

事業対象者 1.2 運用変更について

1. 運用変更の背景

総務省からの通知（令和 3 年 5 月 1 9 日、総行経第 26 号）「地方公共団体情報システムの標準化に関する法律の公布について（通知）」に基づき、全国の地方公共団体においては住民記録、地方税、介護や福祉などの主要な業務を対象に、これらの情報システムを国が定める標準仕様に準拠した情報システムに移行する必要があることから、これまで四日市市の独自運用としていた事業対象者 1 や事業対象者 2 について運用の変更を行うこととなった。

2. 運用変更の時期

令和 9 年 1 月（予定）

3. 変更内容の概要

区分の変更を以下のとおり行います。

現行

「事業対象者」に加え、「事業対象者 1 および事業対象者 2」

変更後

全員が一律で「事業対象者」

※「事業対象者 1 および事業対象者 2」の区分はなくなる

4. 変更におけるポイント

現行運用では、既に要支援認定を受けていた人が、認定更新手続きに代えて基本チェックリストを実施して事業対象者になった場合には、事業対象者 1 および事業対象者 2 として登録することで、要支援認定を受けずに事業対象者となっている人と区別するとともに、相当サービスの利用回数の判断基準を明確にしていた。

一方、変更後運用においては現在事業対象者 1 や事業対象者 2 として登録している対象者も含めて一律で事業対象者となることから、相当サービスの利用回数の判断基準等を以下のとおり整理します。

- 相当サービス利用回数の基準

現行

種別	介護度等	利用可能回数
介護予防訪問介護 相当サービス	事業対象者１・２	週１回又は 週２回程度
	事業対象者２	週２回を超える程度
介護予防通所介護 相当サービス	事業対象者１	週１回程度
	事業対象者２	週２回程度

変更後

種別	介護度等	利用可能回数
介護予防訪問介護 相当サービス	事業対象者	基本的には週１回又は 週２回程度とし、 必要な場合は週２回 を超える程度
介護予防通所介護 相当サービス	事業対象者	基本的には週１回と し、必要な場合は週 ２回

- ケアプランへの相当サービス利用回数についての記載

ケアプランには利用回数の理由についてまで記載することを求めないが、ケアプランとして妥当か、相当サービスの必要性については従来通り記載すること。

- 単位数の換算について

以下のとおり整理し、コード変更を行う、

区分	プランにおける通所※利用の頻度	単位数
事業対象者	週１回のプラン	要支援１の単位数
	週２回のプラン	要支援２の単位数

※相当サービス（通所）

なお、要支援２の人が週１回のプランとなった場合でも要支援２のコードを利用し、請求をしてもらうこととする。

- 利用者への案内について

令和８年７月頃に高齢福祉課より案内文を送付する。

令和 7 年 7 月 7 日
介護保険サービス事業者連絡会
居宅介護支援部会 資料

介護予防ケアマネジメントの実施について

1. 各種介護予防ケアマネジメントにかかる、ケアプランの作成とモニタリング期間、サービス担当者会議の実施について、厚生労働省の通知【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（第 1 号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（老振発 0605 第 1 号）令和 6 年 8 月 5 日 一部改正】を踏まえ、本市では以下のとおり運用を変更することを可能とします。

また、ケアマネジメント A・B・C それぞれの重要事項説明書ひな形を作成しましたので、別紙にてお示しします。

【ケアプランの作成について】

ケアマネジメント A

サービス C を利用の場合は「私の目標※1」をケアプランとして利用可能とします。

ただし、介護予防訪問介護相当サービスおよび介護予防通所介護相当サービスについては、従来同様のケアプラン作成が必要となります。

ケアマネジメント B

ケアプランの作成は不要とします。

なお、ケアプランを作成しない場合は利用開始日を明らかにするために、担当ケアマネジャーは事業所に対して利用開始証明書等を発行する必要があります。

ケアマネジメント C

従来同様に、ケアプランの作成は不要です。

担当ケアマネジャーは住民主体サービス実施団体に対して利用開始証明書等を発行する必要があります。

【モニタリングの期間設定について】

ケアマネジメント A

少なくとも 3 か月に 1 回としますが、条件※2 を全て満たした場合は最長 6 か月に 1 回に延長することを可能とします。

なお延長する場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが

分かるよう経過記録等に記載してください。

ケアマネジメント B

利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する、または、サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築する、という対応を可能とします。

ケアマネジメント C

サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築する、という対応を可能とします。

【サービス担当者会議の開催について】

新規でケアプラン等（「私の目標」を含む）を作成したときはサービス担当者会議の開催が必要です。

ケアプラン等を作成しない場合には必ずしも担当者会議の開催は必要ありませんが、サービス・活動事業の実施者等との連絡調整や打合せなどをおして利用者の情報や援助の方針等について共有を図るようにしてください。

※1「私の目標」

ケアマネジメント A のうち、サービス C の場合は従来のケアプランに代わる書式として使用していただけます。

※2 条件

- ① 3 か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。
- ② モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
- ③ モニタリングやサービス担当者会議を 3 か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
- ④ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

ただし、以下の場合にはモニタリングの期間を延長することは出来ません。

- 初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て 3 か月後のモニタリングまでの

一連のプロセス)におけるモニタリングの場合

- 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。

2. 機能改善・社会参加促進加算について

厚生労働省の通知【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（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（老振発0605第1号）令和6年8月5日 一部改正】を踏まえ、本市における介護予防ケアマネジメントにかかる新たな加算項目として機能改善・社会参加促進加算を制定しました。

【趣旨・概要】

機能改善・社会参加促進加算とは、高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った選択を支援するための目標志向型のマネジメントを行うものとして、適切な専門職の介入を通じ居宅要支援被保険者等の機能の改善が図られ、社会参加につながったことを評価するものです。

本市におきましては、短期集中予防サービス（以下、サービスC）の利用者が、生活行為の維持・向上が図られ、サービスCの利用を終了できると判断し、かつ、通所型サービスA、Bまたは、一般介護予防事業やサロン・サークル活動等、地域の多様な活動につながった場合には、サービスC終了月に初回加算に相当する単位数を加算することができるものとします。

まとめ

対象者 サービスC利用者

算定条件 以下の①および②に該当した場合

- ①生活行為の維持、向上が図られ、サービスCの利用を終了できると判断できる。
- ②通所型サービスA・B、一般介護予防事業等の地域活動につながった。

※算定対象外となるつなぎ先

自主訓練等のセルフケアや訪問型サービスA、B等については、当加算の趣旨である「高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った選択を支援するための目標志向型のマネジメントを行うものとして、適切な専門職の介入を通じ居宅要支援被保険者等の機能の改善が図られ、社会参加につながったことを評価するもの」に沿っていないため、対象外とする。

算定月 サービスC終了月

単位数 初回加算に相当する単位数300単位（3,126円）

適用時期 令和7年4月1日（サービスCの利用終了日）

3. 地域包括支援センターから委託を受けた場合の利用者との契約締結と重要事項説明書の説明について

居宅介護支援事業所（または介護予防支援事業所）が地域包括支援センターから、委託を受けて介護予防ケアマネジメントを行う場合に、利用者との契約締結および重要事項説明書の説明を居宅介護支援事業所（または介護予防支援事業所）の職員がおこなうことが出来ることとします。

【平成 18 年 3 月 厚生労働省 Q&A】

私の目標

作成日：_____

名前：_____

目標や続けたいこと

ステップ四日市	担当者
住所：四日市市日永東 1-2-27	電話番号：059-348-4008
四日市市●地域包括支援センター	担当者：
住所：四日市市	電話番号：
(居宅欄)	担当者
住所：	電話番号：

ケアマネジメント B 利用開始証明書

四日市市〇地域包括支援センターがケアマネジメントを行う

利用者_____様に対して、令和____年____月から、サービスの提供
を行っていただきますようお願いいたします。

なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は、令和____年____月____日に済んで
います。

事業者名： 四日市市〇地域包括支援センター

住 所：

電 話： 059-

F A X： 059-

担 当 者：

記 入 日： 令和____年____月____日

----- サービス提供事業所記載欄 -----

_____様におかれましては、令和____年____月____日より、サービスの利用が開始
されます。尚、利用者への事業説明及び利用者からの同意取得は令和____年____月____日
に済んでいます。

サービス提供事業所名称：

住 所：

電 話：

F A X：

担当者：

記入日：

なお、個人情報の取り扱いに当たっては、以下の点を遵守します。

- ① サービス提供者は住民サービスの提供に当たって知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、サービス提供終了後においても、第三者には漏らしません。
- ② サービス提供者は、その従事者であった者が、従事者であった際に知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- ③ サービス提供者は、利用者及びその家族の個人情報について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

利用者情報

利用者氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭	年齢	
			年 月 日生		
住所	〒 ー		電話番号		

介護保険	被保険者番号 :	
	担当事業所名 : 四日市市〇地域包括支援センター 担当者 :	

<特記事項>

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A 重要事項説明書

1. 当事業所が提供する介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについての相談窓口

電 話

担 当 四日市市〇地域包括支援センター

2. 四日市市〇地域包括支援センターの概要

(1) 事業所の概要

運営主体法人名・法人種別		
運営主体の所在地		
代表電話番号・FAX 番号	TEL	FAX
ホームページアドレス	ある ・ なし	
運営主体の開設年月		
運営主体の代表氏名		
事業所名	四日市市〇地域包括支援センター	
管理者氏名		
事業所の所在地		
サービス提供地域		
交通の方法		
事業所電話番号・FAX 番号	TEL	FAX
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先	
	TEL (営業時間外は施設に転送されます)	
第三者評価の実施状況	第三者評価は実施しておりません。(その他の評価を受けている場合は、その評価を受けている旨を記載) R○.○.○に受審しました。○○(評価機関名)へ依頼し、結果は○○にて公表しています。	
運営の方針と事業所の特色等		

(2) 職員体制

○年○月○日現在

職種	人員配置	職務内容
管理者	例:常勤兼務 1名以上	※職務内容を簡潔に記載
保健師	例:常勤 1名以上	
社会福祉士	例:常勤 1名以上	
主任介護支援専門員	例:常勤兼務 1名以上	
看護師	例:常勤 2名以上	
介護支援専門員	例:常勤 11名以上(うち兼務3名)	
事務員	例:常勤 1名以上	

(3) 営業時間(窓口対応可能時間)

月曜日～金曜日	8:30 ～ 17:15
---------	--------------

上記以外の日時は基本的には休業としますが、緊急の場合は対応します。

※休業日：土・日・国民の祝日に関する法律(昭和 23 年法律第 178 号)に定める休日、12 月 29 日～翌年 1 月 3 日

3. サービスの概要

(1) 事業対象者、要支援認定者となる方への介護予防ケアプラン等の作成

- ① 担当職員が利用者宅等を訪問させていただき、生活の様子やご希望をうかがい、解決すべき課題を把握します。
- ② 地域の介護予防サービス事業者等が行っているサービス内容等の情報を提供し、利用者にサービスの選択をしていただきます。
- ③ 提供される介護予防サービス等の目標、達成時期、介護予防サービス等を行ううえでの留意点等を盛り込んだ介護予防ケアプランの原案等を作成します。

(2) 経過観察・介護予防ケアプランの見直し

- ① 介護予防ケアプラン等作成後、サービス計画の目標に沿ってサービスが行われるように、また、介護予防の観点から、利用者の状況に応じてサービスが提供されるように、介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ② 介護予防ケアプラン等の実施状況を把握するため、必要に応じて利用者宅等への訪問又はテレビ電話装置等を活用した面接を行い、利用者の状態の変化等に応じて介護予防ケアプラン等の見直しを行います。

(3) 要介護認定等に係る申請の援助

利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請に必要な援助を行います。

4. 利用料金

(1) 利用料

基本的に自己負担はありませんが、保険料の滞納などにより利用者負担が発生する場合があります。詳細は別紙「料金表」のとおりとします。

5. サービス(介護予防支援・介護予防ケアマネジメント)の利用について

(1) サービス利用の開始

本サービスについては契約書を締結したのち、提供が開始されます。
(サービス提供にあたっては契約締結が必要です。)

(2) サービスの終了について

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合
解約については、いつでも通知していただくことができます。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
契約を継続し難いやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了の30日前までに文書で通知します。
- ③ 自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。
 - ・ 利用者が要支援者又は事業対象者として認定されなくなった場合
 - ・ 利用者が介護保険施設やグループホームへ入所・入居した場合
 - ・ 利用者が(介護予防)小規模多機能型居宅介護を利用した場合
 - ・ 利用者がサービス提供地域外に転居した場合
 - ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所の担当職員に対して、背信行為等を行い、本契約を継続し難い重大な事由があった場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

(3) その他

- ・利用者やご家族は支援計画書に位置付けるサービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることができ、また当該事業所を支援計画書に位置付けた理由を求めることが可能です。
- ・当事業所における支援を行う中で把握した日常生活に関する内容を、主治の医師、歯科医師、薬剤師に利用者様の了解を得た上で、情報共有を行い、連携して支援します。
- ・入院時には、担当ケアマネジャーの氏名や事業所名、連絡先等を入院先の医療機関へ情報提供するようご協力をお願いします。

6. 事故発生時の対応

事故等の緊急事態が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、その他の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

7. 秘密の保持

担当職員及びその他の従業者は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者のご家族の個人情報を用いる場合は当該ご家族の同意を、あらかじめ個人情報使用同意書により得ます。

8. 業務の委託

当事業所は、利用者の同意を得たうえで、利用者に提供する介護予防ケアマネジメント、介護予防支援の業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

9. 高齢者虐待防止について

当事業所は、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 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備しています。
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ④ ①～③を適切に実施するために担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	
-------------	--

- ⑤ サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市に通報します。
- ⑥ 成年後見制度の利用を支援します。※記載がなくても可
- ⑦ 苦情解決体制を整備しています。※記載がなくても可

8. サービス内容に関する苦情・相談対応窓口

苦情受付担当者は管理者とし、苦情解決責任者は_____が担います。

当事業所では、地域にお住まいの方を「第三者委員」に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見をいただいております。利用者は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

- ① 当事業所に設置された苦情・相談窓口

名 称 四日市市〇地域包括支援センター
連絡先電話番号
対応時間

- ② 第三者委員

名 称
連絡先電話番号

対応時間

③ 市に設置された苦情・相談対応窓口

名 称	四日市市役所 介護保険課 管理・保険料係
連絡先電話番号	059-354-8190
対応時間	8:30 ～ 17:15 (月～金)

④ 県社協に設置された苦情・相談対応窓口(福祉サービス苦情相談窓口)

名 称	三重県福祉サービス運営適正化委員会
連絡先電話番号	059-224-8111
対応時間	9:00 ～ 17:00 (月～金)

⑤ 国保連苦情・相談対応窓口(介護サービス苦情相談窓口)

名 称	三重県国民健康保険団体連合会
連絡先電話番号	059-222-4165(直通)
対応時間	9:00 ～ 17:00 (月～金)

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

(地域包括支援センター)

所在地 _____

事業所名 四日市市〇地域包括支援センター

管理者名 _____

説明者名 _____

(業務委託先居宅介護支援事業所)

所在地 _____

事業所名 _____

説明者名 _____

(※業務委託先居宅介護支援事業所の欄は、居宅介護支援事業所が説明を代行する場合に記入)

私は、本書面により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※自署の場合は押印不要

利用者は、身体状況等のより署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行しました。

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄()

別紙（料金表）

令和〇年〇月時点

【介護予防支援】

基本報酬分	円／月
初回加算	円／月
委託連携加算	円／月

【介護予防ケアマネジメントA】

基本報酬分	円／月
初回加算	円／月
委託連携加算	円／月
機能改善・社会参加促進加算	円／月

介護予防ケアマネジメント B 重要事項説明書

1. 当事業所が介護予防ケアマネジメントについての相談窓口

電 話

担 当 四日市市〇地域包括支援センター

2. 四日市市〇地域包括支援センターの概要

(1) 事業所の概要

運営主体法人名・法人種別		
運営主体の所在地		
代表電話番号・FAX 番号	TEL	FAX
ホームページアドレス	ある・なし	
事業所名	四日市市〇地域包括支援センター	
管理者氏名		
事業所の所在地		
サービス提供地域		
交通の方法		
事業所電話番号・FAX 番号	TEL	FAX
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先	
	TEL (営業時間外は施設に転送されます)	
運営の方針と事業所の特色等		

(2) 職員体制

〇年〇月〇日現在

職種	人員配置	職務内容
管理者	例:常勤兼務 1 名以上	※職務内容を簡潔に記載
保健師	例:常勤 1 名以上	
社会福祉士	例:常勤 1 名以上	
主任介護支援専門員	例:常勤兼務 1 名以上	
看護師	例:常勤 2 名以上	
介護支援専門員	例:常勤 11 名以上(うち兼務 3 名)	
事務員	例:常勤 1 名以上	

(3) 営業時間(窓口対応可能時間)

月曜日～金曜日	8:30 ～ 17:15
---------	--------------

上記以外の日時は基本的には休業としますが、緊急の場合は対応します。

※休業日:土・日・国民の祝日に関する法律(昭和 23 年法律第 178 号)に定める休日、12 月 29 日～翌年 1 月 3 日

3. サービスの概要

(1) 担当職員が利用者宅等を訪問させていただき、生活の様子やご希望をうかがい、解決すべき課題

を把握します。

- (2) 地域の介護予防サービス事業者等が行っているサービス内容等の情報を提供し、利用者にサービスの選択をしていただきます。
- (3) 介護予防の観点から、利用者の状況に応じてサービスが提供されるように、介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- (4) 利用者の状況に変化があれば、必要に応じて利用者宅等への訪問又はテレビ電話装置等を活用した面接を行い、支援方針やサービスの見直しを検討します。
- (5) 利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請に必要な援助を行います。

4. 利用料金

(1) 利用料

基本的に自己負担はありませんが、保険料の滞納などにより利用者負担が発生する場合があります。詳細は別紙「料金表」のとおりとします。

5. サービス(介護予防ケアマネジメント B)の利用について

(1) サービス利用の開始

本サービスについては契約書を締結したのち、提供が開始されます。

重要事項説明書による説明、個人情報使用同意書への同意があれば、契約書の取り交わしを省略することができます。

(2) サービスの終了について

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

解約については、いつでも通知していただくことができます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

契約を継続し難いやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了の30日前までに文書で通知します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・ 利用者が要支援者又は事業対象者として認定されなくなった場合(ただし、要介護認定を受け、継続利用要介護者として、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスを利用する場合を除く)
- ・ 利用者が介護保険施設やグループホームへ入所・入居した場合
- ・ 利用者が(介護予防)小規模多機能型居宅介護を利用した場合
- ・ 利用者がサービス提供地域外に転居した場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所の担当職員に対して、背信行為等を行い、本契約を継続し難い重大な事由があった場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

(3) その他

- ・ 当事業所における支援を行う中で把握した日常生活に関する内容を、主治の医師、歯科医師、薬剤師に利用者様の了解を得た上で、情報共有を行い、連携して支援します。
- ・ 入院時には、担当ケアマネジャーの氏名や事業所名、連絡先等を入院先の医療機関へ情報提供できるようご協力をお願いします。

6. 事故発生時の対応

事故等の緊急事態が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、その他の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

7. 秘密の保持

担当職員及びその他の従業者は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者のご家族の個人情報を用いる場合は当該ご家族の同意を、あらかじめ個人情報使用同意書により得ます。

8. 業務の委託

当事業所は、利用者の同意を得たうえで、利用者に提供する介護予防ケアマネジメント、介護予防支援の業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

9. 高齢者虐待防止について

当事業所は、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 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備しています。
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ④ ①～③を適切に実施するために担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	
-------------	--

- ⑤ サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市に通報します。
- ⑥ 成年後見制度の利用を支援します。※記載がなくても可
- ⑦ 苦情解決体制を整備しています。※記載がなくても可

8. サービス内容に関する苦情・相談対応窓口

苦情受付担当者は管理者とし、苦情解決責任者は_____が担います。

当事業所では、地域にお住まいの方を「第三者委員」に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見をいただいております。利用者は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

- ① 当事業所に設置された苦情・相談窓口

名 称	四日市市〇地域包括支援センター
連絡先電話番号	
対応時間	

- ② 第三者委員

名 称	
連絡先電話番号	
対応時間	

- ③ 市に設置された苦情・相談対応窓口

名 称	四日市市役所 介護保険課 管理・保険料係
連絡先電話番号	059-354-8190
対応時間	8:30 ～ 17:15 (月～金)

- ④ 県社協に設置された苦情・相談対応窓口(福祉サービス苦情相談窓口)

名 称	三重県福祉サービス運営適正化委員会
連絡先電話番号	059-224-8111
対応時間	9:00 ～ 17:00 (月～金)

- ⑤ 国保連苦情・相談対応窓口(介護サービス苦情相談窓口)

名 称	三重県国民健康保険団体連合会
連絡先電話番号	059-222-4165(直通)

対応時間

9:00 ～ 17:00（月～金）

介護予防ケアマネジメント B の提供開始にあたり、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

（地域包括支援センター）

所在地 _____

事業所名 四日市市〇地域包括支援センター

管理者名 _____

説明者名 _____

（業務委託先居宅介護支援事業所）

所在地 _____

事業所名 _____

説明者名 _____

（※業務委託先居宅介護支援事業所の欄は、居宅介護支援事業所が説明を代行する場合に記入）

私は、本書面により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受けました。

（利用者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※自署の場合は押印不要

利用者は、身体の状態等のより署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行しました。

（署名代行者）

住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄（ ）

別紙（料金表）

令和〇年〇月時点

【介護予防ケアマネジメントB】

基本報酬分	円／月
初回加算	円／月
委託連携加算	円／月

介護予防ケアマネジメントC 重要事項説明書

1. 当事業所が提供する介護予防ケアマネジメントについての相談窓口

電 話

担 当 四日市市〇地域包括支援センター

2. 四日市市〇地域包括支援センターの概要

(1) 事業所の概要

運営主体法人名・法人種別		
運営主体の所在地		
ホームページアドレス	ある・なし	
運営主体の代表氏名		
事業所名	四日市市〇地域包括支援センター	
管理者氏名		
事業所の所在地		
サービス提供地域		
交通の方法		
事業所電話番号・FAX 番号	TEL	FAX
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先	
	TEL (営業時間外は施設に転送されます)	
運営の方針と事業所の特色等		

(2) 職員体制

〇年〇月〇日現在

職種	人員配置	職務内容
管理者	例:常勤兼務 1名以上	※職務内容を簡潔に記載
保健師	例:常勤 1名以上	
社会福祉士	例:常勤 1名以上	
主任介護支援専門員	例:常勤兼務 1名以上	
看護師	例:常勤 2名以上	
介護支援専門員	例:常勤 11名以上(うち兼務3名)	
事務員	例:常勤 1名以上	

(3) 営業時間(窓口対応可能時間)

月曜日～金曜日	8:30 ～ 17:15
---------	--------------

上記以外の日時は基本的には休業としますが、緊急の場合は対応します。

※休業日:土・日・国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に定める休日、12月29日～翌年1月3日

3. サービスの概要

- (1) 担当職員が利用者宅等を訪問させていただき、生活の様子やご希望をうかがい、解決すべき課題を把握します。
- (2) 地域の住民主体サービス(住民による自発的な活動による支援)実施団体等が行っているサービス内容等の情報を提供し、利用者にサービスの選択をしていただきます。
- (3) 住民主体サービスの利用開始時または地域の介護予防活動等への参加開始時にのみ行うケアマネジメントであって、原則として、モニタリングや評価は行いません。

4. 利用料金

基本的に自己負担はありませんが、保険料の滞納などにより利用者負担が発生する場合があります。詳細は別紙「料金表」のとおりとします。

5. サービス(介護予防ケアマネジメントC)の利用について

(1) サービス利用の開始

本サービスについては契約書を締結したのち、提供を開始し、1回のみで終了します(重要事項説明書による説明、個人情報使用同意書への同意があれば、契約書の取り交わしを省略することができます)。

(2) その他

- ・このケアマネジメントの終了後に相談がある場合は、お住まいの地域の在宅介護支援センターにご相談ください。

6. 事故発生時の対応

事故等の緊急事態が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、その他の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

7. 秘密の保持

担当職員及びその他の従業者は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者のご家族の個人情報を用いる場合は当該ご家族の同意を、あらかじめ個人情報使用同意書により得ます。

8. 業務の委託

当事業所は、利用者の同意を得たうえで、利用者に提供する介護予防ケアマネジメントの業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

9. サービス内容に関する苦情・相談対応窓口

苦情受付担当者は管理者とし、苦情解決責任者は_____が担います。
このほか、以下の相談窓口にご相談することもできます。

① 当事業所に設置された苦情・相談窓口

名 称 四日市市〇地域包括支援センター
連絡先電話番号
対応時間

② 第三者委員

名 称
連絡先電話番号
対応時間

③ 市に設置された苦情・相談対応窓口

名 称 四日市市役所 高齢福祉課 地域支援係

連絡先電話番号 059-354-8170
対応時間 8:30 ～ 17:15（月～金）

- ④ 国保連苦情・相談対応窓口（介護サービス苦情相談窓口）
名 称 三重県国民健康保険団体連合会
連絡先電話番号 059-222-4165（直通）
対応時間 9:00 ～ 17:00（月～金）

介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

(地域包括支援センター)

所在地 _____

事業所名 四日市市〇地域包括支援センター

管理者名 _____

説明者名 _____

(業務委託先居宅介護支援事業所)

所在地 _____

事業所名 _____

説明者名 _____

(※業務委託先居宅介護支援事業所の欄は、居宅介護支援事業所が説明を代行する場合に記入)

私は、本書面により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントについての重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※自署の場合は押印不要

利用者は、身体状況等のより署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行しました。

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄()

別紙（料金表）

令和〇年〇月時点

【介護予防ケアマネジメント C】

基本報酬分	円／月
初回加算	円／月
委託連携加算	円／月

	サービス種類	重要事項説明書の 取り交わし	契約書の 取り交わし	個人情報使用同意書の 取り交わし	ケアプラン	サービス 担当者会議	モニタリング	評価
介護予防支援	予防サービス	必須 (独自書式あり※ 1)	必須	必須	介護予防支援計画書	必須	少なくとも3か月に1回	必要
ケアマネジメントA	従前相当	必須 (独自書式あり※ 1)	必須	必須	介護予防支援計画書	必須	少なくとも3か月に1回 その後は、すべての条件※ 1 1を満たせば最長 6 か月に 1 回とできる	必要
	サービスC	必須 (独自書式あり※ 1)	必須	必須	介護予防支援計画書 または「わたしの目標」	必須		必要
ケアマネジメントB	サービスA	必須 (独自書式あり※ 2)	省略可 ※ 4	必須	省略可 ※ 8	省略可 ※ 9	省略可 ※ 1 2	省略可 (について国に確認中)
ケアマネジメントC	サービスB	必須 (独自書式あり※ 3)	省略可 ※ 5	必須	省略可 (従来と同様) ※ 8	省略可 ※ 1 0	省略可 ※ 1 3	省略可

○ケアマネジメントの類型変更があった場合

ケアマネジメントB →ケアマネジメントC	サービスB	ケアマネジメントCの重要事項説明書で説明し、記録に残す。	不要	不要 ※ 6	上記とケアマネジメントC同様			
ケアマネジメントC →ケアマネジメントB	サービスA	ケアマネジメントBの重要事項説明書で説明し、記録に残す。	不要	不要 ※ 7	上記とケアマネジメントB同様			

※ 1 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントA 重要事項説明書」

※ 2 「介護予防ケアマネジメントB 重要事項説明書」

※ 3 「介護予防ケアマネジメントC 重要事項説明書」

※ 4 「介護予防ケアマネジメントB 重要事項説明書」を取り交わしている場合に限る

※ 5 「介護予防ケアマネジメントC 重要事項説明書」を取り交わしている場合に限る

※ 6 「介護予防ケアマネジメントB」の際に取り交わした個人情報使用同意書を準用可能とする

※ 7 「介護予防ケアマネジメントC」の際に取り交わした個人情報使用同意書を準用可能とする

※ 8 担当ケアマネが利用開始証明書を事業所へ発行することで利用開始日を共有すること

※ 9 必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ないが、サービス・事業者等の実施者との連絡調整や打合せ等をおして情報共有しておくこと

※ 1 0 サービス・事業者等の実施者との連絡調整や打合せ等をおして情報共有しておくこと。なお、開催する場合、住民主体サービス団体の参加は任意とする

※ 1 1

ア) 3 か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。

イ) モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。

ウ) モニタリングやサービス担当者会議を 3 か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。

エ) 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

ただし、以下の場合はモニタリングの期間を延長することは出来ません。

● ①初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て 3 か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合

● ②多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。

※ 1 2 利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問などして実施するまたは、サービス・活動事業の実施者等の連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築することでモニタリングを省略可能とする。

※ 1 3 サービス・活動事業と実施者等の連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築することでモニタリングを省略可能とする。