

南伊勢町地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

重要事項説明書

『介護予防支援・介護予防ケアマネジメントとは』

高齢者が、要介護状態になることをできる限り防ぎ、地域において自立した日常生活を送れるよう支援するものです。高齢者が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが、介護予防につながるため、生活上の何らかの困りごとに対して、それを補うサービスを当てはめるだけでなく、利用者の自立支援に資するよう、適切なアセスメントを実施し高齢者とともに考え、目標の達成に取り組んでいけるよう、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを行ないます。

※当該サービスの利用は、原則として要支援・要介護認定の結果「要支援1・2」と認定された方及び基本チェックリストの実施により事業対象者と認定された方が対象となります。

事業者

事業者名	南伊勢町
所在地	〒516-0194 三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057 番地
電話番号	0599-66-1162
開設年月日	平成28年10月1日
代表者氏名	南伊勢町長 上村 久仁

1. 事業所の概要

事業所名	南伊勢町地域包括支援センター
所在地	〒516-0194 三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057 番地
事業者指定番号	三重県 2402800052
管理者の氏名	西尾 慶子
連絡先	0599-66-1162
営業日・営業時間	月曜日～金曜日（土・日曜日・祝日・年末年始（12/29～1/3）は休み） 平日 8：30～17：15

2. 担当する居宅介護支援事業所

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託（有・無）

（委託先の居宅介護支援事業所）

事業所名

電話番号

3. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの内容と利用料金

(1) 介護予防支援

介護予防支援の内容	介護保険適用の有無	1ヶ月あたりの利用料金
①介護予防プランの作成	①～⑦は、一連業務として介護保険の対象となるものです。	介護予防支援費 ●基本報酬 1月につき 4,420円 ●初回加算 初回月のみ 3,000円 ●委託連携加算 初回月のみ 3,000円 ※介護予防支援費については、利用者の負担はありません。
②サービス事業所との連絡調整・サービス担当者会議の開催		
③サービス実施状況の把握、評価		
④利用者状況の把握		
⑤給付管理		
⑥要支援・要介護認定の申請に対する協力、支援		
⑦相談業務		

(2) 介護予防マネジメント

ア. 原則的なケアマネジメントA

介護予防ケアマネジメントの内容	対象となるサービス	1ヶ月あたりの利用料金
①介護予防プランの作成	指定事業者のサービス 【訪問型サービス】 ・従前の介護予防訪問介護に相当するサービス ・緩和した基準によるサービス（訪問サービスA） 【通所型サービス】 ・従前の介護予防通所介護に相当するサービス ・緩和した基準によるサービス（通所サービスA）	介護予防ケアマネジメント費 ●基本報酬 1月につき 4, 4 2 0 円 ●初回加算 初回月のみ 3, 0 0 0 円 ●委託連携加算 初回月のみ 3, 0 0 0 円
②サービス事業所との連絡調整・サービス担当者会議の開催		
③サービス実施状況の把握、評価		
④利用者状況の把握		
⑤給付管理		
⑥介護予防・生活支援サービス事業の事業対象者申請に対する協力、支援		※介護予防ケアマネジメント費については、利用者の負担はありません。
⑦相談業務		

イ. 簡略化したケアマネジメントB

ケアマネジメントの内容	対象となるサービス	1ヶ月あたりの利用料金
①介護予防プランの作成	補助サービス 【訪問型サービス】 ・住民ボランティア・住民主体の自主活動 ・（訪問サービスB） 【通所型サービス】 ・住民ボランティア・住民主体の自主活動 ・（通所サービスB）	介護予防ケアマネジメント費 ●基本報酬 1月につき 3,090円 ●初回加算 初回月のみ 3,000円 ●委託連携加算 初回月のみ 3,000円 ※介護予防ケアマネジメント費については、利用者の負担はありません。
②サービス事業所等との連絡調整・必要に応じてサービス担当者会議の開催		
③サービス実施状況の把握、評価		
④利用者状況の把握		
⑤給付管理		
⑥介護予防・生活支援サービス事業の事業対象者申請に対する協力、支援		
⑦相談業務		

ウ. 初回のみのケアマネジメントC

ケアマネジメントの内容	対象となるサービス	利用料金
① ケアマネジメント結果の作成	補助サービス	介護予防ケアマネジメント費 ●基本報酬 初回月のみ 1,330円 ●初回加算 初回月のみ 3,000円 ※介護予防ケアマネジメント費については、利用者の負担はありません。
② サービス事業所等との連絡調整	【訪問型サービス】	
② 相談業務	・住民ボランティア・住民主体の自主活動	
	・（訪問サービスB）	
	【通所型サービス】	
	・住民ボランティア・住民主体の自主活動	
	・（通所サービスB）	
	【その他の生活支援サービス】	
	【ケアマネジメントプロセスに基づく一般介護予防事業】	

○高齢者虐待防止措置未実施減算 あり□ なし■

○業務継続計画未実施減算 あり□ なし■

基本的には利用者負担はありませんが、保険料の滞納等により利用者負担が発生する場合があります。

サービスの実施方法等

運営方針	①地域包括支援センターの職員、又は、事業者が委託する居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、利用者の選択に基づき、要支援者の心身の特性や環境等を踏まえ適切な保健医療及び福祉サービスが、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総合的かつ効率的に提供されるよう配慮いたします。 ②事業の実施にあたっては利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ち、提供されるサービスについては公正中立な立場で行い、関係機関等との連携に努めます。
------	---

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの内容	①利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。 ②利用者及び利用者の家族に対し、地域における介護予防サービスの内容、利用料などの情報を適切に提供し、サービスの選択を求めます。 ③提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ介護予防サービス・支援計画又は介護予防ケアマネジメントの原案を作成します。 ④介護予防サービス・支援計画又は介護予防ケアマネジメントの原案に位置づけられた介護予防サービスなどについて、その種類、内容、利用料などについて、利用者及び利用者の家族に説明し、利用者から文書による同意を受けます。 ⑤利用者は複数の指定介護予防サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントによるサービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する場合が生じた場合には、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るよう求めます。
利用者の居宅への訪問頻度の目安	地域包括支援センターの担当職員（又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員）が利用者の状態把握のため定期的に利用者の居宅を訪問します。訪問の頻度は、以下のとおりです。 ○<u>介護予防支援およびケアマネジメントA</u>：サービス提供開始時、提供開始月の翌月から起算して3月毎に1回 モニタリングに関しては以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用し、可能とする。 ア：利用者の同意を得ること。 同意：あり□ なし□ イ：サービス担当者会議において次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。 i 利用者の状態が安定していること。 ii 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。 iii テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。 ウ：少なくとも6月に1回は利用者の居宅を訪問すること。

	○<u>ケアマネジメントB</u>：サービス提供開始時、提供開始月の翌月から起算して12月に1回（その間は必要時） ○<u>ケアマネジメントC</u>：サービス提供開始時 ただし、上記の回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援事業又は介護予防ケアマネジメントの遂行に不可欠と認められる場合は、利用者の居宅を訪問することがあります。	
相談窓口 苦情窓口	○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。	
	当事業所 相談・苦情窓口	管 理 者 ： 西 尾 慶 子 電話番号 ： 0 5 9 9 - 6 6 - 1 1 6 2 FAX 番号 ： 0 5 9 9 - 6 6 - 1 1 1 3 対応時間 ： 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 （月曜日～金曜日）
	○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。	
	南伊勢町役場 高齢者支援課 介護支援係	所 在 地 ： 三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057 番地 電話番号 ： 0 5 9 9 - 6 6 - 1 7 0 9 FAX 番号 ： 0 5 9 9 - 6 6 - 1 1 1 3 対応時間 ： 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 （月曜日～金曜日）
相談窓口 苦情窓口	三重県国民健康保険 団体連合会 （国保連合会）	所 在 地 ： 三重県津市桜橋 2 丁目 96 番地 三重県自治会館内 2 階 電話番号 ： 0 5 9 - 2 2 2 - 4 1 6 5 FAX 番号 ： 0 5 9 - 2 2 2 - 4 1 6 6 対応時間 ： 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 （月曜日～金曜日）

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、本書面により利用者に対して重要事項を説明しました。

事業所 南伊勢町地域包括支援センター

管理者： 西尾 慶子

説明者： _____

業務の委託を受けた居宅介護支援事業者が説明を行った場合

事業所住所

事業所名

説明者： _____

私は本書面に基づいて、重要事項の説明を受け、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて同意し、交付を受けました。

利用者 住所 三重県度会郡南伊勢町

氏名 _____

署名代行者 住所 _____

(続柄：) 氏名 _____

【署名代行理由】

☐ 身体的理由による

☐ その他 ()