

介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

鹿児島市地域包括支援センターが提供する介護予防支援および介護予防ケアマネジメントについて、契約を締結する前にお伝えしたい内容を説明します。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

この説明書は、「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)に基づき、介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用契約締結に際して、事業所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。(鹿児島市に住所を有していない介護保険被保険者は、記載内容と異なる場合があります。)

《介護予防とは》単に高齢者等の運動機能や、栄養改善といった特定の機能の改善だけを指すものでなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者が出来る限り要介護状態にならないよう、自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的としています。一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援することによって、生活の質の向上を目指すものです。

1 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを提供する事業者

事業者氏名	社会福祉法人 高齢者介護予防協会かごしま
代表者氏名	理事長 長友 医 継
所在地	鹿児島県鹿児島市与次郎 1 丁目 10 番 6 号 1 階
連絡先	電話 099-813-1040

2 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを提供する事業所

事業所名称	鹿児島市地域包括支援センター上町
介護保険 指定事業所番号	鹿児島市指定 (指定事業所番号 4600100020)
所在地	鹿児島市大竜町 3 番 17 号
連絡先	電話 099-219-4815
事業所の通常の事業の サービス提供地域	鹿児島市日常生活圏域で分類される地区 生活圏域名：上町

3 事業の目的および運営方針

事業の目的	① 利用者が要介護状態になる事を出来る限り防ぎ、要介護状態になってもそれ以上悪化しないように努力します。 ② 利用者が住み慣れた自宅で元気に生活出来るように支援します。
運営方針	介護予防の効果を最大限に発揮出来るよう、 ① 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。 ② 利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行います。 ③ 他の保健医療サービスまたは福祉サービス等との連携や、地域支援事業および介護給付との連続性など一貫性を持った支援を行います。

4 事業所窓口の営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ※祝・休日、12月29日～1月3日を除く
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 7 時 00 分 ※電話での相談は 24 時間対応

5 事業所の職員体制

職 種	職 員	指 定 基 準
社 会 福 祉 士	1 名 以 上	1 名
保 健 師	1 名 以 上	1 名
主任介護支援専門員	1 名 以 上	1 名

6 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの業務内容

(1) 業務内容

項 目	対 象 者	内 容
介護予防支援 お よ び 介 護 予 防 ケアマネジメント	要支援 1 要支援 2 事業対象者	要支援者および事業対象者に対して介護予防サービス等の利用に関するケアマネジメントを行います。また、利用者の生活機能の向上を目指し、サービス実施後その結果を評価します。

※事業対象者には介護予防ケアマネジメント依頼届出書提出予定者を含みますが、事業対象者の基準に該当しなかった方は、サービスの利用が出来ない場合があります。

〈鹿児島市介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントの類型〉

○介護予防ケアマネジメント A (原則的な介護予防ケアマネジメント)

予防給付における介護予防支援と同様です。

○介護予防ケアマネジメント C (初回のみ介護予防ケアマネジメント)

短期間において集中的に行うサービス（口腔機能向上・栄養改善サービス、訪問型個別支援サービス）または住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みの開始時に実施します。簡略化したプロセスの介護予防ケアマネジメントを実施し「介護予防ケアマネジメント結果等記録表」を作成します。

(2) 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの流れ

- ① サービス利用申し込み
- ② アセスメント・課題分析（生活機能低下の背景・原因および課題の分析）
- ③ 介護予防サービス・支援計画（介護予防ケアマネジメント結果等記録表）（以下、「支援計画書」という）原案の作成（目標、具体策、利用サービス等の決定）
- ④ サービス担当者会議（家族等やサービス担当者等と共通認識） ※介護予防ケアマネジメント C を除きます。
- ⑤ 利用者および家族等の同意（支援計画書の確定）
- ⑥ サービスの提供（介護予防サービス事業所等による）
- ⑦ モニタリング（利用者の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないか、計画通り実行できるかを把握） ※介護予防ケアマネジメント C を除きます。
- ⑧ 評価（効果の評価を行い、再アセスメント・課題分析や一般介護予防事業へつなぐ）

(3) 利用者への協力依頼と確認、同意事項及び関係機関との連携

- ① 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、入院した際には医療機関に支援計画書作成担当者の氏名および連絡先をお伝えください。

- ② 医療系サービスを希望された場合、主治の医師等の意見を求めるとともに意見を求めた主治の医師等に支援計画書を交付します。また、サービス事業所から計画作成担当者へ伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、担当者が把握した利用者の状態等について、主治の医師等に必要な情報伝達を行います。
- ③ 支援計画書の作成にあたっては、利用者及びその家族は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が出来ます。また、支援計画書原案に位置付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出来ます。
- ④ 障害福祉サービスを利用してきた利用者が介護保険サービスを利用する場合等は、特定相談支援事業者との連携に努めます。

7 利用料金

「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント」のサービスは、介護保険制度及び介護予防・日常生活支援総合事業から全額給付されるため、利用者の自己負担はありません。

但し、保険料の滞納等により、地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）に直接給付が行われない場合があります。その場合、次の利用料をお支払いいただき、利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

介護予防支援費（1月につき）	4, 420円
----------------	---------

※新規に介護予防支援を提供した場合は、3, 000円加算されます。

8 その他の費用

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する場合があります。
-----	--

9 介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用における個人情報の使用

- ① 支援計画書の作成を行うため、利用者および家族等の情報収集が必要となった場合、利用者および家族等から同意を受けたうえで関係機関に情報提供を求めます。
- ② 事業者が介護保険法に関する法令に従い、介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議において必要な場合に使用します。
- ③ 使用にあたっては、目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払います。
- ④ 個人情報の内容は、氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業所が介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを行うために最低限必要な利用者および家族等の個人に関する情報、利用者に係る認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見、その他の情報を使用します。

10 秘密保持と個人情報の保護

利用者および家族等に関する秘密の保持	事業者および事業所の職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者および家族等に関する秘密を正当な理由無く第三者に漏らしません。 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。
--------------------	---

個人情報保護	事業者は、利用者および家族等からあらかじ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、利用者および家族等の個人情報を用いません。 事業者は、利用者および家族等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、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
--------	---

1 1 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントに関する相談、苦情の窓口

【事業所の窓口】 鹿児島市地域包括支援センター	2に掲げる事業所
【市町村の窓口】 鹿児島市介護保険課	所在地 鹿児島市山下町 11 番 1 号 市役所本館 電話番号 099-216-1280 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
【公共団体の窓口】 鹿児島県国民健康保険団体連合会介護相談室	所在地 鹿児島市鴨池新町 6 番 6 号 電話番号 099-213-5122 受付時間 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
福祉サービス運営適正化委員会 (社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会)	所在地 鹿児島市鴨池新町 1 番 7 号 県社会福祉センター内 電話番号 099-286-2200 受付時間 午前 9 時 00 分～午後 4 時 00 分

介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用契約にあたり、「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書」を通して、下記担当者が説明をしました。

重要事項説明年月日： 令和 年 月 日

事業者： 1に掲げる事業者

事業所： 2に掲げる事業所

説明者： 印

○ 利用者

私は、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの利用契約に当たり、本説明書の提示及び口頭説明を受けて、本説明書の内容を理解し、同意しました。

住 所 鹿児島市

氏 名 印

○ 代筆者（利用者が自書出来ない場合のみ）

住 所

氏 名 印

続 柄（利用者との関係）