稲城市地域包括支援センターエレガントもむら

重要事項説明書

＜令和８年９月１日現在＞

１　事業の目的と運営の方針

要支援状態等にある方に対し、適正な介護予防支援等を提供することにより、要支援状態等の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービス等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

２　事業所の概要

(１)介護予防支援事業者の指定番号

事業所名	稲城市地域包括支援センターエレガントもむら
所在地	稲城市百村２５５番地
事業者指定番号	東京都　1305100024 号
管理者・連絡先	林　英子 電話　042‐379‐5500　　Fax　042‐379‐5131

(２)事業所の職員体制等

職種	人員
管理者	１名※兼務

社会福祉士	3名（常勤2名、非常勤1名）
保健師（看護師）	1名（非常勤1名）
主任介護支援専門員	1名（常勤1名）※兼務
介護支援専門員	2名（常勤1名、非常勤1名）
生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ	1名※兼務
事務員	1名（非常勤1名）

(3)サービス提供地域

稲城市（百村・東長沼・大丸）

＊担当圏域以外でもご相談に応じます。

(4)サービス提供時間

月曜日～土曜日　　午前8時30分～午後5時30分

日曜日・祝日　　休み

（注）年末年始（12/31～1/3）は休日となります。

＊ 緊急時は24時間対応します。

3　サービスの内容

①介護予防ケアプランの作成

②介護予防サービス事業者等との連絡・調整

③サービス実施状況の評価

④利用者状況の把握

⑤給付管理

⑥要介護認定申請に関する協力・調整

⑦相談業務

利用者及び事業者の双方が合意した場合は、上に掲げた①～⑦の業務の一部を、

居宅介護支援事業所に委託することができます。

4　お客様負担金

（1）　事業者が提供する介護予防ケアプランに対する料金規定は以下の通りです。

ケアマネジメントＡ+処遇改善加算含む（令和 8 年 6 月から）

初めて介護予防ケアプランに基づきサービスを利用した場合の最初の 1 ヶ月　※初回加算 300 単位、	758 単位/月	8,376 円/月
2 ヶ月目以降	451 単位/月	4,983 円/月
委託連携加算　※居宅介護支援事業所に依頼した初回月のみ	306 単位/月	3,381 円/月

1 単位×地区区分（11.05）＝円/月

ケアマネジメントＢ+処遇改善加算含む（令和 8 年 6 月から）

初めて介護予防ケアプランに基づきサービスを利用した場合の最初の 1 ヶ月　※初回加算 300 単位を含む	644 単位/月	7,116 円/月
2 ヶ月目以降	338 単位/月	3,735 円/月

委託連携加算　※居宅介護支援事業所に依頼した初回月のみ	306 単位/月	3,381 円/月

法定代理受領※1 により当事業所に対して、介護保険給付が支払われる場合は利用者の自己負担はありません。

※1　法定代理受領とは、保険者である市区町村が利用者に代わって介護保険事業者に費用を支払うことを言います。

※２ 介護職員等処遇改善加算は 1 か月の総単位数（基本報酬および各加算の合計）　に２．１％を乗じた単位数になります。

（２）職員がサービス提供地域又は稲城市内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）の支払が必要となります。

5　事業継続計画（ＢＣＰ）の策定

非常災害や感染症等が発生した場合において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早朝の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

6　感染症の予防及び蔓延防止のための措置

事業所内において感染症が発生し、又は蔓延しないように、事業所における感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について職員に周知

徹底を図ります。

また、感染症の予防及び蔓延の防止のための指針の整備、研修及び訓練を定期的に実施します。

7　利用者の人権擁護、虐待防止について

（１）事業者（運営法人を含む）は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

（２）事業者（運営法人を含む）は、介護予防支援等の提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報します。

8　身体的拘束等の原則禁止について

事業者（運営法人を含む）は、サービス提供にあたって、利用者又は他の利用者等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、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。 緊急やむを得ず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など必要な事項を記録します。

9　介護保険等関連情報の活用

事業者は指定居宅介護予防支援を提供するに当たっては、介護保険法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効にサービス提供を行います。

１０　認知症に係る取組について

事業者は認知症に係る研修の受講状況、取組状況等を介護サービス情報公表制度において公表します。

１１　緊急時の対応

お客様の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡など必要な措置を講じます。

１２　医療機関との連携

病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点より、担当職員の氏名及び連絡先を当該病入院先医療機関へお伝えてください。

また、その場合に備えて、担当職員の氏名並びに当該事業所の名称及び連絡先等について記載したものを、介護保険被保険者証や健康保険被保険者証等とともに保管するようお願い致します。

医療機関等	主治医の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 連絡先

１３　事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族、市、関係機関への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には、加入している損害賠償責任保険で対応を行います。

但し、利用者又はその家族等の故意または過失が認められる場合には、この限りではありません。

１４　守秘義務に関する対策

担当職員及びその他従業者は、業務上知り得たお客様またはその家族の秘密を保守し、この守秘義務は、契約終了後も継続します。また、従業者が退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

１５　記録の保存について

事業者は、お客様に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する記録等を整備し、2 年間保管します。

１６　第三者評価の実施について

第三者評価を実施した場合、お客様又は家族に対し、実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況をお伝えします。

１７　カスタマーハラスメント等の禁止

利用者およびその家族等は、本契約に基づくサービス提供にあたり、職員に対して以下の行為を行ってはならないものとします。

① 職員に対する暴力、暴言、威嚇、強要、著しい不遜な態度など心身の安全を脅かす行為。

② 職員に対するセクシャルハラスメント、その他性的な言動。

③ 職員の業務を著しく妨害する行為、または過度な要求を繰り返す行為、職員の個人情報を SNS 等へ投稿する行為、または承諾のない録音・録画。

１８　相談窓口、苦情対応

お客様又はそのご家族から相談、苦情等がある場合には、いつでも苦情を申し出ることができます。申し出を受けた後、解決に向け検討し、迅速にかつ適切に対応し、サービスの向上及び改善に

努めます。また、苦情申し立てを理由に、いかなる不利益な扱いも致しません。介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申し立て機関に苦情を申し立てることができます。

○サービスに関する相談や苦情については、下記の窓口にお申し出ください。

【センターの窓口】 稲城市地域包括支援センターエレガントもむら 担当者　林　英子（管理者） 本橋智宏	 電話番号　０４２－３７９－５５００ Fax 番号　０４２－３７９－５１３１ 対応時間　月～土　午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

○下記の公的機関においても、苦情申出等ができます。

【市町村の窓口】 稲城市役所 高齢福祉課介護保険係	所在地　稲城市東長沼２１１１ 電話番号　０４２－３７８－２１１１ 対応時間　平日　午前 8 時 30 分～午後 5 時
【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険	所在地　千代田区飯田橋 3－5－1 東京区政会館 11 階

団体連合会（国保連） 苦情相談窓口	電話番号　０３－６２３８－０１７７ 対応時間　平日　午前９時～午後５時

１９　当法人の概要

名称･法人種別	社会福祉法人　永明会
代表者名	理事長　　永田　穂積
所在地･電話	稲城市百村２５５番地 電話：０４２－３７９－５５００

【説明確認欄】

令和　　年　　月　　日

介護予防支援等契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者名　稲城市地域包括支援センターエレガントもむら

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護予防支援等契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。

＜お客様＞　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜代理人＞　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄（　　）

＜立会人＞　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄（　　）