

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1 この契約の趣旨について

要支援1、要支援2又は介護予防・生活支援サービス事業対象者となった方は、介護予防サービス又は介護予防・生活支援サービスを御利用いただくこととなります。

介護予防サービス等の利用にあたっては、介護予防サービス・支援計画の作成等を行う必要がありますが、これらの業務はあなたと契約を締結する地域包括支援センター又は地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所が作成することになっています。

2 あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センター

| | |
|----------|--|
| 法人名 | 社会福祉法人 湖成会 |
| 法人代表者 | 理事長 湖山 泰成 |
| 法人所在地 | 富士宮市大鹿窪 143-1 |
| 法人連絡先 | 0544 (67) 0655 |
| センター名称 | 泉・伊豆山地域包括支援センター (介護保険指定事業所番号：2200500037) |
| センター所在地 | 熱海市伊豆山 717-1 |
| センター連絡先 | 0557 (80) 5566 |
| 営業日 | 月曜日～金曜日(祝日および12月29日～1月3日を除く) |
| 営業時間 | 午前8時30分～午後5時15分 |
| 職員体制 | 管理者(主任介護支援専門員と兼務) 主任介護支援専門員(1名) 社会福祉士(1名) 保健師(1名) |
| サービス提供地域 | 熱海市泉地区および伊豆山地区 |

3 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから受託する事業者及び事業所について

| | |
|--------|--|
| 法人名 | |
| 法人代表者 | |
| 法人所在地 | |
| 法人連絡先 | |
| 事業所名称 | |
| 事業所所在地 | |
| 事業所連絡先 | |
| 営業日 | |
| 営業時間 | |

4 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容及び利用料等

(1) 内容

- ① アセスメント
- ② 介護予防サービス・支援計画原案の作成
- ③ サービス担当者会議の開催
- ④ 介護予防サービス・支援計画表の交付・説明
- ⑤ サービス提供の連絡・調整
- ⑥ モニタリング
- ⑦ 評価
- ⑧ 給付管理業務
- ⑨ 利用者及びサービス提供事業者との連絡・調整
- ⑩ 要介護・要支援認定等の申請に対する協力、援助
- ⑪ 介護予防・生活支援サービス事業対象者に係る該当の確認等の援助

(2) 実施方法等

- ① 事業者は介護予防サービス・支援計画の原案作成に際しては、次の点に配慮します。
 - ア 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族への面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
 - イ 利用する介護予防サービス等の選択にあたっては、当該地域における介護予防サービス事業者等に関する情報を利用者又はその家族に提供します。
 - ウ 事業者は、利用者に対して介護予防サービス等の内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導又は指示を行いません。
 - エ 事業者は、介護予防サービス・支援計画原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、介護予防サービス事業者等の担当者から専門的な見地からの意見を求めます。
 - オ 事業所の担当職員は、常に身分証を携帯し、利用者又は利用者の家族から提示を求められた時には、いつでも身分証を提示します。
 - カ 介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援します。
 - キ 利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うよう努めます。
- ② 事業者は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービス利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めます。
- ③ 事業者は、介護予防サービス・支援計画原案について、介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者またはその家族に対して説明します。
 - ア 事業者は、利用者の介護予防サービス・支援計画原案への同意を確認した後、当該計画原案に基づく介護予防サービス・支援計画を作成し、改めて利用者の同意を確認します。
 - イ 利用者は、事業者が作成した介護予防サービス・支援計画原案に同意をしない場合には、事業者に対して当該計画原案の再作成を依頼することができます。

- ④ 事業者は、介護予防サービス・支援計画の作成後も、利用者又はその家族、さらに介護予防サービス事業者等と継続的に連絡をとり、当該計画の実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等との調整を行います。
- ⑤ 事業者は、介護予防サービス・支援計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態の把握及び当該計画の目標の達成状況について定期的に評価します。
- ⑥ 事業者は、利用者が要介護状態となった場合には、利用者に居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所に関する情報を提供するとともに、利用者が選定した居宅介護支援事業者に対して、利用者の同意を得た上で、利用者に関する情報を提供します。
- ⑦ 事業者が介護予防サービス・支援計画の変更の必要性を認めた場合は、事業者と利用者双方の合意をもって、当該計画の変更を、上記の実施方法等の手順に従って実施します。
- ⑧ 事業者は介護予防支援の提供の開始に当たり、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を利用者等が入院先医療機関に提供するよう依頼することとします。
- ⑨ 事業者は利用者やその家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、以下の通りの説明を行います。
 - ・複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
 - ・当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること

(3) 利用料等

| 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型 | 1ヶ月当たりの利用料 |
|-------------------------|---|
| 介護予防支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 4,420 円（基本報酬） ※高齢者虐待防止措置未実施及び業務継続計画未策定の場合減算あり。 ・ 3,000 円（初回加算） ・ 3,000 円（委託連携加算） |
| ケアマネジメント A | <ul style="list-style-type: none"> ・ 4,420 円（基本報酬） ※高齢者虐待防止措置未実施及び業務継続計画未策定の場合減算あり。 ・ 3,000 円（初回加算） ・ 3,000 円（委託連携加算） |
| ケアマネジメント B | <ul style="list-style-type: none"> ・ 3,980 円（基本報酬） ※高齢者虐待防止措置未実施及び業務継続計画未策定の場合減算あり。 ・ 3,000 円（初回加算） |
| ケアマネジメント C | <ul style="list-style-type: none"> ・ 4,420 円（基本報酬） ※高齢者虐待防止措置未実施及び業務継続計画未策定の場合減算あり。 ・ 3,000 円（初回加算） |

【注】*介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用料については、原則、利用者負担はありません。ただし、利用者の保険料滞納等により、法定代理受領ができない場合には、いったん利用料をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行することになります。この証明書を熱海市の窓口に提出すると払い戻しされる場合があります。

*上記の介護予防支援にかかる業務を行うため、熱海市域外の居宅に訪問した場合は、交通費として実費相当を負担していただきますので、訪問したときにお支払いください。その際、領収書をお渡ししますので、必ず保管してください。

5 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に関する相談・苦情について

| | |
|---|---|
| 【地域包括支援センターの窓口】 泉・伊豆山地域包括支援センター | 所在地 熱海市伊豆山 717-1 電話番号 0557(80)5566 ファックス番号 0557(80)5607 受付時間 8時30分～17時15分(月～金) |
| 【市町村の窓口】 熱海市役所長寿介護課介護保険室 ※介護予防支援及び介護予防給付サービスに関すること | 所在地 熱海市中央町 1-1 電話番号 0557(86)6282、6283、6284 ファックス番号 0557(86)6264 受付時間 8時30分～17時15分(月～金) |
| 【市町村の窓口】 熱海市役所長寿介護課長寿支援室 ※介護予防ケアマネジメント及び介護予防・生活支援サービスに関すること | 所在地 熱海市中央町 1-1 電話番号 0557(86)6325、6316 ファックス番号 0557(86)6264 受付時間 8時30分～17時15分(月～金) |
| 【公的団体の窓口】 静岡県国民健康保険団体連合会 | 所在地 静岡市葵区春日 2-4-34 電話番号 054(253)5590 受付時間 9時00分～17時00分(月～金) |

上記内容について、利用者に説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 富士宮市大鹿窪 143 - 1
 法人名 社会福祉法人 湖成会
 代表者名 理事長 湖山 泰成 印

 事業所名 泉・伊豆山地域包括支援センター
 説明者氏名 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者 住所 熱海市

 氏名 印
 上記代理人 (代理人を選定した場合)

 住所

 氏名 印

 続柄