**介護予防支援・第１号介護予防支援事業重要事項説明書**

**第１　当事業所が提供するサービスについての相談窓口**

電　話　０３－５８１９－０５４１

　　　担　当　　墨田区なりひら地域包括支援センター（墨田区指定介護予防支援事業所）

**第２　墨田区なりひら地域包括支援センターの概要**

１　指定介護予防支援事業所の事業番号およびサービス提供地域

|  |  |
| --- | --- |
| 事業社名 | 墨田区なりひら地域包括支援センター |
| 所在地 | 東京都墨田区業平五丁目六番二号 |
| 介護保険事業所番号 | 指定介護予防支援（東京都　第１３００７００１３３号） |
| サービス提供地域 | 原則として墨田区錦糸、太平、横川、業平 |

２　職員体制（令和７年４月１日現在）

　　管理者　　　　　　　１名

　　介護支援専門員　　　３名

　　社会福祉士　　　　　１名

　　保健師および看護師　２名

　※兼務：管理者は介護支援担当職員と兼務しております。

３　営業時間

　　月曜日～土曜日　　　９時００分～１８時００分

　　ただし年末年始（１２月２９日～１月３日）、日曜日、祝日を除きます。

**第３　利用料金**

　１　利用料

　　　事業所が提供する介護予防支援事業等に対する料金規定は、契約書別紙【介護予防支援等に係る料金表】のとおりです。

　２　交通費

　　　お客様の都合により、担当職員が区外の施設、医療機関等訪問するための交通費の実費が必要です。

３　解約料

　　　利用者は、いつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

**第４　サービスの利用方法**

１　介護予防支援等の利用開始

　　　契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

　２　介護予防支援等の終了

　　（１）　利用者の都合より介護予防支援等を終了する場合

文書でお申出があった場合は、いつでも解約できます。

　　（２）　事業者の都合により介護予防支援等を終了する場合

　　　事業者は、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、地域の他の事業者をご紹介いたします。

　　（３）　自動終了

　　　以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

1. 利用者が介護保険施設に入所した場合
2. 利用者の要介護認定区分が、要介護１～５と認定または基本チェックリストで非該当と判定された場合

ただし、本契約終了後に再度、介護予防支援等と認定された場合は、改めて契約書を交わすことなく、本契約を履行するものとします。

1. 利用者が死亡または墨田区の被保険者でなくなった場合

　　（４）　その他

　　　利用者やご家族等が、当事業者や当事業所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場合がございます。

　３　介護予防支援の実施概要等

　　（１）　利用者は複数の事業所の紹介を求める事ができ、利用者の選択に基づき、適切なサービスが各事業所から総合的・効果的に提供されるよう配慮します。また、利用者が各事業所を介護予防ケアプランに位置付けた理由の説明を希望した場合は、十分な説明を行います。

（２）　利用者の自立生活を支援するため、課題の把握・分析・訪問等を行い、介護予防ケアプランを作成します。

（３）　介護予防ケアプランに基づきモニタリングを行い、身体等の状態の変化に応じ、介護予防ケアプランの変更を行います。

　**第５　サービス内容に関する苦情**

　　１　当事業者の相談・苦情窓口

　　　　当事業所の介護予防支援に関するご相談・苦情および、介護予防ケアプランに基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。担当職員または、管理者までお申し出下さい。また、担当職員の変更を希望される方はお申し出下さい。

２　その他

　　　　当事業者以外に、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。

**・墨田区介護保険課　　０３－５６０８－６９２４**

**・墨田区高齢者福祉課　　０３－５６０８－６１７０**

**・東京都国民健康保険団体連合会　　０３－６２３８－０１７７**

**第６　当事業所の概要**

　名称　　墨田区なりひら地域包括支援センター

　　　代表者氏名　　理事長　湖山　泰成

　　　管理者氏名　　宮口　寛規

所　在　地　　東京都墨田区業平五丁目六番二号

電　　　話　　０３－５８１９－０５４１

たち

　**介護予防支援等の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。**

**事業者**

**所在地　東京都墨田区業平五丁目六番二号**

**名　称　墨田区なりひら地域包括支援センター**

**説明者**

**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ました。**

**令和　　　年　　　　月　　　　日**

**利用者　　　住所**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**（代理人）　　住所**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**