

介護予防支援（介護予防サービス計画作成等）  
第1号介護予防支援（介護予防ケアプラン作成等）  
業 務 マ ニ ュ ア ル

柏原市高齢者いきいき元気センター

平成29年4月

## 目次

1. 介護予防ケアマネジメントとは	3
2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	3
3. 介護予防ケアマネジメントの類型	4
4. 介護予防ケアマネジメント実施の手順	
1 相談からサービス決定までの流れ	5
①介護相談受付シート	6
②基本チェックリスト実施	6
③認定申請	7
④基本チェックリスト実施⇒対象外の場合	7
⑤基本チェックリスト実施⇒総合事業対象者の場合	7
⑥認定申請⇒要支援1か要支援2の認定の場合	7
⑦認定申請⇒非該当の場合	7
2 介護予防支援及び第1号介護予防支援の契約の締結	
(1) 業務委託契約について	8
(2) 利用者との契約の締結する手順	8.9
契約の流れのポイント	10
3 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成の手順	
(1) アセスメントの実施・介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案の作成	11
(2) QOL向上について多職種で考える会議	12
(3) サービス担当者会議の開催	13
主治医との連携	14
(4) 介護予防サービス計画案及び介護予防ケアプラン原案の説明・同意	14
(5) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの確認	14
(6) サービス事業者への書類の交付	15
(7) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの実施・調整	15
(8) 利用者の心身の状態等に変化があった場合	15
4 給付管理業務	16
(1) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン利用実績の報告	16
(2) 給付管理票の作成	16
(3) 請求関係書類の提出	16
5 モニタリングと評価	
(1) モニタリング	17
(2) 評価及び介護予防支援・サービス評価表の提出	18
5. サービス利用までの流れ	
(1) 第1号介護予防支援（新規）の流れ（総合事業）	19
(2) 第1号介護予防支援（変更）の流れ（介護予防サービス⇒総合事業）	20
(3) 第1号介護予防支援（変更）の流れ（総合事業⇒総合事業）	21
(4) 介護予防支援（変更）の流れ（介護予防サービス⇒介護予防サービス）	22
(5) 介護予防支援（新規）の流れ（介護予防サービス）	23
(6) 介護予防支援（変更）の流れ（総合事業⇒介護予防サービス）	24

## 1. 介護予防ケアマネジメントとは

介護予防ケアマネジメントは、要支援者等（要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下「事業対象者」という。））に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じ、その選択に基づき、適切な事業（訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか、一般介護予防事業や市町村の独自施策や民間企業の生活支援サービスを含む）が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から援助を行うものである。

## 2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）においては、高齢者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点をもって介護予防ケアマネジメントを行なうこととなる。つまり、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に質するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の生活における生きがいや役割等を踏まえたうえで、目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービス等（セルフケアを含む）を利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくことになる。

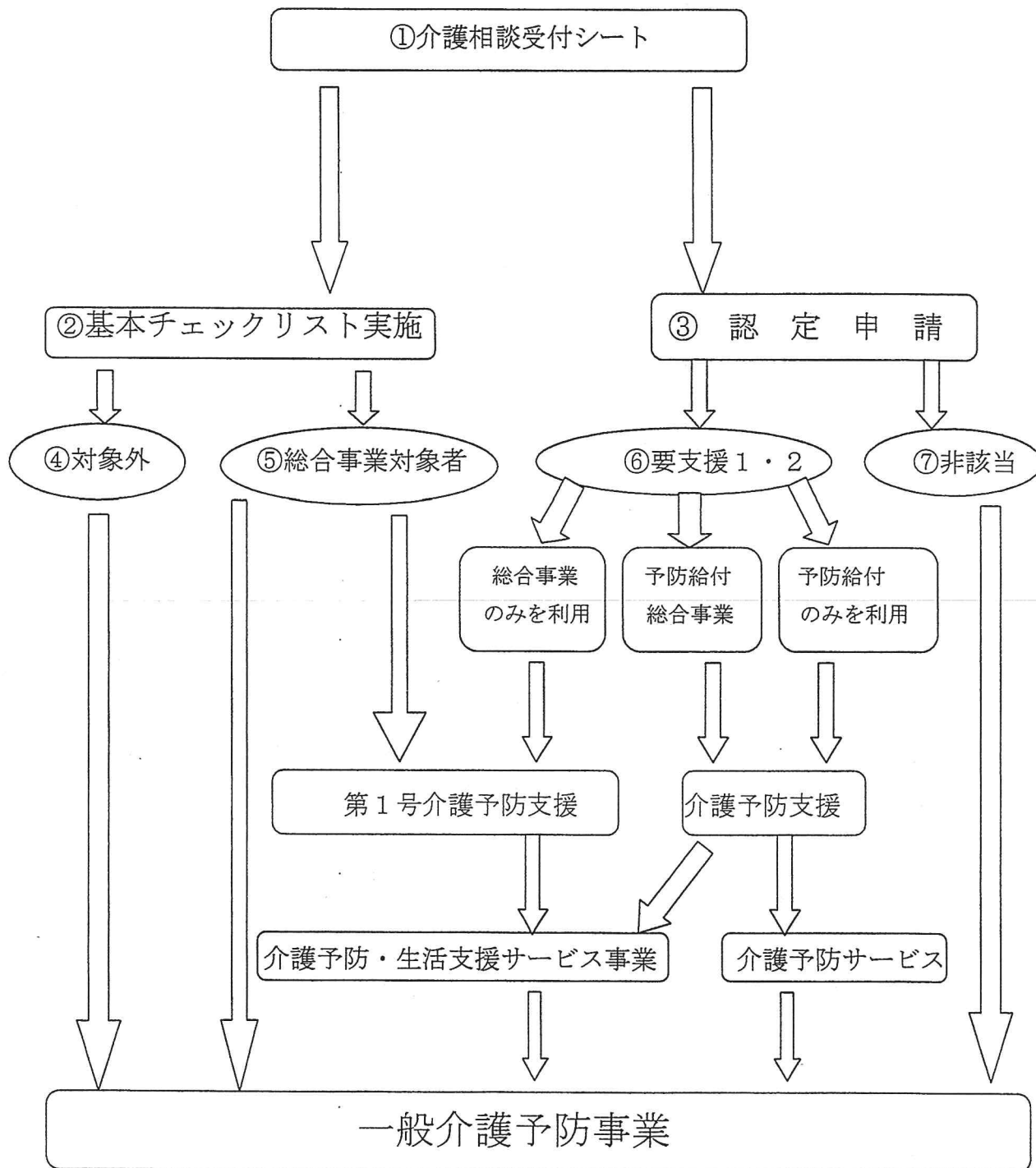
### 3. 介護予防ケアマネジメントの種類

介護予防ケアマネジメントの概要は以下の通りである。

	介護予防支援	第1号介護予防支援	
		ケアマネジメント A	ケアマネジメント B
内容	現行ケアマネジメント	現行と同様のケアマネジメント	プロセスを簡略化したケアマネジメント
対象者	要支援1・2認定者	要支援1・2認定者 / 事業対象者	
対象となるサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防給付を利用する場合</li> <li>・予防給付と総合事業を併用する場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所によるサービス（現行相当サービス、訪問型サービスA、通所型サービスA）を利用する場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所以外のサービスを利用する場合（軽度生活援助サービス事業など）</li> </ul>
作成する計画	介護予防サービス計画	介護予防ケアプラン	
プロセス概要	アセスメント ⇒介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案作成 ⇒包括に提出 「QOL向上について多職種で考える会議」 ⇒サービス担当者会議 ⇒サービス利用 ⇒モニタリング・評価	アセスメント ⇒介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案作成 ⇒包括に提出 「QOL向上について多職種で考える会議」 ⇒サービス担当者会議 ⇒サービス利用 ⇒モニタリング・評価	アセスメント ⇒介護予防ケアプラン原案作成 ⇒包括に提出 「QOL向上について多職種で考える会議」 ⇒サービス担当者会議（適宜） ⇒サービス利用 ⇒モニタリング（適宜）

#### 4. 介護予防ケアマネジメント実施の手順

##### 1 相談からサービス決定までの流れ



※①～⑦のプロセスについては6ページ～7ページに記載する。

### ①介護相談受付シート

(資料1・2参照)

新規で相談に来られた場合や、更新手続きを行う場合に介護相談受付シートを利用する。

介護サービスの利用や総合事業の利用について相談する窓口は、市役所、柏原市高齢者いきいき元気センター（柏原市高齢者いきいき元気センターは、柏原市地域包括支援センターである。以下「包括」という。）、居宅介護支援事業所である。総合事業の開始に伴い、サービスを利用する場合、2通りの申請方法（「基本チェックリスト実施」と「認定申請」）から選択可能である。介護相談受付シートは、その選択をスムーズに行うためのものである。

（手順1）「介護予防・日常生活支援総合事業について」のパンフレットを用いて、総合事業の主旨や内容、利用までの流れ等の説明をする。なお、説明にあたっては、総合事業の主旨（自立支援に向けたサービス利用であることや重症化を予防する事業であること）から説明をすることが望ましい。

（手順2）介護相談受付シートを用い「相談の目的」や「希望するサービス内容」「生活状況」の聞き取りを行う。聞き取りの結果から「基本チェックリスト実施」か「認定申請」を振り分ける。

（注意事項1）相談者が認定申請を希望する場合は、申請の受付あるいは、代行申請を行う。

（注意事項2）第2号被保険者は、認定申請を案内する。

（注意事項3）基本チェックリスト実施を案内する場合、後日、包括職員が訪問することを伝える。また、そのために包括へ個人情報を提供する旨の同意を得ておく。

### ②基本チェックリスト実施

(資料3・4・5参照)

介護相談受付シートにより、基本チェックリスト実施が選択された場合、基本チェックリストによる聞き取りを実施することになる。基本チェックリストの実施者及び依頼手順は、以下の通りである。なお、聞き取りを実施するにあたっての留意事項等は参考資料を参照されたい。

	実施者	手順
新規	包括	介護相談受付シートを包括に提出する。包括から対象者宅に連絡を行い訪問し実施する。
更新	居宅介護支援事業者、包括	基本チェックリストを実施する。

（注意事項1）包括が基本チェックリストを実施する場合には、必ず介護相談受付シートの同意書欄に署名を得ておくものとする。

（注意事項2）基本チェックリスト実施日が事業対象者に該当する基準日となるため、記入年月日は必ず記載する。

### ③認定申請

介護相談受付シートにより、認定申請が選択された場合は認定申請を案内、その手続きを支援することとなる。代行申請を行う場合の手順は、従来通りの手順と同様である。

(手順1) 市役所の介護業務係へ以下の書類を提出する。

- 提出書類
- ・介護相談受付シート
  - ・介護保険被保険者証
  - ・介護保険申請書

<基本チェックリストと認定の結果と利用できるサービス・流れについて>

### ④基本チェックリスト実施 ⇒ 対象外の場合

【利用できるサービス】 一般介護予防事業

(手順) 一般介護予防事業は、短期集中予防サービス、介護予防教室、講座、住民主体の通いのサービス等である。詳細は柏原市高齢者いきいき元気センターに問い合わせるものとする。

### ⑤基本チェックリスト実施 ⇒ 総合事業対象者の場合

【利用できるサービス】 一般介護予防事業、介護予防・生活支援サービス事業

(手順1) 委託先居宅介護支援事業所や包括がアセスメント(課題分析)、ケアプラン原案作成を行う。

(手順2) 介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合、「QOL向上について多職種で考える会議」でケアプランを確認する。

(手順3) 契約書・重要事項の説明を行う。

(手順4) 市役所に関係書類の提出を行ったあと、即日に被保険者証が発行される。

(手順5) サービス担当者会議を開催する。

(手順6) ケアプランが確定したのちサービス利用開始となる。

(注意事項1) 被保険者証の有効期間はないため更新の必要はないが、基本チェックリストを行いサービスの必要性について見直すものとする。

(注意事項2) 一般介護予防事業のみの利用の場合は上記④を参照とする。

### ⑥認定申請 ⇒ 要支援1か要支援2の認定の場合

【利用できるサービス】 一般介護予防事業、介護予防・生活支援サービス事業、介護予防サービス

(手順1) 委託先居宅介護支援事業所もしくは包括がアセスメント(課題分析)、ケアプラン原案作成を行う。

(手順2) 契約書・重要事項の説明を行う。

(手順3) 「QOL向上について多職種で考える会議」でケアプランを確認する。

(手順4) サービス担当者会議を開催する。

(手順5) ケアプランが確定したのちサービス利用開始となる。

### ⑦認定申請 ⇒ 非該当の場合

【利用できるサービス】 一般介護予防事業

(手順) 上記④を参照とする。

## 2 介護予防支援及び第1号介護予防支援の契約の締結

### (1) 業務委託契約について

要支援者等から相談を受けた居宅介護支援事業者が原案委託事業者として介護予防支援及び第1号介護予防支援業務の一部を実施する場合、包括と「介護予防支援及び第1号介護予防支援にかかる業務委託契約書」による契約をあらかじめ締結しておく必要がある。

### (2) 利用者との契約を締結する手順

包括及び原案委託事業者と要支援者等の介護予防支援及び第1号介護予防支援業務に関わる契約を締結する手順は以下の通りである。

- (手順1) 包括または原案委託事業者は、要支援者等に対して「介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する重要事項説明書」をもとに説明を行う。要支援者等の同意を得たら、「介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する重要事項説明書」及び「介護予防支援及び第1号介護予防支援にかかる契約書」各2通に利用者本人の署名押印をもらう。
- (手順2) 関係者間で事業にかかる情報を共有するため、業務内容の説明とともに「介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する個人情報使用同意書」1通に利用者の署名押印を受ける。また基本情報に記入する利用者家族の署名押印を受ける。
- (手順3) 「介護予防ケアプラン計画作成依頼届出書」に必要事項を記入してもらい、介護保険被保険者証を預かる。
  - ①契約書類については、代理人を選定する場合には、その署名・押印を受けること。
  - ②包括は、介護予防ケアプラン計画作成依頼（変更）届出書の必要事項として、介護予防支援及び第1号介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所名・所在地及び届出（変更）年月日を確認し、保険者に介護保険被保険者証、契約書、重要事項説明書を提出する。（保険給付の開始は、届出書が受理されてからとなる。）
  - ③手続き終了後の「介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する重要事項説明書」及び「介護予防支援及び第1号介護予防支援にかかる契約書」については、速やかに利用者に返却する。包括は、原案委託事業者に返却を委託できる。



#### 原案委託事業者変更の場合

包括と要支援者等間の介護予防支援及び第1号介護予防支援業務に係る契約等が締結済みの場合は、原案委託事業者の詳細を記載した「重要事項説明書」2通に要支援者等の署名押印をもらい、説明者が署名押印した上で、各2通預かり、もう1通は包括で保管する。「介護予防ケアマネジメント契約にかかる個人情報使用同意書」1通に、利用者の署名押印、家族の署名押印を受け、包括で保管する。

包括は、「介護予防ケアプラン作成依頼届出書」に変更委託先事業所名と変更日を記載する。

- ①包括は、「介護予防ケアプラン作成依頼（変更）届出書」と、「重要事項説明書」を添付し保険者に提出する。（保険給付の開始は、届出書が受理されてからとなる。）
- ②手続き終了後の「重要事項説明書」については、速やかに利用者に返却する。包括は原案委託事業者に返却を委託できる。

#### 住所地特例の「介護予防ケアプラン作成（変更）届出書」の提出について

住所地特例適用者の被保険者証は、従前住所地市町村が保険者となり発行するが、被保険者の住所は現住所が登録される。よって、「介護予防サービス計画作成（変更）届出書」時の被保険者署名欄の住所も、現住所を記載する。

#### ※介護予防サービス計画作成に必要な情報の開示

契約にかかる手続きを終了した後、「主治医意見書（写し）」「認定調査票及び特記事項（写し）」情報の開示の手続きを行う。

「主治医意見書（写し）」「認定調査票及び特記事項（写し）」は、包括が資料請求するが、原案委託事業者も直接請求できる。

#### 初回加算の取り扱い

※算定要件：新規に介護予防サービス計画作成する場合

#### [留意事項]

※「新規に居宅サービス計画作成する」とは、契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去2ヶ月以上、当該指定介護予防支援事業所において介護予防支援・第1号介護予防支援を行っておらず、介護予防支援及び第1号介護予防支援事業委託費が算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画作成した場合をいう。

※過去に「介護予防支援契約書」を交わし、「介護予防サービス計画作成（変更）届出書」を保険者へ提出している場合は、初回加算のための新たな契約は必要としない。

## 契約の流れのポイント

### 1. 必要書類の準備

包括は、下記の①～④の契約に関する書類を用意する。

- ①介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する重要事項説明書（2通）
- ②介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する契約書（2通）
- ③介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する個人情報使用同意書（1部）
- ④介護予防サービス計画作成依頼届出書（1部）

■包括は重要事項説明書において、原案委託事業者とその事業所の内容について、事業者の確認の上、記載しておく。

### 2. 契約締結

- ①包括は原案委託事業者と利用者宅を訪問し、契約に関する書類の説明を行い、説明者欄に当該説明者が署名押印する。
- ②包括と実際に介護予防支援及び第1号介護予防支援を作成する担当者の役割を、利用者にはわかるように整理して説明すること。
- ③預かった介護保険被保険者証の返却方法について、説明すること。

■サービス提供地域が近隣市町村を超える場合、包括は契約締結を原案委託事業者に委任することができる。その際は、必要書類を郵送にて交付する。

■契約締結日については、包括に相談の上決定すること。

■市役所への提出書類

#### ①介護予サービス計画作成依頼届出書

介護予防支援及び第1号介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者の居宅介護支援事業所名及び所在地を記載すること。

- ②介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する契約書
- ③介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する重要事項説明書
- ④基本チェックリスト
- ⑤介護相談受付シート
- ⑥介護保険被保険者証

### 3. 既存書類等から必要な情報の把握

「介護予防支援及び第1号介護予防支援に関する個人情報使用同意書」を交わした日から、要支援認定関係資料交付（閲覧）申請書が受理され、「認定調査票及び主治医意見書」の写しが交付される。原案委託事業者も直接交付を受けることができる。

### 3 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成の手順

介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランを立てるプロセスとしては、(1) アセスメントの実施及び介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案作成 (2) QOL 向上について多職種で考える会議、(3) サービス担当者会議、(4) 介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案の説明・同意、(5) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの確認、(6) サービス事業者への書類の交付、(7) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの実施・調整 の過程で行う。

(1) アセスメントの実施・介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案の作成  
介護予防支援及び第1号介護予防支援業務の従事者（以下、担当ケアマネジャー）は、訪問にてアセスメントを行い、利用者の状態の把握、目標の設定、サービスの利用方針の決定をする。その上で介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案を作成する。 (資料6参照)

① 介護予防支援及び第1号介護予防支援の実施に当たっては、アセスメントシート等を活用しながら適切なアセスメントを行い、利用者の状態を踏まえた目標を設定するとともに、利用者を含めたサービス担当者会議等を通じ、専門的な見地から意見を求め、介護予防の効果を最大限に発揮し、要支援状態の改善の可能性を実現するための適切な生活を選択できるよう、利用者の自立に向けた目標志向型の計画を策定すること。 (資料7・8・9参照)

② 介護予防支援及び第1号介護予防支援を円滑に進めるにあたり、要支援者等の主体的な取組みが不可欠である。要支援者等に対して課題に対する目標と具体策を示し、要支援者等との適切なコミュニケーションを通じて、主体的な取組みを引き出し、合意のプロセスを進めること。 利用者の意欲が高まるようコミュニケーションのとり方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うこと。なお、本人の意欲の向上となる事項の聞き取りを行うために興味・関心チェックシートも必要に応じて利用されたい。 (資料10参照)

③ 利用者が取り組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、セルフケア・同居家族の協力や、近隣者の見守りや支え等のインフォーマルサービスを積極的に活用すること。

④ 「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、要支援者等のできる能力を阻害するような不適切なサービスを提供しないように配慮すること。

⑤ 利用者の状態のみに着目するのではなく、要支援状態に至る直接的及び間接的な原因にも着目して設定し、要介護状態になることをできる限り予防すること。

※介護予防支援及び第1号介護予防支援については業務の効率化のために、ここまでの作業を初回の相談及び契約のための訪問と合わせて実施することも考えられる。

## (2) QOL 向上について多職種で考える会議

包括では、担当ケアマネジャーにより提出された以下の書類をもとに「QOL 向上について多職種で考える会議」を開催し、自立支援に向けての助言を行う。

[包括への提出書類]

- ① 介護相談受付シート（事業対象者の場合）
- ② 利用者基本情報
- ③ 基本チェックリスト
- ④ 評価表
- ⑤ 介護予防サービス計画原案または介護予防ケアプラン原案

### QOL 向上について多職種で考える会議

- ①開催頻度 週 1 回
- ②参加助言者 理学療法士、看護師・保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、他専門職
- ③目的 ケアマネジャーによる自立支援型ケアマネジメントを支援するため、他職種でケアプランに内容を検討し、要支援状態からの自立の促進による高齢者の QOL 向上を図ることについて助言を行うことを目的とする。
- ④内容
  - ・提出書類を基に、介護予防サービス計画原案または介護予防ケアプラン原案に対する助言内容を検討し、「地域包括支援センターの意見」欄に記載する。
  - ・必要書類①～⑤が揃っているか。  
(サービス利用票・サービス利用票別表に関しては、包括から要請があれば提出するものとする。)
  - ・書き忘れ、誤字、脱字等の確認
  - ・サービス内容の見直しが想定される介護予防サービス等の利用があるかどうか。  
(支給限度額を超えて利用している場合や利用が想定できない福祉用具貸与を利用している場合等)
  - ・介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランに自立支援に向けての目標設定が行えているかどうか。
  - ・サービスの種別が介護予防サービスのみの記載ではなく、セルフケアやインフォーマル支援等が記載されているかどうか。

### 修正・再提出

原案委託事業者に対して必要に応じ、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案の修正及び再提出をお願いする。

### (3) サービス担当者会議の開催

担当ケアマネジャーは、利用者、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等とサービス担当者会議を開催する。可能であれば家族も出席してもらう。

- ①介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案の目標や課題を共有し、役割分担を行うこと。
- ②会議の内容は「介護予防支援経過記録」に記載すること。

#### 開催時期

- ・介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成時
- ・提供されているサービスが、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合
- ・サービスや事業の利用変更がある場合
- ・利用者の状態等に変化があり、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更が必要な場合

#### 関係機関との連携について

##### サービス事業者との連携

関係するサービス事業者が共通した援助の目標やそれぞれの役割を理解して活動するために、担当ケアマネジャーは利用者の了解の下に、情報の共有化を図る。介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案の写しをサービス事業者に交付すること。

##### 主治医との連携

介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成からサービス提供の過程において、当該意見書を作成した主治医との連携が重要になる。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション等、医療系サービスが組み込まれた場合、医師による指示が必要である。

### 主治医との連携

出典 「新予防給付ケアマネジメント研修テキスト」社団法人大阪介護支援専門員協会  
＝省略＝

- ただし、高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、治療している疾患に当たる医師が意見書の主治医以外の場合もある。例えば、整形外科において治療中の高齢者について、運動機能向上に関して専門的な意見を更に仰ぎたい場合は、当該意見書を作成した主治医との相談の上、治療中の整形外科医等に意見を聞く等の連携も必要になることに留意する必要があります。
- また、基本健康診査とあわせて実施する介護予防のための包括的な生活機能評価において、介護予防プログラム（「運動きの機能向上」等）に参加する際の医学的観点からの留意点等について不明な部分がある場合には、介護予防ケアプラン作成に際して、基本健康診査を行った医師に確認する等の配慮が必要です。
- 主治医との連携には認知症高齢者支援の観点からも大切です。包括と主治医が連携や情報の共有化を図る中で、主治医は早期段階での認知症発見や専門医療機関への受診誘導等を行う一方で、包括には閉じこもり防止のための各種プログラムやアクティビティへのつなぎ、身寄りのない世帯等への見守り体制づくりを行うことが求められます。

#### (4) 介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案の説明・同意

担当ケアマネジャーは、利用者に介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案を提示し、説明を行う。利用者の意見を聞き、必要な修正を加えた上で、介護予防サービス・支援計画表の本人同意欄に署名押印を受ける。

- ①介護予防サービス計画原案及び介護予防ケアプラン原案の説明・同意を実施する前に、あらかじめ介護予防サービス・支援計画表を2部（要支援者等交付用・包括用）用意しておくこと。
- ②利用者に介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン、サービス利用票（利用票別表）の交付を行うこと。

※業務の円滑な実施を図るため、原案委託事業者においては、包括へ介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案を提出する前に、利用者に提示・説明を行い、同時に同意を得ることも可能である。この場合は包括が原案を確認する際に、必要に応じて計画の修正等を求めることについて利用者にあらかじめ了承を得られたい。

#### (5) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの確認

担当ケアマネジャーは、サービス担当者会議後の介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランを包括に提出の上、確認を受ける。包括は、原本を包括で保管し、写しを担当ケアマネジャーに返却する。

##### 【包括への提出書類】

- ① 利用者基本情報（QOL 向上について多職種で考える会議時に提出済の時は不要）
- ② 基本チェックリスト（QOL 向上について多職種で考える会議時に提出済の時は不要）
- ③ 介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン計画書
- ④ 経過記録（サービス担当者会議等の記載があるもの）
  - ・ サービス利用票／サービス利用票別表は基準上、必要不可欠な書類とはなっていない。
  - ・ サービス利用票／サービス利用票別表については、毎月点検するのではなく、目標期間に応じ、前もって作成することも可能である。（例えば3ヶ月毎に作成する等）

#### (6) サービス事業者への書類の交付

担当ケアマネジャーは、サービス事業者へ介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン、サービス提供票（提供票別表）を交付する。

#### (7) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの実施・調整

担当ケアマネジャーは、利用者からの相談やサービス事業者からの情報等、必要に応じて介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの調整を行う。

#### (8) 利用者の心身の状態等に変化があった場合

担当ケアマネジャーは、利用者等から心身の状態等の変化における相談を受けた場合は、適切な援助を行わなければならない。原案委託事業者は包括に相談内容を報告し、保険者に要介護度の変更申請を行う。

- ・ 要介護状態から要支援状態の認定を受け引き続きサービスを利用している場合、有効期間開始日付の要介護度変更申請は、包括と契約締結した上で、「介護予防サービス計画作成依頼届出書」を保険者に提出することが前提である。

## 4 給付管理業務

### (1) 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン利用実績の報告

介護予防支援及び第1号介護予防支援業務の従事者は、サービス事業者に対して、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランに基づいた、個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況等に関する報告をサービス事業者から月に1回の報告をうけること。

サービス事業者からの報告を受理・確認し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画表に追記または修正を行うこと。

### (2) 給付管理票の作成

包括または原案委託事業者は、サービス利用実績に基づき給付管理票を作成する。

### (3) 請求関係書類の提出

原案委託事業者は、包括へ給付管理票、委託料請求書等の書類の提出を行う。

[提出書類]

- ①サービス利用票 (紙媒体で給付管理票がない場合に提出)
- ②サービス利用票別表( 同上 )
- ③給付管理票 (メール及びFD可。USBでの受け付けは原則行わない。)
- ④介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求書

(資料11・12参照)

- ⑤介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求内訳書兼実績報告書

(資料13・14参照)

- ・上記①～③については、①②または③のどちらかで良い。
- ・毎月6日までに提出。

### 原案作成委託料の連合会共同処理について

大阪府においては、原案委託事業者に対する支払いを連合会委託にて行うことができる。大阪府内の指定居宅介護支援事業所であれば基本的には支払いが可能である。大阪府国保連合会の作成したシステム資料などを参考に、運用のルールを十分理解した上で利用すること。なお、連合会への委託対象者情報の提出は、毎月15日を締め切りとして、各市町村の介護保険担当課から連合会へ行うこととなっている。(包括が委託型の場合、支払対象となる事業者について、当初代理受領の委任状を提出する必要がある。国保連合会から各居宅介護支援事業者に対する支払いは、請求の翌月(サービス提供月の翌々月)に行われる。



## 5 モニタリングと評価

### (1) モニタリング

《 介護予防支援・第1号介護予防支援(ケアマネジメントA) 》

サービスの評価期間終了日及びサービス提供開始月の翌月から起算して3ヶ月に1回は、利用者の居宅を訪問し、面接する。

- ① 利用者の居宅を訪問しない月は特段の事情がない限り、通所型サービス事業所等を訪問しての面接や電話等により利用者と接触し、モニタリングを実施すること。
- ② 状況の変化があった場合等必要な場合については、必ず利用者の居宅を訪問して面接を行うこと。

《 第1号介護予防支援(ケアマネジメントB) 》

- ① 利用者の居宅を訪問しない月は特段の事情がない限り、通所型サービス事業所等を訪問しての面接をするよう努めるとともに電話等により利用者と話をし、モニタリングを実施すること。少なくとも、評価期間が終了する月には面接を行なうこと。

#### モニタリングの視点

モニタリングは、利用者自身の心身機能や日常生活能力、社会状況等の変化によって課題が変化していないか、介護予防ケアプランどおり実行できているかを把握するものである。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とする。

#### モニタリングでの確認事項

- ・ 利用者の心身機能や生活状況に変化がないか。
- ・ 介護予防ケアプランの変更を必要とするような新しい課題が生じていないか。
- ・ 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- ・ 介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・ サービスの内容が互いに連動しているか。
- ・ 利用しているサービスに対して、利用者は満足しているか。
- ・ 目標に対して、どの程度の達成状況か。(高すぎる・低すぎる目標になっていないか)

## (2) 評価及び介護予防支援・サービス評価表の提出

《 介護予防支援・ケアマネジメント A・ケアマネジメント B 》

担当ケアマネジャーは、サービス評価期間（概ね 6 か月）の終了月に評価を行う。担当ケアマネジャーは、介護予防支援・サービス評価表を介護予防支援経過記録と合わせて包括に提出する。包括は、介護予防支援・サービス評価表の内容確認を行い、今後の方針を決定する。

- ① サービス事業者から評価等の報告を受け、総合的な評価を行うこと。
- ② サービス利用等の判定は、利用者の生活機能の変化に応じて評価、判定されるものであるが、その際、利用者の意向に配慮するとともに、生活の自立を支援する観点から評価判定すること。
- ③ 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランに基づく評価月で評価すること。（評価時に、評価期間が終わっていないサービスについても一旦評価を行い、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランを見直すことになる）
- ④ 運動器機能向上加算のある事業所を利用している場合は、3 か月評価毎に介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの目標の確認を行う。期間については 3 か月と設定し包括へ提出する。他サービス事業所の期間については、3 か月評価でも 6 か月評価でも構わない。期間のみの変更であれば、軽微な変更になるため利用者の署名・押印は必要ないが、目標の内容が変更になれば利用者の署名・押印が必要となる。評価内容については評価表への記載は必要ないが支援経過記録には記載する。

### [包括への提出書類]

- ① 評価表（概ね 6 か月毎で提出）
- ② 経過記録
- ③ 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン

(資料 15 参照)

#### 評価の視点

- ・ 設定した目標が達成されたか。
- ・ 今後のケアプランの方向性をアセスメントし見直す。

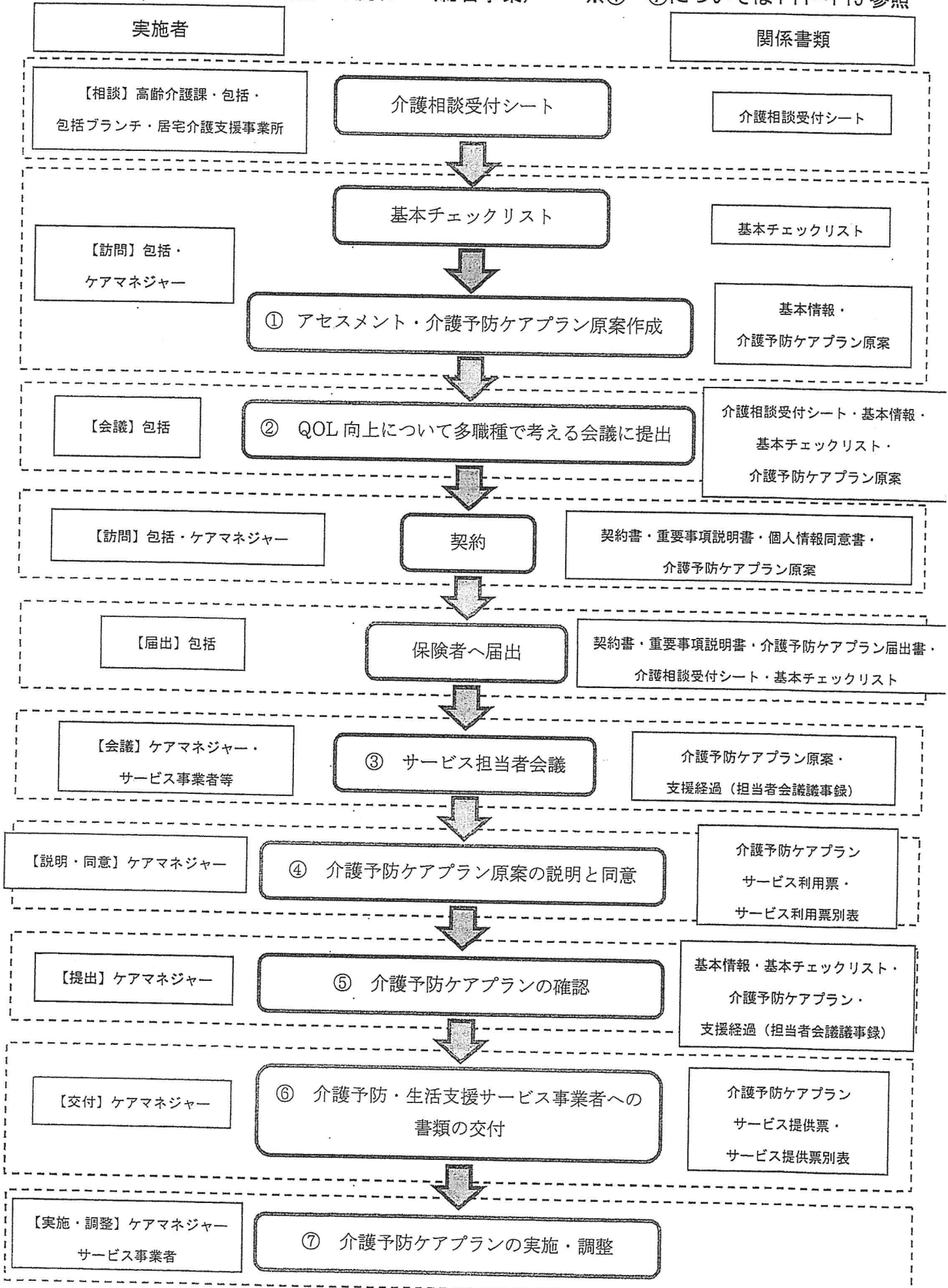
#### 評価時の留意点

- ・ 目標がどの程度達成できているのか、できていないのか、具体的に記載していく。
- ・ 目標が達成できなかった場合  
本人や家族の意見を確認する。  
サービス事業者からの報告を基にケアプラン作成者として分析する。  
原則的にはケアプランは『変更』である。

5. サービス利用までの流れ

(1) 第1号介護予防支援（新規）の流れ（総合事業）

※①～⑦についてはP11～P15参照



(2) 第1号介護予防(変更)の流れ(介護予防サービス⇒総合事業)

※①～⑦についてP11～P15参照

例:福祉用具貸与と通所型サービスを利用されていた方が  
通所型サービスのみとなった時など

実施者

関係書類

【訪問】ケアマネジャー

① アセスメント・介護予防ケアプラン原案作成

基本情報・基本チェックリスト・  
介護予防ケアプラン原案

【会議】包括

② QOL向上について多職種で考える会議に提出

基本情報・基本チェックリスト・  
介護予防ケアプラン原案

【会議】ケアマネジャー・  
サービス事業者等

③ サービス担当者会議

介護予防ケアプラン原案・  
支援経過(担当者会議議事録)

【説明・同意】ケアマネジャー

④ 介護予防ケアプラン原案の説明と同意

介護予防ケアプラン  
サービス利用票・  
サービス利用票別表

【提出】ケアマネジャー

⑤ 介護予防ケアプランの確認

基本情報・基本チェックリスト・  
介護予防ケアプラン・  
支援経過(担当者会議議事録)

【交付】ケアマネジャー

⑥ 介護予防・生活支援サービス事業者への  
書類の交付

介護予防ケアプラン  
サービス提供票・  
サービス提供票別表

【実施・調整】ケアマネジャー  
サービス事業者

⑦ 介護予防ケアプランの実施・調整

(3) 第1号介護予防(変更)の流れ (総合事業⇒総合事業)

※①～⑦についてはP11～P15 参照

例：通所型サービスを利用されていた方が  
通所型サービスと訪問型サービスの利用となった時など

実施者

関係書類

【訪問】ケアマネジャー

① アセスメント・介護予防ケアプラン原案作成

基本情報・基本チェックリスト  
介護予防ケアプラン原案



【会議】包括

② QOL向上について多職種で考える会議に提出

基本情報・基本チェックリスト・  
介護予防ケアプラン原案



【会議】ケアマネジャー・  
サービス事業者等

③ サービス担当者会議

介護予防ケアプラン原案・  
支援経過(担当者会議議事録)



【説明・同意】ケアマネジャー

④ 介護予防ケアプラン原案の説明と同意

介護予防ケアプラン  
サービス利用票・  
サービス利用票別表



【提出】ケアマネジャー

⑤ 介護予防ケアプランの確認

基本情報・基本チェックリスト・  
介護予防ケアプラン・  
支援経過(担当者会議議事録)



【交付】ケアマネジャー

⑥ 介護予防・生活支援サービス事業者への  
書類の交付

介護予防ケアプラン  
サービス提供票・  
サービス提供票別表



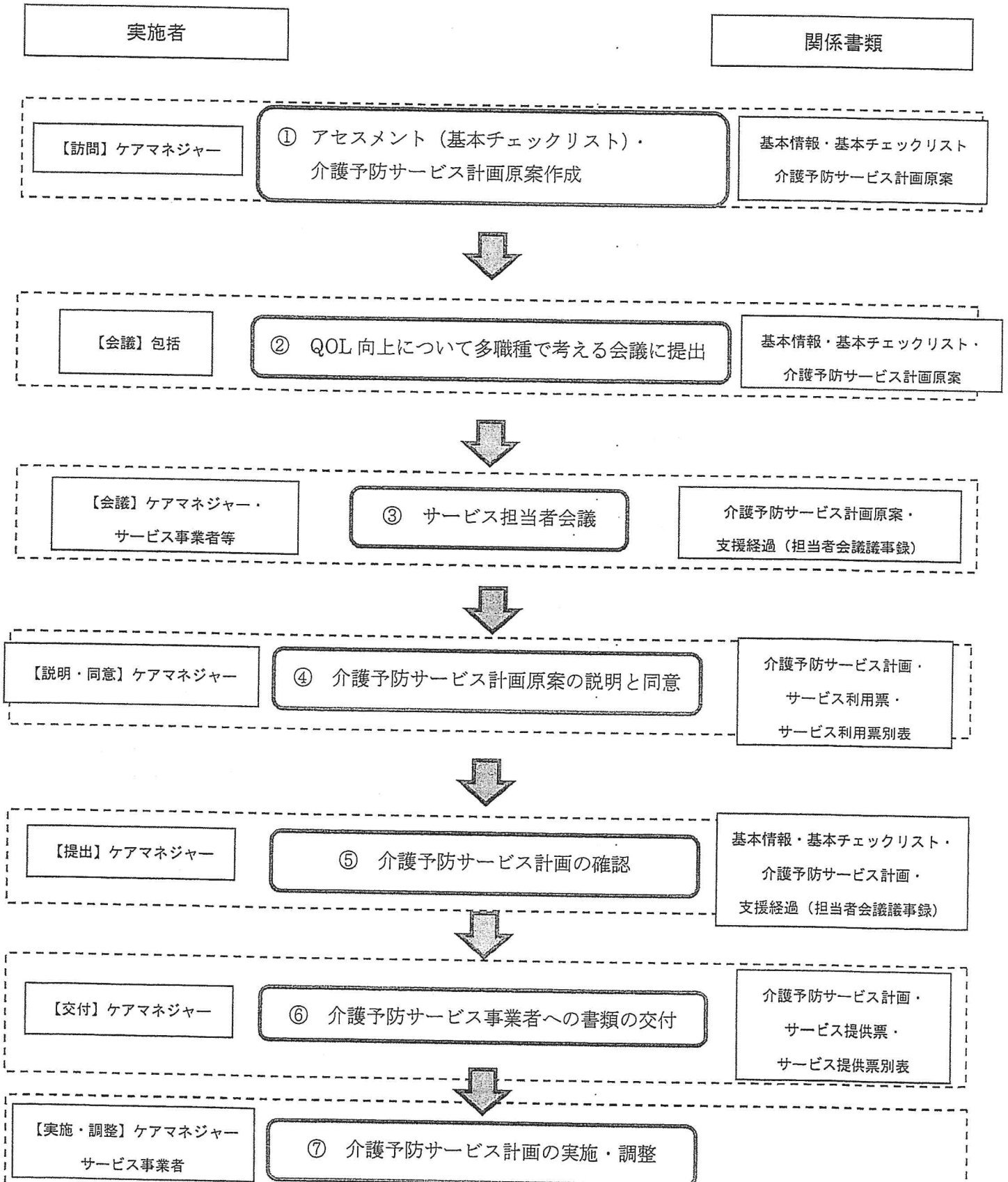
【実施・調整】ケアマネジャー  
サービス事業者

⑦ 介護予防ケアプランの実施・調整

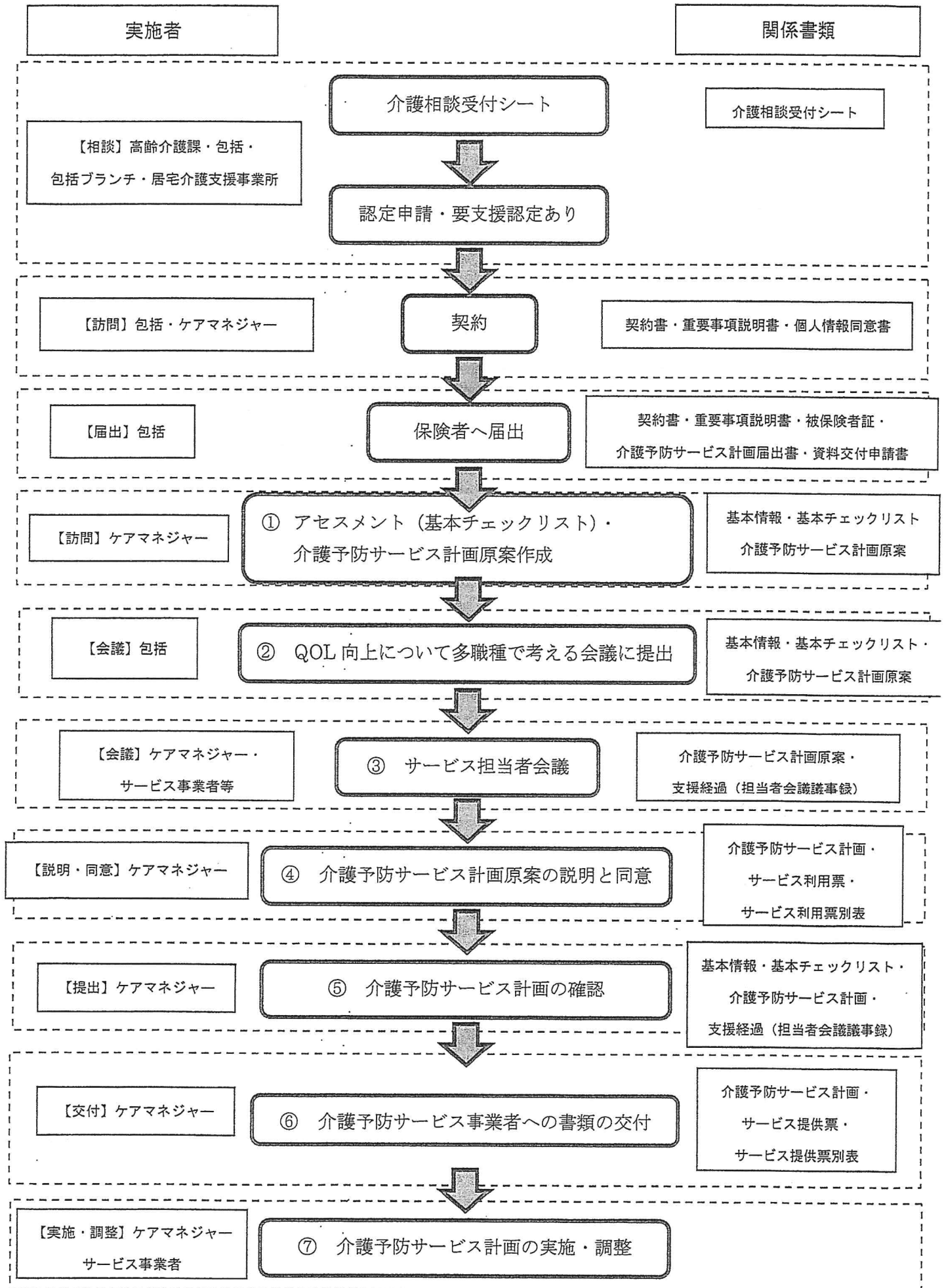
(4) 介護予防支援《変更》の流れ (介護予防サービス⇒介護予防サービス)

※①～⑦についてはP11～P15参照

例：福祉用具貸与を利用の方の更新時や  
新たに福祉用具貸与や訪問看護のサービスを利用する時



(5) 介護予防支援《新規》の流れ (介護予防サービス) ※①～⑦についてはP11～P15参照



(6) 介護予防支援《変更》の流れ (総合事業⇒介護予防サービス)

※①～⑦については P11～P15 参照

例：訪問型サービスを利用されていた方が  
福祉用具を利用する時

