

由布市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実施手引き（R5.4.1版）

※手引きでの表記（読み替え）について

介護予防サービス・支援計画書 → ケアプラン

介護予防支援経過記録 → 支援経過記録

介護予防サービス・支援評価表 → サービス評価表

1. 目的

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身の状況や置かれている環境などに応じて、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために実施するものです。支援の実施に当たっては、適切な保健医療サービス、福祉サービスおよびインフォーマルサービス等の多様な資源を活用し、目標達成に向けて効果的で効率的なサービス提供となるよう配慮する必要があります。

2. 総合事業における介護予防ケアマネジメントの役割

総合事業においても、介護保険法の基本理念に基づき、利用者は自ら健康状態を自覚し、健康増進及び介護予防に取り組むことが必要であるという考え方に沿って事業を実施する必要があります。そのため、利用者にはこの事業目的をよく説明して理解を促し、尊厳のある自立した生活を営むことができるような、効果的な介護予防ケアマネジメントを実施していく必要があります。

《介護予防ケアマネジメントの基本的考え方》

原点としての自立支援に改めて立ち返る

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事を出来る限り防ぐ」「要支援・要介護状態になってもその悪化を出来る限り防ぐ」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す。医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても、生活の質を維持向上しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを目指します。

そのためには、高齢者一人ひとりが自身の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスすると共に、介護予防、健康増進に向けた取組を行うことが重要となります。

自助・互助の取組を念頭に置き、多様な資源を活用した包括的・効率的な支援を実施する

総合事業においては、高齢者自身が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繋がっていくという観点から、対象者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを位置づけるのではなく、対象者の自立支援に資するよう、心身機能の改善の他、地域の中で生きがいや役割が持てる場所等を得られるなど、「心身機能」「活動」「参加（役割）」にバランスよくアプローチしていくことが必要です。

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目標を設定し、本人がそれを理解したうえで目標達成に向けたサービス利用について検討し、ケアプランを作成することが重要となります。

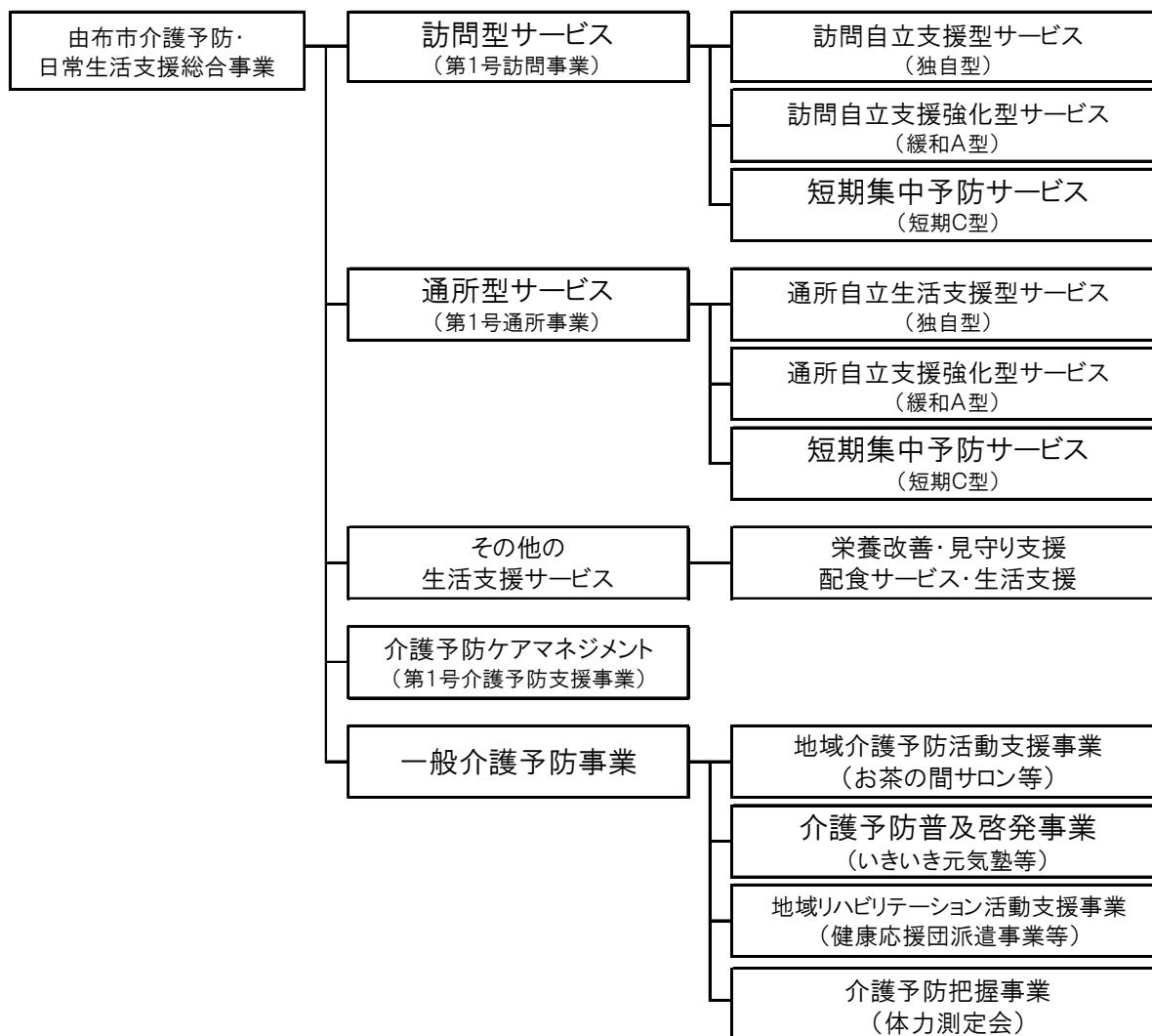
3. 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違いについて

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの相違点は以下のとおりです。

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	* 要支援1・2の認定を受けた方のうち、 予防給付を利用する方	* 基本チェックリストにより事業対象者の 認定を受けた方 * 要支援1・2の認定を受けた方のうち、 総合事業のみを利用する方
利用可能 サービス	* 予防給付のみ * 予防給付＋総合事業	* 総合事業のみ
実施方法	地域包括支援センターが 指定介護予防支援事業所として実施	地域包括支援センターが 由布市からの業務委託により実施
一部委託	居宅介護支援事業所へ一部委託可	居宅介護支援事業所へ一部委託可 (ケアマネジメントCを除く)
居宅介護支援費 の逦減制	逦減制の対象となる	逦減制の対象外

4. 由布市総合事業について

由布市における総合事業の事業体系は以下の図に示した形です。



※令和5年4月1日現在

5. 総合事業サービスの組み合わせについて

訪問型サービスと通所型サービスを組み合わせることは可能ですが、同種別サービス（例：訪問自立支援型サービスと訪問自立支援強化型サービスの併用など）の併用は不可とします。

《組み合わせ早見表》 ※この他のサービス利用に関する不明点は市へ確認下さい。

		訪問型		通所型		短期集中型	生活支援	一般介護予防			
		訪問自立支援型サービス(独自型)	訪問自立支援強化型サービス(緩和A型)	通所自立生活支援型サービス(独自型)	通所自立支援強化型サービス(緩和A型)	短期集中予防サービス(短期C型)	配食サービス	お茶の間サロン	いきいき元気塾	事業所提案型介護予防教室(通所)	事業所提案型介護予防教室(出張)
訪問型	訪問自立支援型サービス(独自型)		×	○	○	○	○	○	○	×	○
	訪問自立支援強化型サービス(緩和型)	×		○	○	○	○	○	○	×	○
通所型	通所自立生活支援型サービス(独自型)	○	○		×	×	○	○	○	×	○
	通所自立支援強化型サービス(緩和型)	○	○	×		×	○	○	○	×	○
短期	短期集中予防サービス(短期C型)	○	○	×	×		○	○	○	×	○
生活支援	配食サービス	○	○	○	○	○		○	○	×	○
一般介護予防	お茶の間サロン	○	○	○	○	○	○		○	○	○
	いきいき元気塾	○	○	○	○	○	○	○		○	○
	事業所提案型介護予防教室(通所)	×	×	×	×	×	×	○	○		○
	事業所提案型介護予防教室(出張)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

* 事業所提案型介護予防教室通所型・出張型の併用については、月の利用回数等に制限があるため、教室実施事業者は要綱を確認し、予め市に相談の上利用すること。

6. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施

相談を受け、重要事項説明し契約の締結後、ケアマネジメント業務を実施します。但し、介護予防ケアマネジメントは以下のタイプのいずれかにより実施してください。なお、アセスメントやケアプラン作成における目標設定等の基本的な考え方、留意すべき点については「ケアマネジメントプロセス支援マニュアル（平成30年4月、大分県介護支援専門員協会発行）」を参考にしてください。

《 類型 》

類型	ケアマネジメントA（原則的）	ケアマネジメントC（初回のみ）
目的	利用者の介護予防及び自立支援を目的として、心身その他の状況に応じて、本人の選択により適切なサービスが提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。	
対象者	①指定介護予防サービス利用者 ②第1号訪問・通所事業利用者	原則として、短期集中予防サービス終了後、生活支援サービスや一般介護予防事業のみを利用予定の方
実施方法	①アセスメント ②ケアプラン原案の作成 ③サービス担当者会議 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付 ⑥モニタリング・給付管理 ⑦評価	①アセスメント ②ケアマネジメント結果案作成 ③利用者への説明・同意 ④利用するインフォーマルサービス調整 ⑤セルフマネジメントシート作成 ※本人と面談しセルフケア・モニタリング計画の共有 ※マネジメント実施から最長6月後に電話での状況確認又は訪問を実施し、必要に応じて再度アセスメントを実施すること。
必要書類	①利用者基本情報 ②介護予防のアセスメント[1]基本チェックリスト ③介護予防のアセスメント[2]追加項目 ※必要時 ④生活機能評価表 ⑤ケアプラン ※サービス担当者会議の要点も含むこと ⑥支援経過記録 ⑦サービス利用票/別表 ⑧サービス評価表	①利用者基本情報 ②介護予防のアセスメント[1]基本チェックリスト ③介護予防のアセスメント[2]追加項目 ※必要時 ④生活機能評価表 ⑤セルフマネジメントシート （介護予防手帳、元気アップ虎の巻等）
単価	438単位/月	350単位/回
請求	国保連請求 ※C型のみ利用の場合、市へ直接請求	市へ直接請求
実施主体	由布市地域包括支援センター ※一部委託可	由布市地域包括支援センター ※一部委託不可

《 実施の流れ 》

（１） 相談受付・申請支援

地域包括支援センターは、利用者本人や家族から、健康面や生活面の困りごとやサービス等に関する相談を受け付け、必要な支援について、介護保険によるサービスに関わらず多様な資源を基に検討します。

相談の結果、新規で介護申請または事業対象申請が必要な場合には、必要に応じて申請代行の手続き等の支援を行います。また、その際には申請と同時に（３）のサービス計画作成依頼届出書を提出することができます。

（２） 契約の締結

要介護認定申請の結果、介護保険によるサービスが必要な場合には重要事項説明を行い、地域包括支援センターと利用者との間で、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにかかる契約を締結します。

(3) サービス計画作成依頼届出書の提出

ケアプランを作成するにあたり、利用者から預かった「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」または「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」と介護保険被保険者証を、由布市高齢者支援課もしくは各振興局保険係の窓口へ提出します。但し、予め認定申請時に届け出た場合には不要です。

(4) ケアマネジメントの実施

ケアプラン期間は最長12月として、本人の状態像に合わせた最適な期間を設定する。

▼アセスメント：利用者の健康状態や生活状況の把握、課題分析、ニーズの特定。

▼ケアプラン原案作成：目標や具体的な支援方法、サービスの利用方針等を検討。

▼サービス担当者会議：専門的知見からの助言、目標の共有、役割等の確認。

※原則としてケアプラン作成・変更時に開催し、利用者や家族、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービス提供者等が参加。

なお、ケアマネジメントCでは省略可。

▼ケアプラン原案の説明・同意（利用者に対して）

▼ケアプランの確定・交付（利用者/事業者等に対して）

▼給付管理

▼モニタリング：健康状態や生活状況等の変化、サービス利用状況や満足度等を、毎月訪問や電話等で、3月毎に居宅訪問で確認する。

モニタリング結果は毎回、予防支援経過記録に記載する。

▼中間評価：ケアプラン期間が6月を超える場合には、プラン期間の中間期を目安とした時期に中間評価を実施する。中間評価については、目標の達成度の評価とケアプランの見直しについて検討を行うこととし、その内容を支援経過記録に記載する。

中間評価は、モニタリングと同時実施でも差し支えない。

▼評価（再アセスメント）：サービス事業者からの報告等踏まえ、効果を評価する。

7. 暫定でのケアプラン作成及びサービス利用に関する考え方

認定申請後、介護度が確定するまでサービス利用が待てない緊急の状況の際に、暫定ケアプランを作成することにより総合事業サービス等を利用できます。但し、認定結果により利用したサービス費が自己負担となる場合があることについて、必ず利用者および家族に説明してください。

暫定ケアプランの作成については、明らかに要介護・要支援者である場合を除いて、想定される介護度に基づき、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが連携の上で、以下の手順によりどちらかの職員が作成してください。

《実施の流れ》

(1) 相談受付

(2) 暫定ケアプラン作成の必要性の判断

介護度が確定する前に暫定ケアプランでサービスを利用する必要性についてアセスメントし判断します。暫定でのサービス利用が必要であると判断した場合、その検討の過程を支援経過記録に記載してください。

(3) 暫定でのサービス利用に関する説明

利用者および家族に対し、認定結果により利用したサービス費が自己負担となる場合があること等について予め説明し、承諾を得ます。説明内容および承諾を得た旨について支援経過記録に記載してください。

(4) 居宅・包括の連携開始

想定している介護度と異なる結果となった場合にスムーズに引継ぎができるよう、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターそれぞれに支援担当を決め連携を図ります。連携開始以降は、共同で実施した支援について、必ず支援経過記録に記載してください。

(5) 契約の締結

(6) サービス計画作成依頼届出書の提出

サービス計画作成するにあたり、利用者から預かった「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」または「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」と介護保険被保険者証を、由布市高齢者支援課もしくは各振興局保険係の窓口へ提出します。なお、申請書の事業所名は、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの両方を記載してください。

(7) 暫定ケアプラン原案の作成

予測される介護度に基づき、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターのどちらかの職員がケアマネジメントの一連の業務を実施し、暫定ケアプランを作成します。この時、アセスメント訪問にプランを作成しない側の職員が同行した旨等を支援経過記録に必ず記載してください。

なお、想定とは異なる介護度となった場合でも利用者がサービスを継続利用できるよう、介護サービス指定事業所を利用する場合には、総合事業従前相当サービスまたは介護予防サービスの指定も受けているサービス事業所を暫定ケアプランに位置づける必要があるので注意してください。

(8) サービス担当者会議

想定される介護度に基づき、認定結果が出た後の対応も含めて検討してください。

(9) 暫定ケアプランの説明・同意・交付

(10) 暫定でのサービス利用開始

※緊急的なサービス導入が必要な場合など、やむを得ずアセスメント訪問やサービス担当者会議に両方の支援者が参加できない場合は、サービス利用開始後できる限り速やかに同行訪問を実施し、その過程を支援経過記録に記載してください。また、必要な場合には暫定ケアプランの見直しも実施してください。

(11) 認定結果の確認

想定した介護度となり、結果が出た後の対応もサービス担当者会議で協議できていた場合

ケアプランの再作成は不要。朱書きで認定済みに○をつけ、認定日、認定有効期間、介護度等を追記し、その過程を支援経過記録に記載してください。なお、サービス担当者会議も再度開催は不要であるが、サービス事業所へ認定結果等の情報提供を行い、その過程を支援経過記録に記載してください。

想定外の介護度が出た場合

改めてアセスメント等ケアマネジメントの一連の業務を実施し、速やかに認定結果に応じたケアプランを適切な様式で作成してください。

(12) 報酬の請求

月末時点で担当していた事業所が報酬を請求できます。なお、結果が当該中にわからない場合、認定結果が下りたのちに、請求できなかった月分もまとめて請求してください。

8. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部委託

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合には、次の内容に沿って実施してください。

《居宅介護支援事業者との一部委託契約の締結》

要支援者等から相談を受けた居宅介護支援事業者が一部委託先事業者として介護予防支援事業または介護予防ケアマネジメント業務の一部を実施する場合、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が契約をあらかじめ締結しておく必要があります。

《一部委託先事業者に対し一部委託できる範囲》

居宅介護支援事業者へは、地域包括支援センターが重要事項説明、契約の締結等を実施したうえで、次の業務内容の範囲内で業務の一部を委託することができます。

- ① アセスメントの実施
- ② ケアプラン原案等の作成
- ③ サービス担当者会の開催
- ④ ケアプラン原案等の説明・同意・交付
- ⑤ サービス提供の連絡・調整
- ⑥ モニタリングならびに中間評価
- ⑦ 評価
- ⑧ その他（利用者、サービス提供事業者との相談・連絡・調整等）

ケアプランの作成にあたっては、利用者が、生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、制度の趣旨やサービス提供方法等について、利用者やその家族に対し丁寧に説明する必要があります。

初回のケアプラン作成においては、地域包括支援センターが利用者面談に立ち会うことが基本ですが、一部委託先事業者と日程の都合がつかない等の場合は、ケアプラン作成までに、自宅に限らず利用者面談を行い、本人の意向を確認のうえケアプランについて一部委託先事業者と調整してください。

一部委託による介護予防ケアマネジメントおよび介護予防支援の手順

	地域包括支援センター	提出書類	居宅介護支援事業所
① アセスメントの実施			<p>利用者の居宅を訪問し、利用者基本情報等を確認後、基本チェックリスト表を用いて利用者及び家族に対しアセスメント実施。</p> <p>【作成書類】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■利用者基本情報 ■基本チェックリスト ■介護予防のアセスメント[1] 基本チェックリスト ■介護予防のアセスメント[2] 追加項目（※必要時） ■生活機能評価表
② ケアプラン原案の作成	<p>ケアプラン原案を確認し、内容が適切で妥当なものかを確認する。</p> <p>必要に応じてコメント欄を記載する。</p> <p>確認が完了したら、署名又は押印の上、ケアプラン原案を居宅に渡す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者基本情報 ※初回に提出し、その後は変更があった場合のみ ■介護予防のアセスメント[1] 基本チェックリスト ※初回に提出し、その後はケアプランの下部に記載 ■介護予防のアセスメント[2] 追加項目（※必要時） ■生活機能評価表 ■ケアプラン 	<p>アセスメント結果を基にどのような支援が必要かを検討し、利用者と調整する。</p> <p>利用者と合意した結果を基にケアプラン原案を作成する。</p> <p>【作成書類】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ケアプラン原案
③ サービス担当者会の開催		<ul style="list-style-type: none"> ■サービス担当者会議の要点（又は、支援経過記録を記録） 	<p>サービス担当者会議を開催し、専門的知見からの助言、目標の共有、役割等を確認する。</p> <p>ケアプランについて利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービスの内容、頻度等について決定する。</p> <p>【作成書類】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■サービス担当者会議の要点（又は、支援経過記録を記録）

提出 ④ プラン説明・同意・	ケアプラン（原本）を受け取り、保管する。	<p>■ケアプラン（原本） ※サービス事業所へはケアプラン写しを提出</p> <p>《適宜》 特例給付申請等の書類（写し）</p>	<p>修正したケアプランの内容を利用者・家族へ説明し、同意を得て、署名又は押印を得る。</p> <p>計画書は写しをとって保管する。</p> <p>【作成書類】 ■ケアプラン</p>
⑤ サービス提供の連絡・調整	サービス利用表/別表（原本）を保管する。	<p>■サービス利用表/別表（原本） ※初回月・認定更新月・サービス内容変更月に提出 ※居宅は写しを保管</p> <p>《毎月》 ■サービス実績票 ■給付管理表 ■照会票（委託全体） ■明細書（委託全体）</p>	<p>サービス利用表/別表を少なくとも初回月・認定更新月・サービス内容変更月に作成して訪問時に利用者へ渡し、2部とも署名又は押印をもらう。</p> <p>【作成書類】 ■サービス利用表/別表</p> <p>サービス提供票/別表を作成しサービス事業所へ送付する。</p> <p>【作成書類】 ■サービス提供票/別表</p> <p>利用者やサービス事業所との調整等は随時支援経過記録へ記載する。</p> <p>サービス事業所からのモニタリング（サービス実施報告）記録、提供実績を受け取り保管する。</p> <p>サービス事業所からの報告を基に、サービス実績票を作成する。</p> <p>【作成書類】 ■支援経過記録 ■サービス実績票 ■給付管理表 ■照会票（一部委託全体） ■明細書（一部委託全体）</p>
給付管理	サービス実績票等を基に、給付管理票を作成し国保連に提出する。		

⑥ モニタリングならびに中間評価			<p>1月毎に、訪問、電話、サービス事業所での面談等によりモニタリングを実施する。少なくとも3ヶ月に1回は、居宅を訪問し面接を行う。</p> <p>このほかにも、状況の変化に応じて適宜居宅訪問し面接を行う。</p> <p>*ケアプラン期間が6月を超える場合はプラン期間の中間期を目途に中間評価を行う。</p> <p>【作成書類】</p> <p>■支援経過記録</p>
⑦ 評価	<p>サービス評価表を確認し、必要な場合意見を記載する。</p> <p>確認後署名又は押印し、写しを居宅へ提出し、原本を保管する。</p>	<p>■サービス評価表</p> <p>■評価期間内の支援経過記録</p>	<p>次のタイミングで計画の達成状況について評価を行い、サービス評価表を作成する。評価を基に、ケアプランを見直す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン期間終了時（プラン見直し、認定更新、介護度の変化等） ・期間途中での介護申請等により要支援状態終了時 ・目標達成によるケアマネジメント終了時 <p>※変化がなければ、最大12月に1回</p> <p>【作成書類】</p> <p>■サービス評価表</p>
⑧ その他	<p>居宅より介護保険被保険者証の写しの提出があった場合には差し替える。</p> <p>マネジメント終了により帳票類の提出があった場合には条例に基づき5年間保管する。</p>	<p>《適宜》</p> <p>■介護保険被保険者（写し）</p> <p>■利用者基本情報</p> <p>■利用者に関する帳票類</p>	<p>《更新・変更申請時》</p> <p>申請を行う場合は、必ず包括へ連絡してから申請書の提出を行う。</p> <p>認定結果が出たら、介護保険被保険者証（写し）を包括へ提出する。</p> <p>《終了時》</p> <p>状態の改善によるサービス卒業、状態の悪化による介護度の変化等で終了する場合は、包括へ予め連絡する。</p> <p>事業所で保管している利用者に関する帳票類を整理し、包括へ提出する。</p>