

重 要 事 項 説 明 書

(事業者名) 指定介護予防支援事業所
大野市地域包括支援センター

当事業所があなたに提供する介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防支援等」という。）について、下記のとおり説明します。

1. 事業の目的及び運営の方針

当事業所は、要支援認定者又は事業対象者（以下「要支援者等」という。）やそのご家族の相談に応じ、心身の状況、置かれている環境、要支援者等ご本人及びそのご家族の希望等を考慮して介護予防支援計画又は介護予防ケアマネジメント計画（以下「介護予防支援計画等」という。）を作成し、介護予防サービス事業者等（以下「サービス事業者等」という。）との連絡調整を行い、利用者本位の適切な介護予防サービス（以下「サービス」という。）利用につなげていきます。また、地域の保健、医療、福祉サービス機関や関係市町村との連携、協力関係を強化し、利用者によりよいサービスを提供できるよう取り組みます。

2. 職員の職種、人数及び職務内容

職 種	人 数	職 務 内 容
管 理 者	1 名	事業及び職員の管理を行います
社会福祉士・保健師・ 主任介護支援専門員等 (これらに準ずる者を含む)	8 名	指定介護予防支援提供等を行います

3. 営業日及び営業時間

月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分までです。

但し、国民の祝日及び12月29日から翌年の1月3日までは休業します。

4. 所在地及び電話番号

〒912-0084 大野市天神町1-19 大野市役所健康福祉部健康長寿課内
電話番号 65-5046

5. 介護予防支援等の内容と提供方法

(1) 介護予防支援計画等を作成します。

ご自宅を訪問し、ご本人やご家族から心身の状況や生活状況などをお聞きします。

ご本人やご家族の了解を得て、主治医に意見をお尋ねすることがあります。

利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防支援計画などに位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

(2) サービス担当者会議を開きます。

ご本人やご家族、サービス事業者等関係者による会議を開き、介護予防支援計画等について検討します。内容によっては、電話による関係者との連絡調整を行います。

(3) サービス事業者等との連絡調整を行います。

サービスの内容、利用料、保険の適用など一切をご説明させていただき、了解を得たサービス事業者等との連絡調整を行い、適切なサービスが利用できるよう努めます。

- (4) 介護予防支援計画等作成後においても、ご本人とご家族やサービス事業者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防支援計画等の実施状況の把握を行い、必要に応じ介護予防支援計画等の変更、サービス事業者等との連絡調整を行います。
- (5) この介護予防支援等の提供にあたっては、ご本人の要支援状態等の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切なサービスの提供に努めます。

6. 利用料

介護予防支援等の利用料は、介護保険制度により全額給付されますので、個人負担はありません。但し、保険料の滞納等により、現物給付が受けられなくなった場合には、1ヶ月毎に、介護報酬で定められている金額をお支払いいただき、当方からサービス提供証明書を発行します。このサービス証明書を市役所・健康長寿課へ提出していただければ、後日、全額払い戻しが受けられます。

7. 苦情申立の制度

介護予防支援等の利用等に係る苦情・相談に応じます。また、その内容によって次のように対処します。

- (1) 要支援認定における不服・苦情については、認定業務を実施している市に問い合わせを行い、内容によっては、福井県介護保険審査会への不服申立ができることをお知らせします。
- (2) サービスの組み合わせ等に対する苦情は、ご本人やご家族の意向を再確認し、身体状況等の見直しを行い、介護予防支援計画等の変更を検討します。見直した介護予防支援計画等に沿ってサービスが利用できるよう連絡調整を行います。また、介護予防支援等の内容については、福井県国民健康保険団体連合会に苦情申立てができることをお知らせします。
- (3) サービスの利用を待機しなければならない場合等は、他のサービス事業者等の紹介を行います。

8. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族や市（保険者）に連絡し、その他必要な場合には、主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。
- (2) サービス提供に当たって、当事業所の責に帰すべき理由により、生命、身体、財産等に損害を及ぼした場合には、誠意を持って対応いたします。

私は、本書面に基づいて、この職員（職名： 氏名： ）から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

【利用者】

住所 _____ 氏名 _____

【利用者の家族等】

住所 _____ 氏名 _____

続柄 _____

重要事項の説明を受け、当事業所の介護予防支援等の利用について、申し込みますか。
どちらかに○印を付けて下さい。 申し込みます 申し込みません