介護予防支援等重要事項説明書

Ｒ8．１０．１現在

１　介護予防支援等担当職員

氏　名　　連絡先　　３８７７-８６９０

（但し、居宅介護支援事業所へ委託する場合は、委託通知書にてお知らせします）

２　料　金

・介護予防支援等利用料は、介護予防支援等の提供開始以降 １ヶ月あたり￥５，０３８－です。ただし、初回月に限り￥３，４２０－が加算されます。

・居宅介護支援事業所へ委託する場合、個々のケアプラン作成について居宅介護支援事業所との適切な情報連携等を行った場合は、委託する初回月に限り、また利用者１人あたり１回に限り、￥３，４２０－が加算されます。

・　介護職員等処遇改善加算として月額の２．１%（１０５～２５０円）が加算されます。

なお、法定代理受領により上記の介護予防支援に対し、**事業者に介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はございません。**

・介護保険適用の場合でも、利用者の保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、金額の全額をお支払いいただき、事業者からサービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日、江戸川区の窓口に提出しますと、差額等の払戻しを受けることができます。

３　介護予防支援事業所の概要

（１）　介護予防支援事業所の指定番号及びサービス提供地域

事　業　所　名	なぎさ和楽苑東葛西地域包括支援センター
所　在　地	134-0084 東京都江戸川区東葛西７－１２－６
介護保険指定番号	介護予防支援　１３０２３００１５５
サービスを提供する地域 ＊	葛西中央圏域、長島・桑川圏域

＊上記地域以外の方でもご相談ください。

（２）　同事業所の職員体制

	資　格	常　勤	非常勤	備考
管　理　者	主任介護支援専門員	１名		兼務
介護予防支援担当職員	社会福祉士	１名		兼務
介護予防支援担当職員	保　健　師	１名		
介護予防支援担当職員	社会福祉士	４名		
事務職員			１名	

（３）　営業時間

月～土曜日	０９：００～１８：００

※　日曜・祝日・年末年始（１２/２９～１/３）は休み

※　時間外の連絡先　：　０３－３６７５－１２０１

４　当事業所の介護予防支援等の特徴等

（１）運営の方針

地域で生活する要支援状態の方々が安心して生活を継続できるよう、また、適正な利用ができるように公正中立な立場で情報を提供し、心身の状況・置かれている環境を勘案し、利用者の要望を最大限反映させた介護予防サービス計画等を作成していきます。計画作成時には、効果的な自立支援が図られるように提案をしてまいります。計画には介護予防サービスおよび介護予防・生活支援サービスだけでなく、地域の社会資源も活用し、真に利用者のためになる計画作成を心がけていきます。利用者の方は、介護予防サービス計画等に位置付けるサービス事業所について、複数の事業所の紹介や、その選定理由の説明を求めることができます。

利用者の方が、安定した生活を送れるように計画を作成するだけでなく、計画が適切に実施されているか随時確認し、事業者との連携をはかり、現実に即した対応ができるように心がけます。

（２）介護予防支援等の実施概要等

介護予防支援等を行うにあたり、東京都推奨版のサービス計画書等を使用し、情報収集から計画作成、評価までを行います。利用者の要望だけでなく、自立支援にむけた積極的なアドバイスを行っていきます。

（３）医療等との連携

介護予防支援等を行うにあたり、医療等関係機関との連携を図っていきます。

①スムーズに連携を図るために、医療機関に入院をされましたら、入院先の医療機関に対し担当の介護支援専門員等の氏名等をお伝えください（お渡しした名刺等をご提示ください）。

②利用者の方が医療系のサービス利用を希望される場合、主治の先生へ意見を求めます。また、意見を求めた先生に対し、介護予防サービス計画等作成後に計画書を交付します。退院後早期にリハビリを開始する観点から、介護予防サービス計画等に通所リハビリ・訪問リハビリを位置付ける際には、入院中の医療機関の医師の意見を求めます。

③訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員等が把握した利用者の状態等について、主治の医師等に必要な情報を伝達いたします。

④介護保険と同時に障害福祉制度を利用されている場合、相談支援専門員等と連携を図っていきます。

（４）ハラスメントの防止

「ハラスメント防止規程」に基づき、職場におけるハラスメント防止の取組、相談体制の構築、マニュアルの作成や研修の実施など職員が働きやすい環境づくりに取り組んでまいります。また、利用者・家族等による職員に対して、暴言・暴力・サービスとは関係ない要求・誹謗中傷・長時間の拘束・セクシャルハラスメントなど職員の安全や心身の健康に影響が生じる恐れがある場合には、状況の改善に向けてご協力をお願いすることがございます。解決困難で健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、行政に相談の上、サービス中止や契約を解除する場合もございます。

（５）虐待防止にむけた体制

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、利用者の人権擁護、虐待発生またはその再発の防止のため、虐待防止検討委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に取り組んでまいります。また、措置を適切に実施するための専任の担当者を配置いたします。

（６）身体的拘束等の適正化の推進

利用者またはほかの利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、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いたします。

（７）感染症・災害等に対する体制

感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底のため、感染対策委員会の開催、指針の整備、研修・訓練の実施等に取り組んでまいります。措置を適切に実施するための専任の担当者を配置いたします。

また、感染症や自然災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画（ＢＣＰ）等の策定、研修・訓練の実施等に取り組んでまいります。

（８）運営規定の概要、重要事項などの開示について

事業所の運営規定の概要等の重要事項については、事業所内での書面掲示に加え、ホームページ上で閲覧ができるよう掲載いたします。

（９）実施状況の把握について

３月に１回並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接します。ただし以下の条件を満たした場合はテレビ電話装置、その他の情報通信機器を活用した面接を行うことがございます。

① 利用者が同意していること。　　【　テレビ電話等を活用した面接に同意します　　口　】

② 次に掲げる事項について主治医、サービス関係者の合意を得ていること。

a:利用者の状態が安定していること。

b:利用者がテレビ電話装置等を介した意思疎通ができること。（家族のサポートも含む）

c:テレビ電話装置等では収集できない情報について、サービス関係者との連携により収集すること。

③ 少なくとも６月に１回は利用者宅を訪問すること。

５　サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の介護予防支援等に関するご相談、苦情等は担当職員か下記窓口までお申し出ください。

＜サービス相談窓口＞

電話番号：０３－３６７５－１２０１　　担　当　　阪本　彰史

＜なぎさ和楽苑　第三者委員会＞

・ 長　田　久　雄（委 員 長）桜美林大学名誉教授
・ 岡　村　郁　子　　江戸川区社会福祉協議会　事務局長
・ 横　内　　博　　ボランティア「なぎさグループ」代表
・ 坪　井　順　子　　なぎさ和楽苑家族会ＯＢ
・ 小　坂　順　子　　江戸川区民生児童委員協議会　葛西第三地区　会長

第三者委員へご相談のご希望の場合は、サービス相談担当までお申し出ください。電話、面談等調整をさせていただきます。

（受付時間　月曜日～土曜日　　０９：００～１７：００　年末年始・祝日除く）

当事業所が設置する窓口以外でも相談・苦情の窓口を設置しています。

＜江戸川区役所内＞ 介護保険課事業者調整係　　電話：０３－５６６２－００３２ ＜東京都国民健康保険団体連合会＞ 介護相談窓口担当　　電話：０３－６２３８－０１７７ （受付時間　月曜日～金曜日　　０９：００－１７：００　年末年始・祝日除く）

６　なぎさ和楽苑東葛西地域包括支援センターの概要

○　名称・法人種別　　社会福祉法人　東京栄和会
○　代表者・役職　　理事長　鈴　木　信　男
○　所在地　　東京都江戸川区東葛西７－１２－６
○　電話・Fax 番号　　TEL　３８７７－８６９０　　FAX　３８７７－８６９３
○　法人本部で行う他の事業
（１）介護保険事業（介護予防・総合事業含む）
①　介護老人福祉施設　　②　短期入所生活介護
③　通所介護　　④　認知症対応型通所介護
⑤　通所型サービス（緩和型）　　⑥　訪問介護
⑦　訪問看護　　⑧　福祉用具貸与
⑨　居宅介護支援（介護予防支援）
（２）江戸川区委託事業
①　地域包括支援センター（熟年相談室）
（３）診療所
①　博愛ホーム診療所
（４）都市型軽費老人ホーム
①　ＪＯＹなぎさ
（５）特定相談支援事業
（６）障害児相談支援事業
（７）障害福祉サービス事業
①　短期入所
②　在宅心身障害者施設入浴サービス（区委託事業）
③　居宅介護・重度訪問介護

「この重要事項説明書に書かれている内容について＿＿＿＿＿＿＿＿から説明を受け、同意いたします」

年　　月　　日　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）