指定介護予防支援重要事項説明書

あなた（利用者）に対する介護予防支援の提供開始にあたり、事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

１　地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	大里広域地域包括支援センターはなみずき
所在地・連絡先	（住所）〒366-0817 深谷市柏合１０４１－１ （電話）０４８－５５１－１１１３ （FAX ）０４８－５７１－０５５３ （電子メール）hanamichi@solid.ocn.ne.jp
事業所番号	介護保険事業所番号　１１０４６０００２６
管理者の氏名	

(2) 事業所の職員体制

職名	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	1	0	社会福祉士兼務	1	管理統括
看護師	1	0	専従	1	指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント・総合相談・地域支援・ケアマネジメント支援等
社会福祉士	1	0	管理者兼務	1	
主任介護支援専門員	1	0	専従	1	
社会福祉士	1	0	第２層生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員兼務	1	
事務員	0	1	専従	1	指定介護予防支援事業所の事務

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	深谷市中央第２圏域：上柴町西１～７丁目、秋元町、見晴町、萱場、宿根、桜ヶ丘、上野台の一部

(4) サービスの提供時間（営業時間）

月曜日～金曜日	午前８時４５分から午後５時４５分まで
休　業　日	土曜日・日曜日・年末年始

２　提供するサービスの内容

○　「介護予防支援」は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むために、適切な保健医療サービス又は福祉サービスを適切に利用することができるよう、利用者の選択・同意に基づき、利用するサービスの種類及び内容、これを担当するサービス事業者等を定めた「介護予防サービス計画」を作成するとともに、当該計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、指定介護予防サービス事業者その他の事業者、関連機関との連絡調整その他の便宜の提供を行うサービスです。

○　具体的には、次に掲げる業務を行います。

・　あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状況、生活機能や健康状態、生活環境等を適切な方法により把握します。

・　把握した内容と、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、あなたの日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービスの他、各種の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービスの利用等も含めた「介護予防サービス計画」を作成いたします。

・　介護予防サービスをはじめとした各種サービスの提供の状況や、あなたの心身の状況やご家族の環境について、「介護予防サービス計画」作成後も、継続的に把握・管理します。

・　あなたの要支援認定の申請についてお手伝いします。

３　業務取扱い方針

○　「介護予防支援」の実施に当たっては、適切なアセスメント（利用者の解決すべき課題の把握）の実施により、あなたが目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、あなたやあなたの家族の意向を踏まえた具体的な目標を設定するとともに、介護予防の効果を最大限に発揮する自立に向けた目標志向型の「介護予防サービス計画」を作成します。

○　介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次の３つの視点を踏まえ「介護予防サービス計画」を作成します。

①　利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取組を支援します。

②　利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行います。

③　他の保健医療サービス又は福祉サービス等との連携や地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性をもった支援を行います。

○　指定介護予防サービス事業者に対しては、「介護予防サービス計画」に基づき、個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況等に関する報告を指定介護予防サービス事業者から月に１回聴取します。

○　少なくともサービス提供開始月、サービスの評価期間終了月及びサービス提供開始月の翌月から起算して３月に１回は、あなたのお宅を訪問し、面接させていただきます。

○　あなたのお宅を訪問しない月は、特段の事情がない限り、指定介護予防通所介護事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問しての面接や電話等によりあなたに連絡し、モニタリング（介護予防サービス計画の実施状況の把握）を実施いたします。

なお、状況の変化があった場合等必要な場合については、必ずあなたのお宅を直接訪問して面接を行ないます。

○　法令等に基づき、業務を指定居宅介護支援事業者に委託する場合においても、業務が適切に実施されるよう「介護予防サービス計画原案」の内容を確認するとともに、必要に応じ指定居宅介護支援事業者に助言・指導を行ないます。
○　介護予防支援の提供に当たっては、あなたの意思及び人格を尊重し常にあなたの立場に立って、あなたに提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス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。
○　介護予防支援の提供に当たっては、保険者である大里広域市町村圏組合、深谷市、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。
○　介護予防支援の提供に当たっては、あなたの要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療との連携に十分配慮して行います。
○　介護予防支援の提供に当たっては、自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

4　担当職員

あなたを担当する職員は、次のとおりです。
ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職氏名：職種 ＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（電話番号）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5　業務の委託

あなたの同意により、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。
委託する場合、指定居宅介護支援事業者名、担当職員名等は別途お知らせします。
なお、委託する場合はサービスに関するお問い合わせ、不明な点等の連絡は、委託先の担当職員が窓口になります。

6　費用

○利用料

「介護予防支援」のサービスは、介護保険制度から全額給付されるので、あなたの自己負担はありません。
なお、介護保険適用の場合でも、あなたの保険料の滞納等により、地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）に直接介護保険給付が行なわれない場合があります。
その場合、あなたには、次の利用料をお支払いただきます。
利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

介護予防支援費（１月につき）	**４，５１２円**

※新規に指定介護予防支援を行なった場合は、**３，０６３円**加算されます。

※加算を含めた**利用料の総額に２．１％乗じた額**が処遇改善加算として加算さ

れます。

※指定介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託した初回に限り、委託連携加算として３，０６３円加算されます。

※深谷市は地域区分が７級地ですので、介護予防支援の１単位の単価は１０．２１円に定められています。

〇その他の費用

・交通費

無料です。

・申請代行手数料

あなたの希望により要支援認定申請（更新・区分変更申請を含む）に関する手続を無料で代行します。

・複写交付料

あなたの希望に応じて「介護予防サービス計画」及びその実施状況に関する書類等を交付する場合は、複写に要する実費をご負担いただく場合があります。

＊　利用料及びその他の費用は、現金にて請求日から３０日以内にお支払い願います。

7　サービスの終了

あなたの都合によりサービスの利用を終了する場合は、サービスの終了を希望する日の１０日前までに、次の連絡先までご連絡ください。

連絡先名称：大里広域地域包括支援センターはなみずき

連絡先（電話番号）：０４８－５５１－１１１３

委託の場合

連絡先名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（電話番号）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8　事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにあなたの家族、大里広域市町村圏組合、深谷市等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

あなたに対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行ないます。

ただし、その損害のうち、あなたやあなたの家族の原因により発生したものについては、この限りではありません。

9　苦情相談窓口

〇　当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。

当事業所が提供したサービスに関する苦情だけでなく、当事業所が作成した介護予防サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も遠慮なくお申し出ください。

・窓口設置場所

担当者：大里広域地域包括支援センターはなみずき

（管理者）

連絡先（電話番号）：０４８－５５１－１１１３

○　あなたが利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

・苦情受付機関連絡先（電話番号）

埼玉県国民健康保険団体連合会　　電話：０４８－８２４－２５６８

大里広域市町村圏組合介護保険課　電話：０４８－５０１－１３３０

深谷市長寿福祉課　　電話：０４８－５７１－１２１１（代表）

10　お願い

当事業所（又は業務の一部を委託した指定居宅介護支援事業者）が交付する書類は、あなたの介護保険サービスの利用等に関する重要な書類ですので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

11　介護予防・日常生活支援総合事業の読み替え

あなたが、介護予防・日常生活支援総合事業の対象者であるときは、この説明書の「介護予防支援」は「介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業による援助）」と、「介護予防サービス計画」は「介護予防サービス・支援計画（第１号介護予防支援事業による計画）」と読み替えます。

令和　　年　　月　　日

介護予防支援の提供開始に当たり上記のとおり説明しました。

所在地　　深谷市柏合 1041-１

事業所名　　大里広域地域包括支援センターはなみずき

管理者名　　印

説明者職氏名　職種 ＿＿＿＿＿＿　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿印

（業務の委託を受けた指定居宅介護支援事業者が説明を行った場合）

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

説明者職氏名　職種 ＿＿＿＿＿＿　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿印

事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。

利用者様

ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

署名代行者様

ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

立会人様

ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印