

介護予防支援に関する重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防支援業務について、サービスを利用する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）」第 4 条の規定に基づき、介護予防支援の提供の開始に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

1 介護予防支援を提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 寿光会
代表者氏名	理事長 板倉 嘉孝
所在地 (連絡先)	八尾市楽音寺 2 丁目 1 2 5 番地 電話番号 (072)941-2130 : Fax 番号 (072)941-2128

2 ご利用者への介護予防支援提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	八尾市地域包括支援センター寿光園
介護保険 指定事業者番号	八尾市指定 (指定事業者番号) 2705500060
事業所所在地	八尾市楽音寺 2 丁目 1 2 6 番地
連絡先 相談担当者名	電話番号：(072)940-5505 FAX 番号：(072)940-2789 担当者：安藤 良二
事業所の通常の 事業実施地域	八尾市 第 5 圏域 (北高安小学校区・東山本小学校区・西山本小学校区)

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	要支援状態の悪化の防止に資するため、利用者が可能な限りその居宅において、その尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療との連携に配慮し、介護予防サービス計画を作成するとともに、指定サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者と連絡調整その他の便宜の提供を行います。
-------	---

運 営 方 針	<p>1 利用者が要支援状態になった場合においても、状態の軽減または悪化の防止に資するよう、利用者が可能な限りその居宅において、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるように配慮したものとします。</p> <p>2 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。</p> <p>4 事業を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、医療機関、他の居宅介護支援事業者、介護予防サービス事業者等との連携に努めます。</p>
---------	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日（祝日を含む） ただし、12月30日から1月3日までを除く。
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時30分

(4) 事業所の職員体制

事業所の管理者	安藤 良二
---------	-------

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	介護予防支援に関する業務及びその管理に関する業務	1 人
担 当 職 員 (保健師その他の介護予防支援に関する知識を有する職員)	介護予防支援に関する業務	1 人以上

※その他必要に応じて業務の遂行に必要な職員を置くものとする。

3 介護予防支援の内容、利用料について

介護予防支援の内容	提供方法	介護保険適用有無	1ヵ月あたりの料金	1ヵ月あたりの利用料 (介護保険適用の場合は利用者負担)
①介護予防サービス計画の作成	契約書別紙の「介護予防支援業務の実施方法等について」を参照下さい。	左の①～⑦の内容は、介護予防支援の一連業務として、介護保険の対象となります。	初回の利用月 7,639円 2ヶ月目以降 4,429円 ※小規模多機能居宅介護事業所に連携した月上記に3,210円を加算	介護保険適用となる場合には、利用料を支払う必要がありません。(全額介護保険により負担されます。)
②介護予防サービス事業者との連絡調整				
③サービス実施状況把握、評価				
④利用者状況の把握				
⑤給付管理				
⑥要介護(支援)認定申請に対する協力、援助				
⑦相談業務				

※ただし、保険料滞納により、支払い方法の変更処分を受けている場合については、いったん利用料を事業者を支払う必要があります。お支払いの後、地域包括支援センターが発行する領収書と介護予防支援サービス提供証明書を添えて、市の窓口で支給申請を行ってください。

※今後、介護予防支援の「1ヵ月あたりの料金」は、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第129号)の改正により変更となる場合があります。

4 その他の費用について

交 通 費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。
-------	---

5 利用者の居宅への訪問頻度の目安

担当者等が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安
おおむね3ヶ月に1回程度

※ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、計画作成担当者または計画原案作成等の委託を受けた居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は利用者の居宅を訪問することがあります。

6 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

<p>①利用料、その他の費用の請求</p>	<p>ア 利用料、その他の費用は利用者負担のある支援業務提供ごとに計算し、利用のあった月の合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月10日までに利用者あてお届けします。ただし、請求額のない月はお届けしません。</p>
<p>②利用料、その他の費用の支払い</p>	<p>ア 利用者負担のある支援業務提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。</p> <p>(ア) 納付書による支払い</p> <p>(イ) 現金による支払い</p> <p>イ お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくこととなります。

7 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p>
<p>②個人情報の保護について</p>	<p>事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p>

8 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9 事故発生時の対応

当事業者が利用者に対して行う介護予防支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業者が利用者に対して行った介護予防支援の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10 介護支援業務に関する相談、苦情について

【センターの窓口】 八尾市地域包括支援センター 寿光園	所在地 八尾市楽音寺2丁目126番地 電話番号 (072) 940-5505 FAX番号 (072) 940-2789 受付時間 午前8時30分～午後5時30分
【市町村の窓口】 八尾市地域包括支援センター	所在地 八尾市本町1丁目1番1号 電話番号 (072) 924-3973 FAX番号 (072) 924-3981 受付時間 午前8時45分～午後5時15分
【市町村の窓口】 八尾市保健福祉部介護保険課	所在地 八尾市本町一丁目1番1号 電話番号 (072) 924-9360 FAX番号 (072) 924-1005 受付時間 午前8時45分～午後5時15分
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常磐町一丁目3番8号 電話番号 (06) 6949-5418 FAX番号 (06) 6949-5417 受付時間 午前9時00分～午後5時00分

1 1 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の 説明年月日	平成 年 月 日
---------------------	----------

上記内容について、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）」第 4 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

説明者	住 所	八尾市楽音寺 2 丁目 1 2 5 番地
	名 称	社会福祉法人 寿 光 会
	代表者	理事長 板 倉 嘉 孝
	事業所名	八尾市地域包括支援センター寿光園
	説明者氏名	印

上記内容の説明を確かに受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人	住 所	
	氏 名	印