

**介護予防・日常生活支援総合事業
窓口対応マニュアル
介護予防ケアマネジメントマニュアル**

平成29年6月・改訂版



杵藤地区広域市町村圏組合

目次

窓口対応マニュアル

1	介護予防・日常生活支援総合事業とは	2
2	受付窓口の心得	2
3	総合事業対象者について	3
4	申請の流れ	
	【更新用】要支援認定者の更新申請の必要性の判定に使用	3
	【新規用】事業対象者決定まで	4
5	計画作成依頼以降の手続きについて	
	【要介護者と、要支援者で介護予防サービス（予防給付）のみの利用者】	8
	【事業対象者】	8
	【要支援者で介護予防・生活支援サービス事業のみの利用】	9
	【要支援者で介護予防サービスと介護予防・生活支援サービスを併用利用】	10
6	受付に必要な様式等	11

介護予防ケアマネジメントマニュアル

1	用語について	12
2	事業内容	12
3	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	13
4	介護予防ケアマネジメントの対象者	13
5	実施主体(実施担当者)	14
6	介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	15
7	実施の手順	15
	(1) 概要	16
	(2) 手順のポイント	17
8	留意事項	19
9	短期集中予防サービス（通所型サービスC）利用におけるケアマネジメントAの留意点	20
10	ケアマネジメントCの流れ	21
11	報酬(単価・加算)、支払い	22
12	利用者の移行方法	23
13	使用するサービスコード	23
14	介護予防ケアマネジメント実施における関連様式	24

窓口対応マニュアル

1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護保険法第115条の45第1項に規定。

市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、要支援認定者や事業対象者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする。

介護や生活支援を必要とする高齢者や独居、高齢者のみの世帯が増える中、生活の継続に必要な買い物や掃除の支援、高齢者が生きがいを持って参加できる活動が、これまで以上に必要となってくると考えられます。

このため、従来の訪問介護（ホームヘルパー）、通所介護（デイサービス）だけではなく、住民が実施する取り組みも含めた、多様な担い手による高齢者の支援体制を、地域の中で考え、創っていくことが必要になっています。

自分らしく地域で暮らし続けるためには、一人ひとりができる限り介護予防に努めるとともに、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。また、役割を担うことは介護予防にもつながります。地域の誰もが参加できる、身近な場所での介護予防を目的とした体操教室やサロンなど、住民の自主的な介護予防活動の立ち上げや運営について幅広く応援します。

こうした住民の皆さんの参加による、幅広い支え合いの地域づくりを推進するために、杵藤地区広域市町村圏組合では平成29年4月1日から『介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）』を実施します。

2 受付窓口の心得

- 受付では対象者のサービス意向と身体状況に合わせて、介護保険の申請が必要かまたは総合事業の手続き（基本チェックリストの実施）が必要か、もしくは一般介護予防事業の該当かを判断します。
- 介護保険の利用は、あくまでも利用者本人の自立のための利用であることを理解し、申請の必要性について、ご判断ください。
- 総合事業利用について、対象者に混乱がないよう丁寧な説明をお願いします。
- 判断に迷う場合は、杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所 総務管理課まで照会ください。

杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所 総務管理課

電話：0954-69-8222

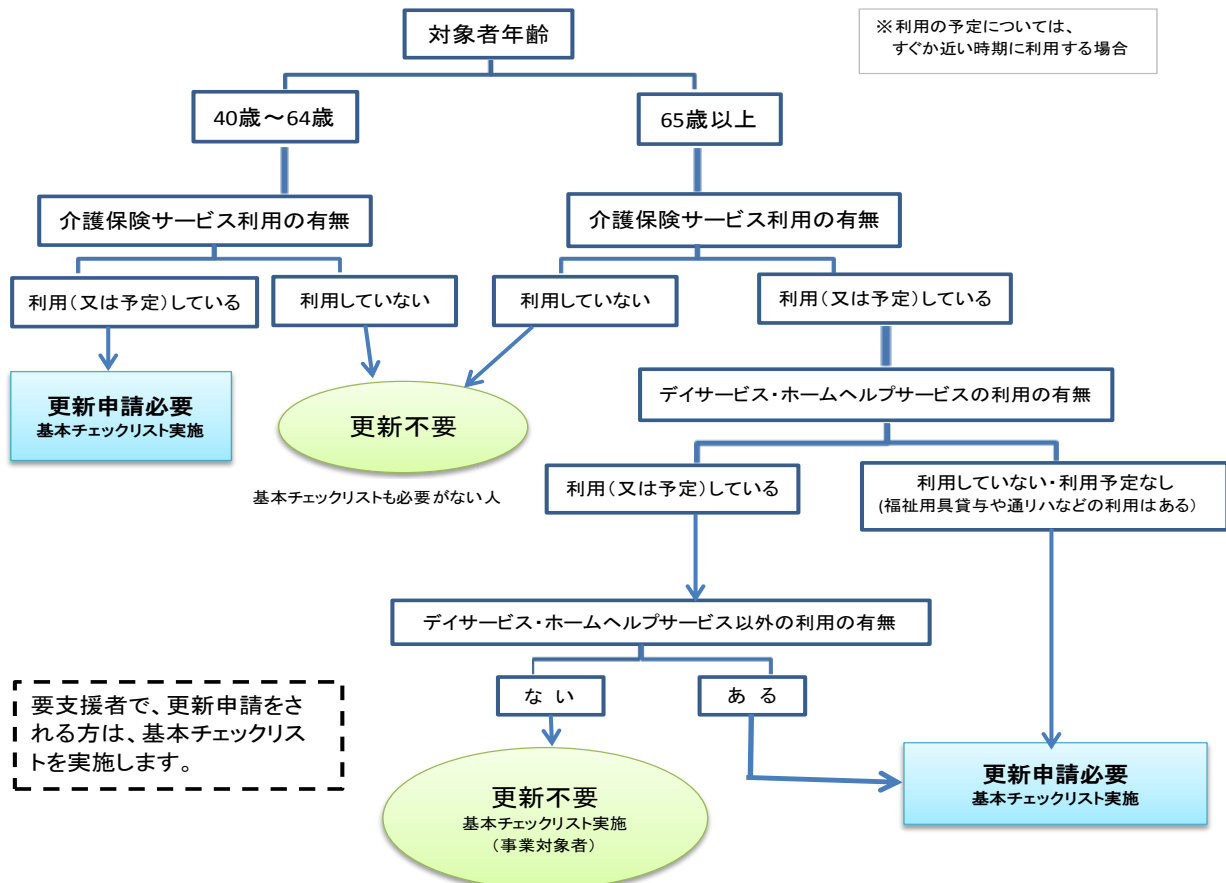
3 総合事業対象者について

総合事業の対象者は、組合（構成市町は、武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町）内に住所を有する65歳以上の高齢者の内、要支援1又は2の認定を受けた者、及び国が示す基本チェックリスト25項目の事業対象者に該当した者とします。

また、40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、要支援1又は2の認定を受けた者とします。

4 申請の流れ

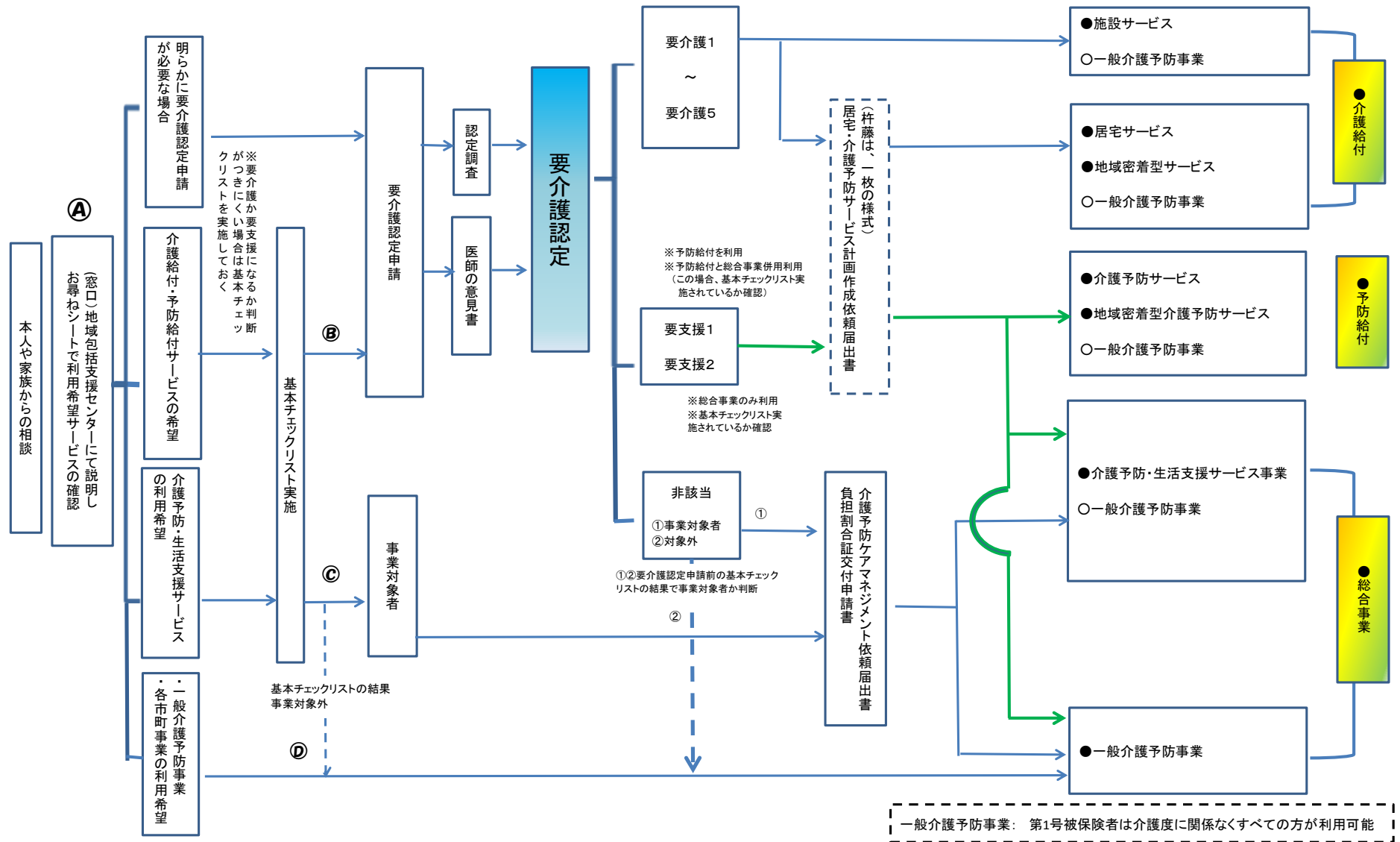
【更新用】要支援認定者の更新申請の必要性の判定に使用



本来、デイサービス（第1号通所介護）・ホームヘルプサービス（第1号訪問介護）を利用希望しない人は、基本チェックリストの必要はありませんが、要支援でサービスを利用している中で、介護予防・生活支援サービス（第1号通所介護、第1号訪問介護）を利用される場合は基本チェックリストを実施し該当と判定されている必要があるため、申請時に基本チェックリストを実施する事にしています。（システムへの入力のためにはありません。紙ベースでの保管をお願いします。）

もし要支援者で、基本チェックリストを実施されていない方が介護予防・生活支援サービス（第1号通所介護、第1号訪問介護）の利用を希望された場合は、サービス利用開始前に基本チェックリストを実施してください。

【新規用】 事業対象者決定まで



㉠

1. 窓口で相談に来られた際には、なぜ来所されたのかの理由について主訴を聞き取り、お尋ねシートに記入し、身体面、認知面など明らかに要介護認定申請が必要な方か、一般介護予防事業等の対応が必要な方か、または、介護予防・生活支援サービスの対象者なのかの判断をする。

→「お尋ねシート」に記入

2. 身体状況等聞き取り、明らかに要介護認定が必要な方の場合は、要介護認定申請の案内をする。

→「要介護認定・要支援認定申請書」に記入

3. 介護給付サービス、予防給付サービスを希望される場合は、要介護認定・要支援認定申請をしてもらうことになるが、要介護認定・要支援認定申請時に基本チェックリストの実施も行う。

→「要介護認定・要支援認定申請書」と「基本チェックリスト」に記入

※（①・②）非該当となった後、申請時の基本チェックリスト結果より事業対象者となる場合もある。

4. 本人が来所できない（入院中・外出に支障があるなど）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的などを聞き取る。また、家族等に基本チェックリストを渡し、後日受け付ける方法でも可能とする。

これらの場合の基本チェックリストの活用については、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明を行い、適切なサービスの利用につなげる。

5. 居宅介護支援事業所等からの代行による基本チェックリストの提出も可とするが、本人が来所できない場合と同様の扱いとする。

㉡

1. 介護予防・生活支援サービスの利用を希望していた人でも、基本チェックリストの実施や聞き取りをしているうちに、住宅改修や福祉用具のレンタルなどのニーズが出てきた場合には、要介護認定・要支援認定申請の案内をする。→「要介護認定・要支援認定申請書」に記入

2. 新規の方で、要介護認定申請をされる場合は、認定結果が出るまでMCWELへの基本チェックリストの入力は行わず、認定の結果が、非該当となった方で介護予防・生活支援サービスの利用を希望され、そのサービスの利用が望ましいと判断された方について、MCWELへ基本チェックリストの情報を入力する。以後、下記の㉢と同様。

㉢

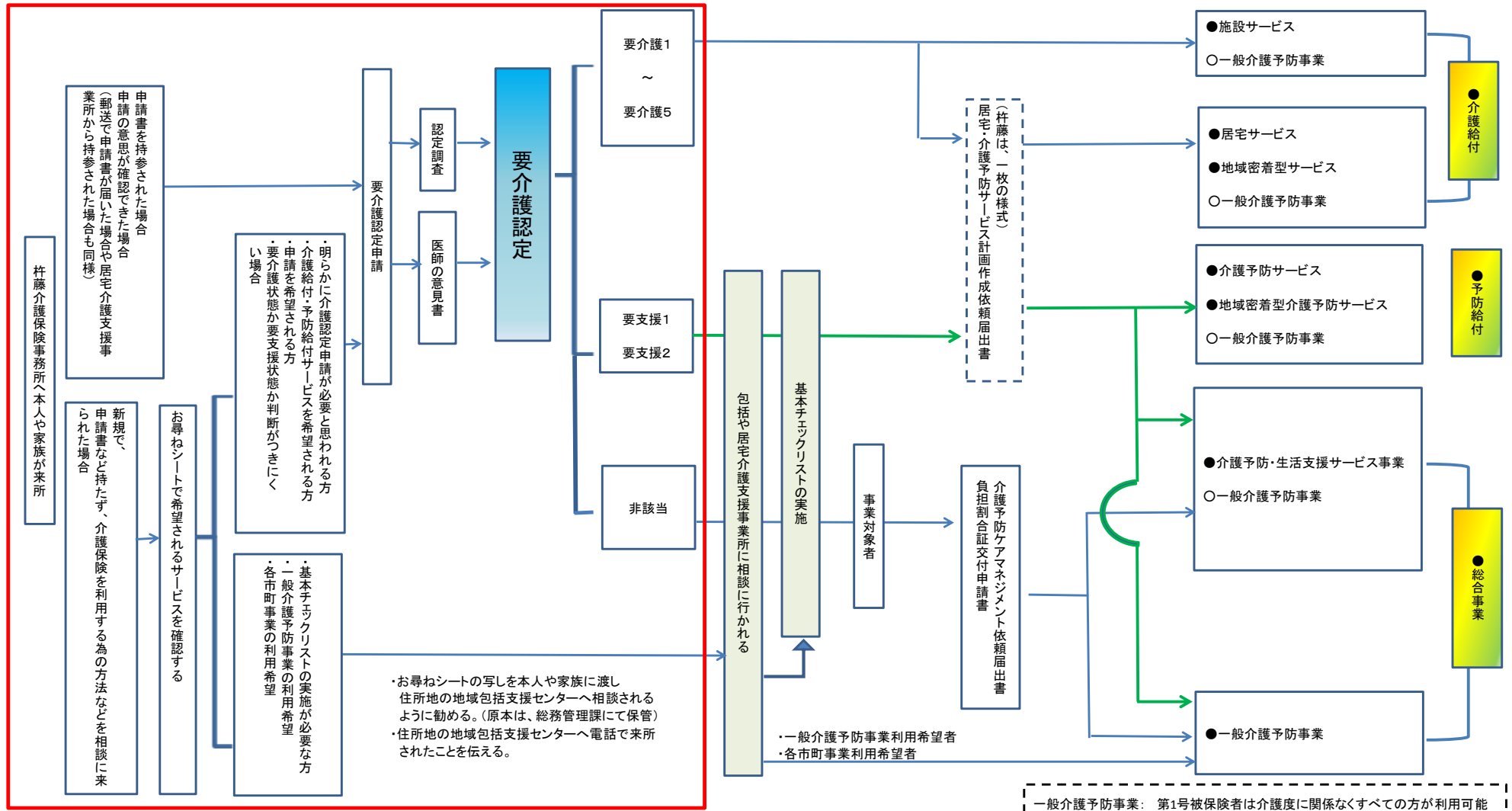
1. 基本チェックリストを実施し、該当項目にチェックがつき、介護予防・生活支援サービス利用が望ましいと判断された場合は、事業対象者となることを説明する。

→「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」と「負担割合証交付申請書」（新規利用者のみ）に記入

㉣

1. 基本チェックリスト実施後、該当項目なしの場合は一般介護予防事業や他の地域の通いの場などを紹介する。

《杵藤地区介護保険事務所での受付について》 赤枠部分



≪杵藤地区介護保険事務所での受付について≫

要介護認定区分変更申請・要介護認定更新申請の方のみ受付します。

申請書を持参された方、申請の意思が確認できた方は、従来通り申請の受付を致します。

本人・家族が直接介護保険事務所に相談に来られた場合

- ① 「お尋ねシート」で確認し、基本チェックリストの実施が必要な方や一般介護予防事業の対象と思われる方は、住所地の地域包括支援センターへ紹介します。
- ② 住所地地域包括支援センターへ電話連絡。
- ③ 来所者へお尋ねシートの写しを渡し、地域包括支援センターへ持参してもらう。
- ④ 要介護認定申請が必要な場合は、現行同様の受付をします。

介護認定申請が郵送で杵藤地区介護保険事務所に届いた場合

・要介護認定を受けたいという意思があって申請書を郵送されていると考え、郵送で介護認定申請書が送られてきた場合は、従来同様申請に進める。

・新規者が、入院中に申請が郵送された場合も上記同様扱う。

サービス利用にあたっては身体状況の変動のある時期でもありプランニングの際に医療情報は不可欠なものとなる。申請をされるという事は要介護認定を希望されており、従来のケースで考えれば暫定プランで福祉用具貸与や介護予防訪問介護・介護予防通所介護（平成29年4月1日以降は、総合事業の第1号訪問事業、第1号通所事業）を利用され、万が一認定結果が非該当となった場合は、全額自己負担もあるという説明の上サービスを前倒しで利用されることも考えられる。**（必ず暫定プランを立てる介護支援専門員より説明する事。）**

よって入院中に郵送で要介護申請が新規で行われた場合は、基本チェックリストは実施せず、担当の介護支援専門員は、従来の流れで対応いただく。

非該当の場合のその後の手続き

担当介護支援専門員や包括へ相談に行かれると考えるので、そこで改めて、お尋ねシートで希望サービス内容の確認をし、基本チェックリストの実施が必要となれば、基本チェックリストを実施し、事業対象者となれば第1号通所事業・第1号訪問事業や一般介護予防事業は利用できる。

非該当のままであっても、第1号被保険者であれば一般介護予防事業の利用は出来る。

総合事業では、暫定プランの考えはないので、暫定プランで利用されていた事業については、自己負担になる。

5 計画作成依頼以降の手続きについて

◇【要介護者と要支援者で介護予防サービス（予防給付）のみの利用者】

現行通りの手続きをします。

（要支援者の基本チェックリストはMCWELには入力しない。紙ベースでの保管。）

◇【事業対象者】

- ① 基本チェックリストの内容をMCWELに入力し、事業対象者になった方には、「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を地域包括支援センターへ提出してもらい、被保険者証を交付する。（事業対象者と印字されているかを確認する。）

※MCWELに入力し、該当と判定されると受給者台帳に登録になる。

- ② 新規の事業対象者は、「負担割合証交付申請書」を本人または家族より記入してもらい、「負担割合証交付申請書」「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」、「基本チェックリスト」の3つを杵藤地区介護保険事務所総務管理課へ送付。

- ・地域包括支援センターは、基本チェックリストの写しを取っておく。
- ・負担割合証は、介護保険事務所にて作成し後日、本人へ送付する。
- ・継続の事業対象者（平成30年度以降発生）及び要支援認定からの事業対象者については、一度負担割合証の登録を行えば、毎年8月に送付されるようになるため「負担割合証交付申請書」は不要。

※杵藤介護保険事務所は、地域包括支援センターから提出された「負担割合証交付申請書」「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」、「基本チェックリスト」を受領し、管理する。

※杵藤介護保険事務所は、「基本チェックリスト」の内容が正しく入力されているか確認する。（地域包括支援センターとのダブルチェック）

- ③ 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ・「ケアマネジメントA」を作成する場合は、現行同様の内容を実施アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議 等
 - ・居宅介護支援事業所へ委託する場合も現行同様に、委託する事業対象者の情報提供。

- ④ 利用者との契約、重要事項説明、個人情報取扱説明

- ⑤ ケアプランの説明をし、同意の署名をもらい、交付する。

- ⑥ サービス提供事業者へケアプランを渡す。

- ⑦ ケアマネジメントAは、現行相当なのでモニタリングや評価を行う。

※サービス提供事業者よりサービスの提供実績が提出される。

※委託先の居宅介護支援事業者より実績及び介護予防ケアマネジメント請求書が提出される。

- ⑧ 10日までに、サービス提供実績に基づいて給付管理票を作成し、佐賀県国保連合会へ送付、また介護予防ケアマネジメント費（居宅作成件数分含む）の請求を佐賀県国保連合会へ行う。

※佐賀県国保連合会より介護予防ケアマネジメント費（居宅作成件数分含む）が支払われる。

- ⑨ 委託先の居宅介護支援事業者へ介護予防ケアマネジメント費を支払う。

◇ **【要支援者で介護予防・生活支援サービス事業のみの利用】**

※被保険者証の交付や負担割合証の交付については、現行同様介護保険事務所より本人へ送付する。

- ① 「居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書」「基本チェックリスト」を杵藤地区介護保険事務所へ提出する。(基本チェックリストはMCWELには入力しない。紙ベースでの保管。)

(本来は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出だが、杵藤では居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書を使用し、要支援者で介護予防・生活支援サービスのみの利用から介護予防サービスを利用する事となった場合でも、届出書を出し直さなくていいようにする。県から国に確認済)
→請求の時に間違わないようにする

※杵藤介護保険事務所は、地域包括支援センターから提出された「居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書」、「基本チェックリスト」を受領し、管理する。

- ② 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントを実施する。
・「ケアマネジメントA」を作成する場合は、現行同様の内容を実施
アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議 等
・居宅介護支援事業所へ委託する場合も現行同様に、委託する事業対象者の情報提供。
- ③ 利用者との契約、重要事項説明、個人情報取扱説明
- ④ ケアプランの説明をし、同意の署名をもらい、交付する。
- ⑤ サービス提供事業者へケアプランを渡す。
- ⑥ ケアマネジメントAは、現行相当なのでモニタリングや評価を行う。

※サービス提供事業者よりサービスの提供実績が提出される。

※委託先の居宅介護支援事業者より実績及び介護予防ケアマネジメント請求書が提出される。

- ⑦ 10日までに、サービス提供実績に基づいて給付管理票を作成し佐賀県国保連合会へ送付、また介護予防ケアマネジメント費（居宅作成件数分含む）の請求を佐賀県国保連合会へ行う。

※佐賀県国保連合会より介護予防ケアマネジメント費（居宅作成件数分含む）が支払われる。

- ⑧ 委託先の居宅介護支援事業者へ介護予防ケアマネジメント費を支払う。

◇ **【要支援者で介護予防サービスと介護予防・生活支援サービス事業を併用利用】**

※被保険者証の交付や負担割合証の交付については、現行同様介護保険事務所より本人へ送付する。

- ① 「**居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書**」「**基本チェックリスト**」を杵藤地区介護保険事務所へ提出する。**(基本チェックリストはMCWELには入力しない。紙ベースでの保管。)**

(**居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書**について、杵藤では従来の様式を使用し、要支援者で介護予防サービスと介護予防・生活支援サービス事業の併用利用から介護予防・生活支援サービスのみの利用へ変更となった場合でも、届出書を出し直さなくていいようにする。 県から国に確認済)

※杵藤介護保険事務所は、地域包括支援センターから提出された「**居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書**」、「**基本チェックリスト**」を受領し、管理する。

- ② 地域包括支援センターは、介護予防支援を実施する。

・ **介護予防サービス計画**を作成し、現行同様の内容を実施
アセスメント、プラン作成、サービス担当者会議 等

※**プランの中には、介護予防・生活支援サービス事業の内容も含めて作成する。**

・ 居宅介護支援事業所へ委託する場合も現行同様に、委託する対象者の情報提供。

- ③ 利用者との契約、重要事項説明、個人情報取扱説明

- ④ プランの説明をし、同意の署名をもらい、交付します。

- ⑤ サービス提供事業者へプランを渡します。

- ⑥ 現行同様、モニタリングや評価を行います。

※サービス提供事業者よりサービスの提供実績が提出される。

※委託先の居宅介護支援事業者より実績が提出される。

- ⑦ 10日までに、サービス提供実績に基づいて給付管理票を作成し佐賀県国保連合会へ送付、また**介護予防支援費**(居宅作成件数分含む)の請求を佐賀県国保連合会へ行う。

※介護予防サービス(予防給付)と介護予防・生活支援サービス(総合事業)の併用なので、給付管理票作成時は記載が正確に出来ているか確認してください。

<『介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書及び給付管理票の提出パターン』(国保連資料)を確認し請求パターンをチェックする。>

- ⑧ 佐賀県国保連合会より現行同様、介護予防支援費(居宅作成件数分含む)が支払われる。

※居宅介護支援事業所へは佐賀県国保連合会より作成件数分の金額が支払われる。

※杵藤介護保険事務所より居宅介護支援事業所作成件数分の介護予防支援費の金額を各地域包括支援センターへ請求する。

- ⑨ 杵藤介護保険事務所へ居宅作成件数分の介護予防支援費を支払う。

6 受付に必要な様式等

- 窓口お尋ねシート
 - 基本チェックリスト
 - 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書
 - 居宅・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
 - 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
 - パンフレット：介護保険べんり帳
 - リーフレット：いきいき介護保険、介護予防のしおり
-
- 各市町一般介護予防事業一覧

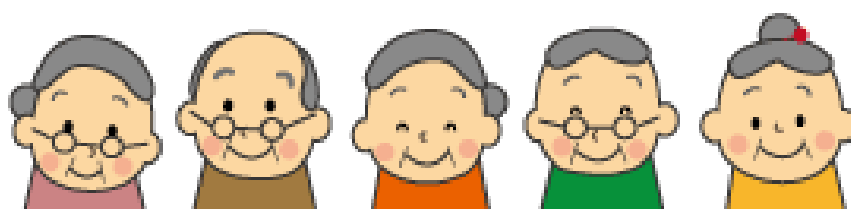
介護予防ケアマネジメントマニュアル

1 用語について

用語	意味
要支援者	要介護認定の結果、要支援 1・2 と認定された方
事業対象者	基本チェックリストにより総合事業対象者の基準に該当した方（第 1 号被保険者）
サービス事業	要支援者及び事業対象者を対象として、介護予防を目的とした訪問型サービスや通所型サービスを実施し、日常生活上の支援等を行う。 『介護予防・生活支援サービス事業』
一般介護予防事業	介護予防教室や住民主体の通いの場づくりなど、要支援者を含む 65 歳以上の高齢者の介護予防を推進する事業
総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業 (介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)
介護予防事業	予防給付による介護予防支援
介護予防ケアマネジメント	総合事業による介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防事業）

2 事業内容

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)(以下、「介護予防ケアマネジメント」という)は、要支援認定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、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス(第1号訪問事業)、通所型サービス(第1号通所事業)、その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援認定者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。



3 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す。

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、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、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(以下「サービス事業」という。)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となります。

●目標指向型のケアマネジメントを意識して

- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
- ・個々人の興味や関心のあることを中心に目標設定
- ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
- ・心身機能の向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出

⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要

●利用者のための目標設定がポイント

- ・利用者が主体的になれるよう支援することか重要
- ・活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるよう支援する。

4 介護予防ケアマネジメントの対象者

類型	要支援者			事業対象者
	予防給付のみ	予防給付+サービス事業	サービス事業のみ	
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

※サービス事業とは総合事業における訪問型サービス、通所型サービスです。

5 実施主体(実施担当者)

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて、実施します。なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することが可能です。※地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所の委託契約が必要となります。



武雄市地域包括支援センター	☎843-8639 武雄市武雄町大字昭和 1-1	電話: 0954-23-9135
嬉野市地域包括支援センター	☎843-0301 嬉野市嬉野町大字下宿乙 1185	電話: 0954-42-3306
鹿島市地域包括支援センター	☎849-1312 鹿島市大字納富分 2643-1	電話: 0954-63-2160
白石町地域包括支援センター	☎849-1192 杵島郡白石町大字福田 1247-1	電話: 0952-84-7117
江北町地域包括支援センター	☎849-0592 杵島郡江北町大字山口 1651-1	電話: 0952-86-5614
大町町地域包括支援センター	☎849-2101 杵島郡大町町大字大町 5000	電話: 0952-82-3187
太良町地域包括支援センター	☎849-1698 藤津郡太良町大字多良 1-6	電話: 0954-67-0718

※委託の基本的な考え方

指定居宅介護支援事業所への委託	
事業対象者	基本的に委託可能（ただし、要支援からの継続委託は可能）
要支援者	委託可能（新規・継続）

《留意点》

地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けられておらず、居宅介護支援費の逓減性には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。

指定居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与されたい。

【平成 27 年 6 月 5 日付老健発 0605 第 1 号「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」より抜粋】

ケアマネジメントAについては、現行の介護予防支援の基準と同様であるので、指定居宅介護支援事業所に業務を委託する際には、原案作成時、評価時等に地域包括支援センターが全体的に関わることが必要です。

6 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下の類型を想定しています。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

類型	① 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)	② 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)
内容	<ul style="list-style-type: none"> サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスの利用につながる場合（☆必要に応じ、その状況把握を行う）
実施主体	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所（委託）	地域包括支援センター
事業対象	<ul style="list-style-type: none"> 現行相当サービス（訪問型・通所型） 訪問型サービスC及び通所型サービスC その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問型サービスB, 通所型サービスB等の住民主体によるサービスのみを利用した場合
プロセス	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者と一緒に目標を設定 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

7 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者であること又は、事業対象者として保険者に登録されることが必要です。

(1) 概要

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認(介護保険担当窓口で実施)

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。

総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受け、事業対象者の旨を記載した被保険者証の交付。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続(以下、利用者宅で実施)

地域包括支援センター等が利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

介護
予防
ケア
マネ
ジ
メ
ン
ト

㊦ アセスメント(課題分析)

↓
利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

㊧ ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

↓
利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決める。

㊨ サービス担当者会議(ケアマネジメントCの場合を除く)

㊩ 利用者への説明・同意

㊪ ケアプランの確定・交付(ケアマネジメント結果交付)

↓
利用者に交付すると共にサービス提供事業者へも交付する。

㊫ サービス利用開始

↓
各サービス提供事業者によりサービスを実施

㊬ モニタリング(給付管理)(ケアマネジメントCの場合を除く)

㊭ 評価

↓
実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。

《基本チェックリストの再実施》

(2) 手順のポイント

<p>アセスメント</p> <p>◎生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行う。 ●利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。 ●介護予防に取り組む意欲を引き出す。 ●生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシートを用いて、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。 ●本人から病気のことを主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する。
<p>ケアプランの原案作成</p> <p>◎目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> ●目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 ●利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所の特長を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。 ・本人の選択に基づいたサービス内容を意識する。 ・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる。 ●その他 <ul style="list-style-type: none"> ・必ず本人の取組みを入れる。
<p>サービス担当者会議</p> <p>◎家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人、事業所から目標達成のための意見を促す。 ●サービス事業の終了、意向を意識し期間の設定等を共有する。 ●担当者会議を、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくり。 ●モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。

《帳票》

- ◎興味・関心チェックシート（様式3）
- ◎利用者基本情報（様式4）

《帳票》

- ◎介護予防サービス・支援計画書（様式5）

《帳票》

- ◎介護予防サービス・支援計画書（様式5）
- ◎介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（様式7）

モニタリングと評価	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する。(ケアマネジメントA)。 ◎本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。 ◎受けているサービス内容についての満足度。 ◎目標の達成状況。 ◎新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断。 ◎最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断する。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>《帳票》</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎介護予防サービス・支援計画書(様式5) ◎介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(様式7) ◎介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)サービス評価表(様式8) </div>
-----------	---

表2 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	○	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・交付	○	○	(○) ケアマネジメント結果
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	○	—
評価	○	○	—

●事業対象者の評価期間は、12ヶ月とする。また杵広介第1430号平成25年3月12日付け「介護予防支援計画の目標期間設定について」による中間評価についても適切に実施することとする。

8 留意事項

- ① 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
- ② 事業対象者においては主治医意見書等の医療情報がないため、計画作成にあたっては主治医への意見照会等を適切に行ってください。
- ③ 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
- ④ 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。
- ⑤ ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。計画に定められた目標期間内に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましいと考えます。
- ⑥ 3月に1回の利用者宅の訪問以外にも、高齢者自身の日常生活に急激な変化が生じていないか、計画内容が適合しているか等について1月に1回モニタリングを行い、結果を記録するとともに、継続的なアセスメントと合わせ、その状況を的確に判断し、必要に応じてケアプランの変更を行います。(ケアマネジメントA)
- ⑦ ケアマネジメントAにおいては評価時（サービス利用開始時より概ね12ヶ月後）、ケアマネジメントCにおいてはサービス利用開始時より概ね12ヶ月後に、利用者に対し再度基本チェックリストを実施し、事業対象者であることを確認してください。その際に、心身の状態が悪化し要介護申請等が必要な場合は要介護認定申請手続きを行い、逆に心身の状態が改善し、総合事業における第1号事業の利用が必要ないと判断される利用者については一般介護予防事業等への移行を適切に判断してください。なお、委託先居宅介護支援事業所において実施した基本チェックリストについては地域包括支援センターに提出を行うこととします。

9 短期集中予防サービス（通所型サービスC）利用におけるケアマネジメントAの留意点

ケアマネジメントのプロセスは同じであるが、サービス利用にあたって下記の点に留意し、ケアマネジメントを行うこと。

① 主治医へ参加の有無の確認

受診の際に、「プログラム参加に係るチェックシート」を活用し、該当者に医師へサービス利用時の留意点を確認し、担当の介護支援専門員等に報告を行うこと。

② ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成にあたっては通所サービスCを実施するリハ専門職の意見を参考に作成すること。

③ モニタリング・評価について、通所型サービスCにおけるサービス実施期間終了（3ヶ月もしくは6ヶ月）までに、事業所は個別支援計画・評価表により評価する。地域包括支援センターはカンファレンス等を開催し、ケアプランの目標が達成されたか評価し、再アセスメント、再プランニングを検討する。

10 ケアマネジメントCの流れ

㊦ アセスメント（課題分析）

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）を用いて介護予防ケアマネジメントを行い、アセスメントの内容や目標、利用サービスの内容等を利用者と共有する。

《帳票》

◎介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（様式6）

◎興味・関心チェックシート（様式3）

◎利用者基本情報（様式4）

㊧ 利用者への説明・同意

一般介護予防事業等の利用だけでなく、セルフマネジメント（私のプラン）作成についての説明を行い同意を得る。※同意書の記載まで求めない。

㊨ 私のプラン作成

私の生活目標・そのための必要なサービスを記入。作成については、地域包括支援センター職員が本人と共に現状の課題を整理し、「私のプラン」の作成を行う。

《帳票》

◎私のプラン（様式9）

㊩ サービス利用申込み・利用開始

一般介護予防事業等の参加申込書を記入し、市町の地域包括支援センターへ提出。

㊪ 状態変化の確認

モニタリングは実施なし。12か月後に状態の変化を確認するため基本チェックリストと私のプランの達成状況の確認。

※継続してサービス利用が必要な場合は、再度介護予防ケアマネジメントを実施。

介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取組みとして保険外の民間企業のサービス利用となり、その後のモニタリング等を行わない（ケアマネジメントC）の場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われます。

11 報酬（単価・加算）、支払

（1）単価及び加算（平成 29 年 4 月 1 日）

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメント A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合。 ・ 訪問型サービス C、通所型サービス C を利用する場合 ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	要支援認定者 事業対象者	430 単位 + 初回加算 300 単位
ケアマネジメント C	週 1 回程度の通いの場や住民主体のサービス B のみを利用した場合	要介護認定者 事業対象者	300 単位

○初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

㊦新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

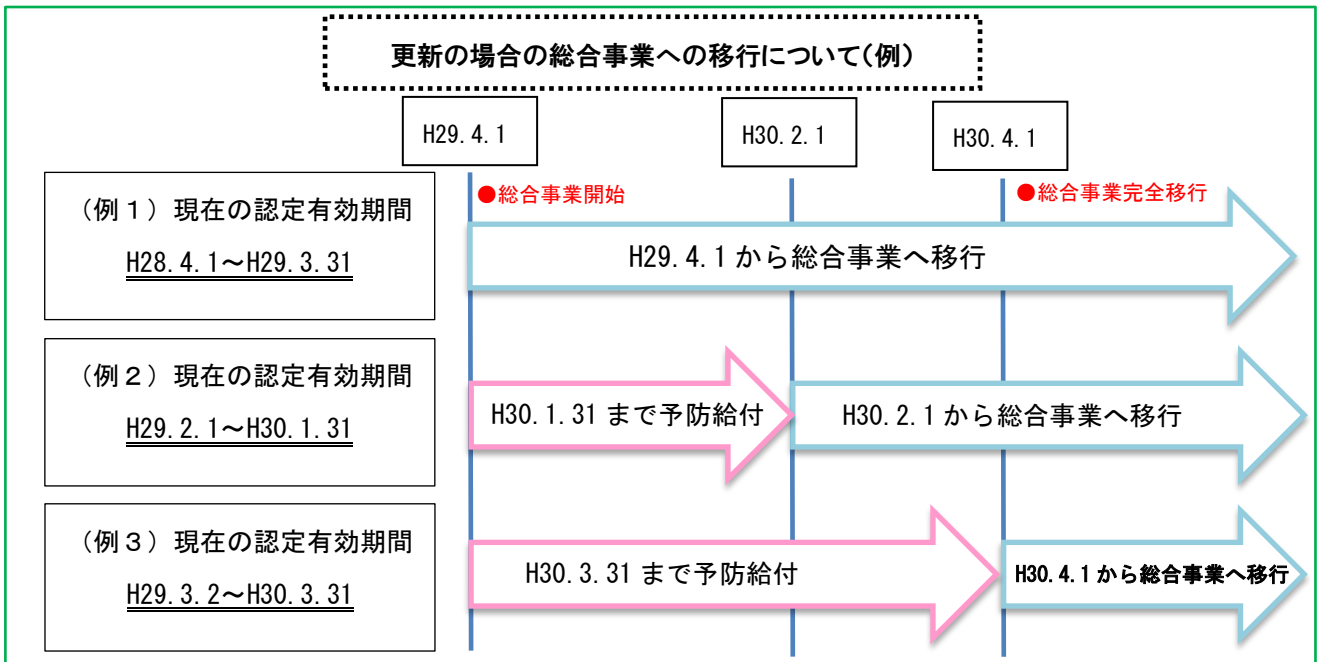
（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以降契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

㊧要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

12 利用者の移行方法

(1) 有効期間満了等による要介護認定申請等による移行



13 使用するサービスコード種類



従来通り、介護予防訪問介護は（61）・介護予防通所介護（65）のサービスコードにより請求を行う



平成29年度内の更新切り替えから、介護予防訪問介護現行相当サービスについては（A1/みなし・A2/独自）、介護予防通所介護現行相当サービスについては（A5/みなし・A6/独自）のサービスコードにより請求を行う

★介護予防訪問介護（61）・介護予防通所介護（65）・介護予防訪問介護現行相当サービス/みなし（A1）
介護予防通所介護現行相当サービス/みなし（A5）のサービスコードは平成30年3月31日までで無くなります。平成30年4月1日の総合事業完全移行からは、**A2・A6**のみのサービスコードにより請求することになります。

(2) 要介護認定等に係る有効期間の見直しについて

申請区分等		【現行】		【改正後】	
		対象：有効期間の開始が H29.3.31以前		対象：有効期間の開始が H29.4.1以降	
		原則の認定 有効期間	設定可能な認定 有効期間の範囲	原則の認定 有効期間	設定可能な認定 有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
変更申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12ヶ月	3ヶ月～12ヶ月	12ヶ月	3ヶ月～24ヶ月
	前回要支援→今回要介護	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月	12ヶ月	3ヶ月～24ヶ月
	前回要介護→今回要支援	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月	12ヶ月	3ヶ月～24ヶ月
	前回要介護→今回要介護	12ヶ月	3ヶ月～24ヶ月	12ヶ月	3ヶ月～24ヶ月

14 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式

- 様式1 基本チェックリスト
- 様式2 基本チェックリストについての考え方
- 様式3 興味・関心チェックシート
- 様式4 利用者基本情報
- 様式5 介護予防サービス・支援計画書 【ケアマネジメントA】
- 様式6 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）【ケアマネジメントC】
- 様式7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- 様式8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表
- 様式9 私のプラン【ケアマネジメントC】