介護予防支援重要事項説明書

１　相談窓口

(1)電話番号

(2)FAX番号

(3)担当者

(4)受付時間

２　指定介護予防支援事業者

(1)法人名

(2)所在地

(3)電話番号

(4)代表者氏名

３　事業所の概要

(1)事業所の種類 　　 指定介護予防支援事業所

(2)事業所名称

 (令和○○年○○月○○日広島市長指定第○○○○号)

(3)所在地

(4)電話番号

(5)管理者氏名

(6)事業の目的及び運営方針

※運営規程に掲げる事項の概要を記載

(7)事業の実施地域

(8)営業日及び営業時間

４　職員の体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 常　勤 | 非常勤 | 職　　務　　内　　容 |
| (1)管理者 | 名 | 　　― |  |
| (2)保健師 | 名 | 名 |  |
| (3)看護師 | 名 | 名 |  |
| (4)主任介護支援専門員 | 名 | 名 |  |
| (5)介護支援専門員 | 名 | 名 |  |
| (6)社会福祉士 | 名 | 名 |  |
| (7) | 名 | 名 |  |

５　提供する指定介護予防支援の内容

指定介護予防支援は、利用者の介護予防に資するように行い、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。

介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標指向型の計画を作成します。

提供する指定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。

(1)　介護予防支援サービス計画等の作成

 ①　事業者は担当職員に介護予防サービス・支援計画の作成に関する業務を担当させます。

②　当該地域における指定介護予防サービス事業者、指定介護予防地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者その他の者（以下「指定介護予防サービス事業者等」といいます。）に関するサービスの内容、利用料等の情報を公平かつ適正に利用者又はそのご家族に対して提供し、利用者にサービスの選択を求めます。

③　利用者について、その有している生活機能や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、利用者及びそのご家族の意欲及び意向を踏まえて、利用者が現に抱えている問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握します。

④　課題の把握にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びそのご家族に面接して行います。

⑤　利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びそのご家族の意向を踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、利用者及び指定介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。

　　利用者は担当職員に対し、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス・支援計画の原案に位置づけた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

⑥　介護予防サービス・支援計画原案に位置づけた指定介護予防サービス等について、保険給付等の対象となるかどうかを区分した上で、サービスの種類、内容、利用料等について、 利用者から文書による同意を得ます。

(2)　 介護予防サービス・支援計画作成後の便宜の供与

①　介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握を行い、介護予防サービス・支援計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

②　介護予防サービス・支援計画に位置付けた支援の期間が終了するときは、介護予防サービス・支援計画の達成状況について評価します。

③　利用者及びそのご家族との連絡を継続的に行います。

④　利用者の意向を踏まえ、要介護認定等必要な援助を行います。

(3)　介護保険施設への紹介等

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の援助を行います。

(4)　介護予防小規模多機能型居宅介護事業所との連携

　　利用者が居宅サービスから介護予防小規模多機能型居宅介護の利用へ移行する前に、利用者の必要な情報を介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、当該事業所における介護予防サービス等の利用に係る計画の作成等に協力します。

６　入院時の対応

　　病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えてください。

　　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しておいてください。

７　料金

(1)　指定介護予防支援に要した費用については、介護保険法第５８条第４項の規定に基づいて、事業者が受領(法定代理受領)する場合は、利用者の自己負担はありません。

(2)　利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が法定代理受領をできない場合は、指定介護予防支援に要した費用について、次に定める額を負担していただきます。

この場合、事業者は当該指定介護予防支援に要した費用等を記載した指定介護予防支援　提供証明書を甲に交付します。

 　　※指定介護予防支援に要する費用を記載する。

８　料金の支払い方法

上記７(2)の料金は、１月ごとに計算し、毎月１０日までに前月分の請求をいたしますので、請求のあった日から３０日以内にお支払いください。

　　※支払方法を記載する。

９　契約期間

契約の期間は、令和○○年○○月○○日から令和○○年○○月○○日までとなります。

 　ただし、契約の期間の満了日の７日前までに利用者から契約終了の申出がないときは、この契約は有効期間の満了日の翌日から１年間自動更新されます。

また、契約期間中に、介護予防サービス・支援計画の変更によって介護予防ケアマネジメントの対象となった場合は、この契約を一時中止します。同期間中に、再び同計画の変更によって介護予防支援の対象となった場合は、契約を再開するものとします。

10　契約の終了

(1)　契約期間中に、以下の事項に該当するに至った場合には、事業者との契約は終了します。

①　利用者が死亡したとき

②　利用者が要介護者(要介護１～５)に該当すると認定されたとき

③　利用者が要介護者、要支援者又は事業対象者のいずれにも該当しないと認定されたとき

④　利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用介護予防居宅介護費を算定する場合を除く。）又は介護予防認知症対応型共同生活介護（介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く。）の利用を開始したとき

(2)　契約の有効期間中、この契約を解約することができます。この場合には、契約終了を希望する日の７日前までに事業者に通知するものとします。

 　　また、以下の事項に該当する場合には、直ちに契約を解約することができます。

①　事業者が、正当な理由なく、介護保険法令及びこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠つたとき

②　事業者が守秘義務に違反したとき

③　事業者が故意又は過失により利用者及びそのご家族の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他この契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(3)　事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には、この契約を解除することができます。

①　指定介護予防支援の提供にあたり、利用者が心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知などを行い、その結果、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

②　利用者が、故意又は重大な過失により事業者若しくは担当者の生命・身体・財産・信用等を傷付け、又は著しい不信行為を行うことなどによってこの契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

11　損害賠償

 　利用者に対するサービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者に損害を及ぼしたときは、速やかに損害を賠償します。但し、利用者又はそのご家族に重大な過失があるときは、賠償額を減額することがあります。

12　苦情受付

(1)　苦情・相談受付窓ロ(担当者)

(2)　連絡先

13　虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(2) 虐待の防止のための指針を整備します。

（3） 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

（4） 虐待の防止に関する担当者を選定します。

　　　虐待防止に関する担当者：※職・氏名を記載する

令和○○年○○月○○日

指定介護予防支援の提供の開始にあたり、事業者は、本書面により重要事項の説明を行い、利用者はこれを了承しました。

指定介護予防支援事業者　　　　○○○○（法人名）

説明者　　　　○○○○（事業所名）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

利用者　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代理人　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印