目指し、ご利用者・ご家族と相談しながら、ご利用者ができることを最大限に引き出すことを基本とし、目標や具体策に基づき、介護予防サービス計画等を作成します。委託した場合においても実施状況及び介護予防サービス計画等の確認等を行い、継続的・包括的に必要な支援が受けられるようにします。

8. 秘密の保持

担当職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく使用しません。この守秘義務は契約終了後及び退職後も同様です。

事業者はご利用者及びそのご家族に関する個人情報について、サービスを円滑に提供するために実施される指定介護予防サービス事業者等との連絡調整、サービス担当者会議等において必要な場合、ご利用者及びご家族の同意をいただいたうえで、必要最小限の範囲内で使用します。ただし提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、ご利用者に対する介護予防支援等の提供により事故が発生した場合は、速やかに世田谷区、ご利用者のご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、介護予防支援等の提供にあたり、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

10. サービス内容に関する苦情

当事業所、当法人、その他、区や東京都国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に設置された苦情相談窓口にご相談ください。

苦 情 相 談 対 応 窓 口 の 名 称・連 絡 先・対 応 時 間	事業所の苦情相談 対応窓口	名 称	池尻あんしんすこやかセンター
		連 絡 先	TEL：03-5433-2512 FAX：03-3418-5261
		対応時間	8:30～17:00（日祝休日・年末年始を除く）
	区の苦情相談 対応窓口	名 称	世田谷総合支所 保健福祉センター 保健福祉課 地域支援担当
		連 絡 先	TEL：03-5432-2850
	国保連の苦情相談 対応窓口	名 称	東京都国民健康保険団体連合会
		連 絡 先	TEL：03-6238-0177

11. 当事業者の概要

法人名 社会福祉法人 こうれいきょう
代表者名 理事長 近藤 みつる
所在地 東京都世田谷区三宿1丁目8番10号 山元ビル
電話番号 03-5433-2511

令和 年 月 日

当事業所は介護予防支援等の提供開始にあたり、ご利用者に対して、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 東京都世田谷区三宿1丁目8番10号山元ビル

事業者名 社会福祉法人 こうれいきょう

代表者 理事長 近藤 みつる

(事業所) 所在地 東京都世田谷区池尻3丁目27番21号

事業者名 池尻 あんしんすこやかセンター

担当者

私は、本書面により、事業所から介護予防支援等についての重要事項説明を受け、同意いたしました。

ご利用者 <住 所>

<氏 名>

(代理人・ご家族・その他)

<ご利用者との関係>

<住 所>

<氏 名>

2025. 7