

介護予防支援業務マニュアル

<基本方針>

介護予防支援業務は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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行われるものです。また、支援にあたっては、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮されなければなりません。

「大分市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等を定める条例（平成26年大分市条例第35号）」は、介護予防支援事業者が目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、事業者は基準を満たすだけでなく、常にその業務の運営の向上に努めなければなりません。条例を遵守したうえで適切なケアマネジメント業務の遂行に努めてください。

(参考)

- 「大分市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等を定める条例」
第34条（指定介護予防支援の具体的取扱方針）
- 「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」
（平成18年3月31日老振発第0331009号）

1. ケアマネジメントの一連の流れについて P. 1～P. 7
 2. 軽微な変更について P. 8
 3. 暫定ケアプランについて P. 9～P. 12
- 介護予防サービス・支援計画表 記載の留意点

一部、用語を以下のとおり省略して記載。

包括：地域包括支援センター（介護予防支援事業所）

居宅：居宅介護支援事業所

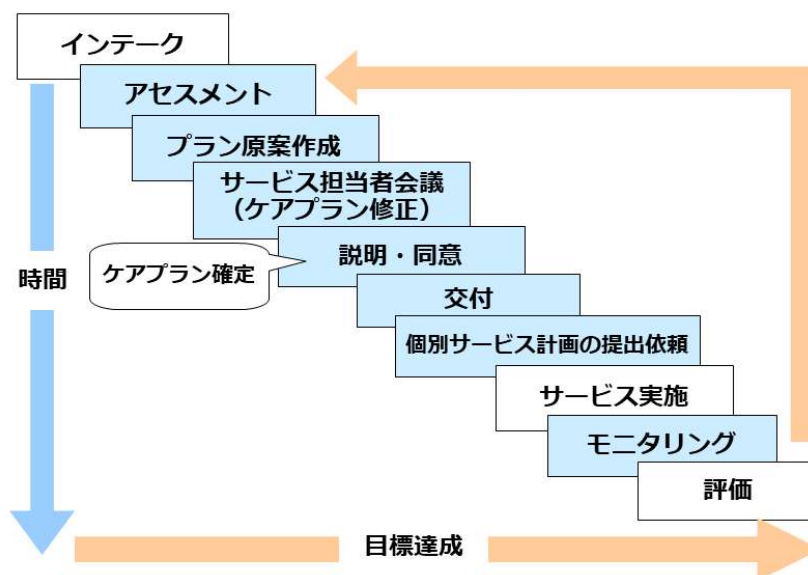
ケアプラン：介護予防サービス・支援計画書

サービス事業者：サービス提供事業所

大分市長寿福祉課
（令和6年6月）

1. ケアマネジメントの一連の流れについて

ケアマネジメントプロセス



①インテークにおける説明等

- ・介護予防支援の提供に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規定の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得なければならない。
- ・ケアプランは大分市条例第35号第4条に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることが可能であること等につき、理解を得なければならない。
- ・利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。
- ・あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者が病院又は診療所に入院する際には、担当職員の氏名及び連絡先を入院先に伝えるよう求めること。
- ・予防給付の対象となるサービス以外の利用者本人の取組や家族が行う支援、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、総合的かつ目標指向的な計画となるよう努める必要があることから、介護保険制度の理念等について、利用者が理解できるよう丁寧に説明し、適切なサービスを利用者が選択できるよう専門的な観点から利用者の個別性を踏まえ、助言すること。

②アセスメント（課題分析）の実施

- ・適切な方法により、利用者の有する能力、既に提供を受けているサービス等そのおかれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援（自立支援）するうえで解決すべき課題を把握する。
- ・利用者が入院中であること等、物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行わなければならない。
- ・当該アセスメントの結果について記録すること。（「いつ」「どこで」「誰と」面接したかを支援経過に記録すること。アセスメントの結果が他の書類等により確認できる場合は支援経過への記録を省略してよい。）

③ケアプラン原案の作成

アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせを検討し、ケアプラン原案を作成する。

◆ケアプラン作成の留意点

- ・ケアプランには給付を受けるサービス全てを位置付けなければならない。ケアプランに位置付けられていない場合は、給付を受けられない。
- ・介護予防は、利用者ができることは利用者が行い、できないことについては、家族、地域住民による自主的な取組等による支援、他のサービスなど総合的効率的に提供されるものであるため、給付の対象以外のサービスもケアプランに位置付けること。また、作成にあたっては、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活が続けるための計画であることを踏まえ、分かりやすく記載すること。
- ・単に利用者ができないことを補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出す場合がある。「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。
- ・利用者からケアプランの作成にあたって複数の介護予防サービス事業者等の紹介の求めがあった場合には誠実に対応するとともに、ケアプラン原案を利用者に提示する際には、利用者が居住する地域のサービス事業者、サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供すること。

◆期間設定

- ・認定の有効期間を考慮して設定し、開始日と終了日を年月日で記載する。
- ・大分市では3か月～6か月を目安としている。
- ・福祉用具貸与のみの場合は期間を1年以内としてよい。ただし、その期間の中間（～6か月）で利用者の状態等を確認した上で、福祉用具事業者と連携して継続の必要性について検証し、その旨を支援経過に記載すること。（※介護予防支援のみ）

◆各サービスを位置付ける際の留意点

医療サービス	・医療サービスをケアプランに位置付ける場合は、主治の医師等の指示を確認しなければならない。 ・利用者が利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得た上で主治の医師等の意見を求めるとともに、意見を踏まえて作成したケアプランについては主治の医師等に交付しなければならない。 ・指示内容については記録に残しておくこと。
福祉用具貸与	・サービス担当者会議において貸与を受ける必要性について検証し、ケアプランに必要な理由を記載すること。 ・ケアプラン作成後は必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取すること。
対象福祉用具	福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供すること。
特定福祉用具販売	その利用の妥当性を検討し、ケアプランに必要な理由を記載すること。

訪問型サービス	・自立支援の観点から、利用者が可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他のサービスの利用の可能性についても考慮したうえで位置付けること。 ・利用者が1人暮らしであるか又は家族等の障害、疾病の有無に限定されるものではなく、適切なアセスメントに基づき、個々の利用者の状況に応じて具体的に判断される。 ※本人の代行的なサービス（介護給付でいう生活援助）を位置付ける場合は以下の点を必ず確認すること。 ・特に家族の支援の有無、他のサービスの利用を検討すること。 ・支援を要する状態が解消された場合は本人自身が行うことを前提とすること。 ・サービス担当者会議で代行的なサービスを位置付けることが適切と判断されたとき。
通所系サービスの各種機能向上加算	・基本チェックリストの結果等により、機能向上サービスが必要であると判断される場合、サービスを提供することができる。 ・機能向上計画に定める実施期間終了後はその結果の報告を受けなければならない。

◆ケアプランが作成されていない場合の対象福祉用具・特定福祉用具販売及び住宅改修の利用について

対象福祉用具販売 特定福祉用具販売 住宅改修	対象福祉用具・特定福祉用具販売や住宅改修のためだけのケアプラン作成は不要。対象福祉用具・特定福祉用具販売又は住宅改修が必要である理由を記した支給申請書（理由書）を作成すること。 ※福祉用具貸与のみの場合は、ケアプラン作成が必要。
------------------------------	--

④サービス担当者会議

◆開催時期

開催時期	開催目的	開催方法
新規にケアプランを作成した時	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・ケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。	開催が必須
要介護・要支援更新認定時、要介護等状態区分の変更の認定時	・ケアプランの変更の必要性について専門的な見地から意見を求める。	
ケアプラン変更時 (ケアプラン期間終了時も含む)	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・次期のケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。	原則、開催が必須 ※利用者に大きな変化が見られない場合は、利用している全ての事業者に照会をかけ、状況の報告を受けるとともに専門的な見地から意見を求め、その内容を記録に残すことでサービス担当者会議の開催に代えることができる。 ただし、この場合であってもサービス担当者会議が長期間開催されないことがないように、少なくとも1年に1回は開催すること。 (※介護予防支援のみ)

◆出席者

利用者・家族及びケアプラン原案に位置付けた全てのサービス事業者等の担当者、その他担当職員が必要と考える者。

※日程調整をした結果、一部のサービス事業者の出席が望めない場合に限り、事前に照会をかけ、状況の報告を受けるとともに専門的な見地から意見を求める。サービス担当者会議開催後は決定事項等を報告し、その旨支援経過に記載すること。

◆開催方法

上記出席者を招集して開催すること。

※テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、利用者又は家族が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用について利用者又は家族へ説明を行い、同意を得たことを支援経過等に記載すること。

※テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

◆記録の整備

「サービス担当者会議の要点」（独自様式可）又は下記の内容を支援経過に記載。

会議出席者	当該会議の出席者の「所属（職種）」「氏名」を記載する。 ※兼務職員等の場合は会議にどの立場で出席しているかを明確に記載する。 （例）ケアプランに位置付けられたデイの職員か、有料の職員か 等 ※欠席者について ・当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認できる場合は「出席者」欄への記載を省略してよい。 ・欠席者を「出席者欄」に記載する場合は欠席理由を記載すること。
開催場所 ・ 開催時間	利用者宅に限らず、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所等での開催可。 ※サービス提供事業所で開催する場合は、以下の点に注意すること。 ・利用者のサービス提供時間中に実施した場合はサービス提供中止とみなす。 ・サービス事業者の人員配置は適切か確認すること。
検討した項目 ・ 検討内容 ・ 結論 ・ 残された課題	各項目の内容を簡潔に記載すること。 ※照会内容について他の書類等により確認できる場合は「検討した項目」欄への記載を省略してよい。照会の場合はサービス担当者氏名、照会（依頼年月日）、照会（依頼）した内容及び回答を記載すること。

⑤ケアプランの説明と同意

◆介護予防サービス・支援計画書

- ・利用者又は家族に説明し、文書により**利用者の同意**を得て、その旨を支援経過に記録すること。
- ・大分市では同意年月日・署名があることで文書により同意を得ていると判断する。
- ・同意署名は利用者本人から得ることが原則。同意署名を利用者本人から得られない場合は、以下の方法で同意署名を得て、署名方法の根拠（利用者の判断能力・記載能力の有無）について記録に残すこと。

利用者の状況		同意方法	署名方法
判断能力	記載能力		
有	有	利用者が同意する	本人名 ：署名（+押印）
有	無	利用者が同意し、家族が本人名を代筆する	本人名 ：記名（+押印） 代筆者名：署名（+押印）・続柄
無	—	家族に一任されているとみなし、家族が同意する	代筆者名：署名（+押印）・続柄

※押印は省略することができるが、必要性に関しては各事業所で判断すること。（参考：内閣府・法務省・経済産業省連名「押印についてのQ & A」）

◆電磁的方法（電子メール）によるケアプランの説明と同意

1. 事前に利用者等へ電磁的方法の利用について同意を得る
2. 電子メールで利用者等にケアプランを交付
3. 利用者等へ連絡し、電子メールで交付したケアプランを口頭で説明し同意を得る
※利用者等が同意する旨を電子メールで受信すること
4. ケアプランを交付したメールと同意の意向が記載されたメール等を PDF 等で保存
サービス事業者へは、ケアプランと同意の意向が記載されたメール等を併せて交付
 - ・電磁的方法（電子メール）の取り扱いをする場合は、ケアプランの署名（押印）は不要としてよい。
 - ・ケアプランは利用者又は家族に説明し同意を得る必要があるため、電磁的方法であっても説明及び同意を得たことが分かるよう電子メール等の記録を残すこと。
 - ・支援経過への記載のみでは同意を得たとはみなせないため留意すること。

※電子承認システム等の電子メール以外の方法を検討している場合は保険者までご相談ください。

⑥ケアプランの交付

- ・同意を得たケアプランを利用者及び担当者に交付すること。その旨を支援経過に記録すること。

①～⑥までの一連の流れは、サービス提供開始前に遅滞なく実施すること。

※ケアプラン作成にあたり、①から⑥までの一連の業務を順序どおり行うことが基本であるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合であれば、この順序について拘束するものではない。ただし、その場合であっても①から⑥までの個々の業務は速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じてケアプランを見直すなど、適切に対応しなければならない。なお、やむを得ない理由等が分かるよう支援経過に記録しておく必要がある。

※やむを得ない場合であっても、ケアプラン原案を作成しサービス提供前に利用者の同意を得ておくこと。

⑦個別サービス計画の提出依頼

- ・サービス担当者にケアプランを交付したときは、サービス担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、その旨を支援経過に記録すること。また、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認すること。

⑧個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取

- ・個別サービス計画がケアプランに沿って作成されるよう必要な援助を行うこと。
- ・サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも 1 月に 1 回、聴取しなければならない。

⑨モニタリング

- ・ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む）を行い、必要に応じてケアプランの変更、サービス事業者等との連絡調整等行うこと。

- ・少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ただし、下記のいずれにも該当する場合、利用者の居宅を訪問しない期間はテレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。その場合であっても、少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して、連続する6月に1回利用者の居宅を訪問し利用者に面接すること。

- 1.テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ている。
- 2.サービス担当者会議等において、次の事項について、主治の医師、サービス担当者、その他の関係者の合意を得ている。

- ・利用者の心身の状況が安定していること。
- ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
- ・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、サービス担当者から提供を受けること。

※サービス担当者へ情報提供を依頼するに当たっては、「情報連携シート」を参考にすること。

※テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

- ・居宅を訪問しない月（テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く）についても可能な限り、サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努め、面接ができない場合は利用者への電話等により、利用者自身に実施状況について確認を行うこと。

※利用者の状況に変化があるときは、利用者の居宅を訪問して確認を行うこと。

- ・サービス提供した月から少なくとも1月に1回、モニタリングの結果について記録を残すこと（「いつ」「どこで」「誰と」面接したかを支援経過に記載すること。モニタリングの結果が他の書類等により確認できる場合は支援経過への記載を省略してよいが、モニタリングの視点で記載しておくこと。）

※利用者本人と意思疎通できない場合も本人と面接し、家族等から状況の聞き取りを行う。

※特段の事情で面接できない場合は、具体的な内容を記録しておくことが必要。

「特段の事情」とは利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を指し、担当職員に起因する事情は含まれない。

※やむを得ず本人と接触できない場合は、その理由を支援経過に記載し、事業所からの月1回の報告書をもとに担当職員がモニタリングの視点で記録を整備すること。

- ・利用者の解決すべき課題の変化は、直接サービス提供を行うサービス事業者により把握されることも多いため、サービス担当者と緊密な連携を図ること。
- ・サービス事業者等から利用者に関する情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に関する情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師や歯科医師又は薬剤師に提供すること。

モニタリングの視点	☐ ケアプランどおりにサービス提供がされているか ☐ サービス提供が適切か否か ☐ 個々の課題に対する目標が達成されているか ☐ 総合的な援助方針どおりにケアプランの効果が上がっているか ☐ ケアプランの内容を修正する必要があるかどうか判断する ☐ セルフケア、インフォーマルサービスが実施されているか
-----------	--

⑩評価の実施

- ・ケアプランの期間終了時や状態に変化のあるときには、利用者宅を訪問し、利用者に面接し、ケアプランの実施状況をふまえ、目標の達成状況の評価を行い、評価の結果により、必要に応じてケアプランの見直しを行う。
- ・ケアプランを見直す場合は、②～⑥までの一連の業務を行い作成すること。

◎支援経過の記録の整備◎

- ・担当職員が条例を遵守し、適切にケアマネジメント業務を遂行している根拠となる記録となるため、漏れなく記録すること。
- ・行為目的と内容を簡潔かつ明瞭に記録すること。
5W1H（「いつ」「だれが」「どこで」「なにを」「なぜ」「どのようにして」）で記載。

◎諸記録の保存期間◎

- ・介護予防支援に伴う諸記録を整備し、その完結の日（当該指定介護予防支援を提供した日）から、5年間保存しておくこと。

◎地域包括支援センターにおける指定居宅介護支援事業所への一部委託◎

- ・介護予防支援業務の一部は、指定居宅介護支援事業者に委託できる。
- ・委託する居宅介護支援事業者は、都道府県の研修（大分市では介護支援・サービス事業従事者合同基礎研修会、大分市介護予防ケアマネジメント新任者研修会及び大分市介護予防ケアマネジメント研修会）を受講するなど、介護予防支援業務に関し、必要な知識・能力のある介護支援専門員が従事している必要がある。

2. 軽微な変更について

大分市におけるケアプランの軽微な変更についての基本的な考え方は、利用者の状況に変化がないことが前提で、「援助の方針・方向性が変更にならない程度のもの」であることとしている。

軽微な変更該当すると判断した場合、アセスメント・ケアプランの作成等一連の業務を行う必要はないが、その判断の根拠を支援経過に記録し、ケアプランに変更点を朱書きすること。

また、軽微な変更後はサービス事業者との情報共有に努めること。

ただし、担当職員がサービス事業者へ周知したほうが良いと判断した場合はサービス担当者会議を開催することを妨げない。この場合、ケアプランに関わる全事業所を招集する必要はなく、照会等により意見を求めることができるものとする。

項目		ケアプランの軽微な変更該当する事例
1	サービス提供の曜日変更	利用者の都合により曜日の変更に至った場合。
2	サービス提供の回数変更	単一のサービス種別において何らかの理由で週1回程度の回数の増減の場合。ただし、複数のサービス種別において回数の増減があった場合は軽微な変更と判断しない。 なお、利用回数の増減による利用者を与える影響等については、十分な情報の共有（サービス担当者会議等での共通理解）に努めること。
3	利用者の住所変更	住居表示の変更等で住所の変更があった場合、また概ね中学校区（日常生活圏域）内での転居で、同居者や支援者等生活環境等に変化がない場合。 なお、住所変更に伴う利用者の状況（生活環境等）の変化については十分考慮し、必要に応じてケアプランを見直すこと。
4	事業所の名称変更	サービス事業者の名称のみ変更する場合。
5	目標期間の延長	目標期間の延長は、軽微な変更と認める事例が想定できないため、個別に判断していきたい。 なお、目標は一定の期間内で達成可能なものを設定するべきであり、まずは目標の妥当性についての検討すること。
6	福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具で同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更の場合。
7	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外による）単なる事業者変更	サービス事業者の休止・廃止等、事業所都合によりサービス事業者を変更する場合。 なお、事業所を変更することで利用者に不利益が生じないように、変更前後のサービス事業者との十分な情報の共有（サービス担当者会議等での共通理解）に努めること。
8	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第1表の「総合的な援助の方針」や第2表の「生活全般の解決すべき課題」、「援助目標」、「サービス種別」等が変わらない範囲で、目標達成に向けたサービス内容のみ変更する場合。 例えば、デイケアであれば運動器具や運動メニュー等の変更で、サービス提供時間や加算に変更が生じないものが該当する。
9	担当職員の変更	同一の地域包括支援センターにおける担当職員の変更の場合で、新しい担当者が利用者と面識を有しており、情報の共有、利用者についての共通理解ができている場合。

※軽微な変更を適用するにあたっては、別冊資料「軽微な変更についての考え方」についても参照してください。軽微な変更該当するか判断がつかない場合には、個別に対応しますので保険者までご相談ください。

3. 暫定ケアプランについて

(1) 暫定ケアプランとは

要介護認定の申請（新規・変更・更新）後、介護度が確定するまで介護保険サービスの利用が待てない緊急の状況の際に、遅延なく介護保険サービスが受けられるよう作成するケアプランのこと。

(2) 暫定ケアプラン作成者

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・包括が連携の上でどちらかの職員が作成する。

※居宅・包括が連携をとらずケアプランを作成し、認定結果が想定外だった場合、どちらも給付管理ができない。

想定される 介護度	暫定ケアプラン		認定結果	見直し後のケアプラン	
	作成者	様式		作成者	様式
要介護	居宅	居宅ケアプラン	要支援	包括	介護予防ケアプラン
要支援	包括	介護予防ケアプラン	要介護	居宅	居宅ケアプラン

↓
引継ぎ
↑

(3) 作成の流れ

①利用者等からの相談の受付



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があるか、的確にアセスメントし、判断すること。サービス利用の必要があると判断できる場合は、その経過について支援経過に記録する。



③利用者へ暫定ケアプランに基づくサービス利用の注意点を十分に説明し、理解を得る。

要介護認定の結果、非該当や想定と異なる介護度になった場合、暫定ケアプランに基づくサービスの利用料の全部又は一部が10割負担となる可能性があること等を説明し、その経過について支援経過に記録する。



④居宅・包括との連携開始

- 1) 想定と異なる認定結果になった場合にスムーズに引継ぎができるよう、居宅及び包括の連携先を決める。
- 2) アセスメントやサービス担当者会議を居宅・包括と共同で行い、支援経過に記録する。

※居宅・包括が共同でアセスメントとサービス担当者会議を実施することが望ましいが、日程調整が難しい場合は、いずれかが共同で実施できなくても差し支えない。



⑤居宅及び包括が重要事項・個人情報保護・契約書の説明・同意・交付を行う。

※重要事項等について、口頭で説明した場合は支援経過にその旨を記載し、後日改めて文書を交付して説明すること。



⑥「サービス計画作成依頼（変更）届出書」を市へ提出

事業所名は居宅と包括の両方を記載する。



⑦暫定ケアプラン原案の作成

- ・想定される介護度に基づき居宅又は包括の職員がケアマネジメントの一連の業務を行い、暫定ケアプランを作成する。
- ・申請中に丸をつけ、「暫定ケアプラン」と記載する。認定日、認定の有効期間、要介護等状態区分は未記入のままでよい。

※認定結果が想定と異なった場合でも利用者が継続利用できるよう、介護予防サービス・居宅サービスの両方の指定を受けているサービス事業者を暫定ケアプランに位置付ける必要がある。



⑧サービス担当者会議

想定される認定結果に基づき、認定結果が下りた後の対応も含めて話し合いをする。



⑨暫定ケアプランの説明・同意・交付



⑩サービス利用開始

※緊急的なサービス利用等やむを得ない場合で④２）ができない場合は、速やかに居宅と同行訪問を実施し、その結果に基づき必要に応じて暫定ケアプランを見直すなど、適切に対応しなければならない。また、やむを得ない理由及び訪問結果を支援経過に記録する。

※明らかに要介護・要支援者である場合を除き、月末までに認定結果が出ていない時は、居宅・包括が日程を合わせて自宅を訪問しモニタリングを行う。なお、認定結果が要介護となり居宅がモニタリングを実施していない場合は、居宅介護支援費に係る運営基準減算となるため留意すること。



⑪認定結果の確認

●**暫定ケアプランの内容に変更の必要がない場合・変更内容についてもサービス担当者会議にて話し合いができていた場合**

アセスメント	再度アセスメントを実施する必要はない。
ケアプラン	再作成の必要はない。朱書きで認定済に丸をつけ、認定日、認定の有効期間、要介護等状態区分を追記し、その旨を支援経過に記録する。 (利用者・担当職員分)

サービス担当者会議	再度サービス担当者会議を開催する必要はない。事業所へ認定結果等の情報共有を行い、その旨を支援経過に記録する。 ただし、サービス担当者会議の開催を妨げるものではないため、必要に応じて判断すること。
-----------	--

● 暫定ケアプランの作成にあたり使用した様式と認定結果が異なったが、サービス担当者会議にて話し合いができていた、かつサービス内容に変更がない場合

※要支援2を想定し、予防プラン様式で暫定ケアプランを作成していたが、認定結果が要介護1であった場合等が該当

アセスメント	再度アセスメントを実施する。 ただし、アセスメントに同行している場合は省略することができる。
ケアプラン	できる限り早期に、要介護等状態区分に応じた様式のケアプランを作成し、本人又は家族へ説明する。 なお、ケアプランの同意日は「実際に署名した日」を記載する。 ※要介護等状態区分に応じた様式のケアプラン作成日より前に遡ってケアプランを作成することはできない。 ※要介護等状態区分に応じた様式のケアプランとは別に暫定ケアプランを併せて保管しておくこと。
サービス担当者会議	再度サービス担当者会議を開催する必要はない。事業所へ認定結果等の情報共有を行い、その旨を支援経過に記録する。 ただし、サービス担当者会議の開催を妨げるものではないため、必要に応じて判断すること。

● 想定外の認定結果でサービス担当者会議において話し合いができていない場合（※連携ができていない場合を除く）・認定結果に関係なく急性増悪等で本人の状態が大きく変わった場合

アセスメント	改めてアセスメントを含めたケアマネジメントの一連の業務が必要。 認定結果に応じた様式のケアプランを作成する。
ケアプラン	できる限り早期にケアプランの見直しを行うこと。 ※見直した日より前に遡ってケアプランを作成することやケアプランの一部を差し替えることはできない。
サービス担当者会議	改めてサービス担当者会議を開催し、事業者と本人の情報共有や専門的な見地から意見を求めること。



⑫介護報酬の請求

- ・月末に担当していた事業所が介護報酬の請求ができる。
- ・認定結果が当該月に分からない場合には、給付管理票の作成ができないため、介護報酬の請求はできない。認定結果が下りた後に、請求できなかった月分とあわせて2か月分を請求する。

※介護報酬の請求については以下のとおり。

暫定ケアプラン作成者	居宅・包括の連携	認定結果	請求の可否
居宅	連携あり →	要支援	→ 包括が請求可
	連携なし →		→ 請求不可
包括	連携あり →	要介護	→ 居宅が請求可
	連携なし →		→ 請求不可

※要支援を想定し、介護予防・生活支援サービス（以下、総合事業）を暫定ケアプランに位置付けたところ、認定結果が要介護であった場合は、認定申請中に利用していたサービスが「従前相当サービス」であれば介護給付で請求できるが、「緩和型サービス」と「短期集中予防サービス」は請求できないため、留意すること。

認定結果	認定申請中に利用したサービス			
	介護予防サービス (福祉用具貸与、通所リハ・訪問看護等)	総合事業		
		従前相当サービス	緩和型サービス	短期集中予防サービス
要支援	予防給付で請求	総合事業で請求	総合事業で請求	総合事業で請求
要介護	介護給付で請求	介護給付で請求	請求不可	請求不可

(4) 変更申請の場合

上記①～⑪の流れを準用する。

※特に要支援認定者の変更申請の際には、居宅・包括が密に連携をとること。想定される介護度に基づき居宅又は包括がケアマネジメントの一連の業務を行い、暫定ケアプランを作成する。

※変更申請の際は、利用者の状態変化に基づき区分変更をするため、変更申請日時点からの暫定ケアプランの作成が必要。

(5) 自己作成扱いとなる場合

(2) に記載のとおり、暫定ケアプランは居宅・包括が連携の上作成されるものであり、想定と異なる認定結果になった場合でもどちらかが給付管理できるようにしなければならない。

しかし、想定外の結果となり居宅・包括が連携をしていない場合は、暫定ケアプランを利用者が自ら作成したもののみなし、市が給付管理を行う。

※「暫定ケアプランを作成していない」場合、市は給付管理を行わず、利用者が全額自己負担することになるため留意すること。

※総合事業においては、ケアプランの自己作成に基づくサービスの利用は想定されていない。

したがって、居宅が要介護を想定し、包括との連携を行わずに暫定ケアプランを作成して、訪問介護や通所介護を利用していたところ、認定結果が要支援であった場合は介護予防・生活支援サービスの利用となるため、自己作成扱いとして、市が給付管理することができないことに留意すること。

介護予防サービス・支援計画書 記載の留意点

介護予防サービス・支援計画書

NO.

利用者名

様

認定年月日

年

月

日

認定の有効期間

年

月

日

～

年

月

日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日

年

月

日

（初回作成日

年

月

日

）

担当地域包括支援センター：

事業対象者の場合○印を付ける

目標とする生活 ※利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者の意思・意欲を尊重し、望む日常生活イメージを具体的にすることで利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機づけとなる。（1日と1年のどちらかのみの記載も可。）

1日	※大きな目標にたどり着くための段階的な目標等、利用者が達成感・自己効力感が得られるような目標を設定						1年	※生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい具体的な目標を設定						利用するサービス・事業に○印を付ける 利用を併用する場合は、 下枠の例のように記入	
アセスメント						合意		ケアプラン							
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向（本人・家族）	目標	支援計画								
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間			
運動・移動について	各アセスメント領域の内容について、利用者・家族の認識と意向を記載。 ・機能低下を自覚しているか、困っているか、どのように考えているか等記載し、その理由について確認する。 (例) 「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○○したい」等 ※利用者と家族の意向が異なる場合はそれぞれ記載。 ※否定的・消極的な場合はその理由を明らかにすることが重要。	□有 □無 「アセスメント領域と現在の状況」において生活上問題となっていること及びその背景・原因を整理し、分析する（基本チェックリストの結果についても考慮する）。 <課題分析> ・直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を分析する。 ・現在課題となっていることや、その状態が続くことでどのようなことが起こる等、課題を予測して記載。	「領域における課題」から利用者の生活全体の課題を探すため、各領域における課題共通の背景等を見つけて出す。課題の原因や背景等が同一の場合、統合して記載。 ※課題のみ記載し、意向や目標、具体策等は記載しない。 ※優先度の高い課題から順に記載（意欲の低い利用者等、簡単な課題解決を優先することで介護予防の効果が出ると判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい）。	アセスメントに基づき、「総合的課題」に対して専門的な観点から、利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体策について記載。 <目標設定> ・漠然としたものではなく、評価しやすい具体的なもの ・一定の期間に達成可能なもの ・利用者の価値観や好みを考慮した分かりやすく取り組みやすいもの <具体策> 介護保険サービスだけでなく、利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービス等の活用についても記載。	「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載。提案した内容と利用者の意向の相違点を確認できる。 ■合意が得られた場合 「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」等記載。 ■合意が得られなかった場合 その理由や根拠等について利用者や家族の考えを記載。（取り組むのが困難であったり、継続が難しい等、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となる。	ケアプラン作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載。 ※当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合はその目標を転記、もしくは「同左」「提案どおり」等記載。	家族を含む支援者共通の安全管理上のポイント等を記載。	誰が何をするか具体的に記載。 ・利用者が自ら取り組むこと ・家族が支援すること ・地域のボランティアや近隣住民の協力等	具体的なサービス内容について利用者・家族と合意し、目標達成するために最適と思われる内容について記載。 (例) 「地域支援事業」 ・かがむ動作を伴う掃除のサポート。掃除方法の提案（道具や使用方法等）」 「介護保険サービス」 ・疾患に注意しながら、筋力やバランス能力が向上するためのプログラムをおこなう」	サービス種別を具体的に記載し、支給区分、通所系サービス等の加算についても記載。 (例) 「生活サポートホームヘルプサービス」「訪問型パワーアップ教室」「元気サポートデイサービス（一体的サービス提供加算）」 ※介護予防・生活支援サービスは「訪問型サービス（独自）」や「通所型サービス（短期集中）等」の記載可。	具体的なサービス事業所名を記載。 目安：3か月～6か月 ※認定の有効期間を考慮。	開始・終了年月日を記載。 (例) ○年○月○日～○年○月○日			
室内や屋外の移動（杖等の使用の有無）、外出の状況（交通機関の利用等）															
日常生活（家庭生活）について															
家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話等を行っているか。															
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて															
健康管理について															
清潔・整容・口腔ケアや、服薬・定期受診が行えているか。飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養等健康管理の観点から必要と思われる内容。食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量等を具体的に確認する必要がある。															

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

ケアプランを立てる上で留意すべき情報を記載
※単に主治医意見書の疾患等をそのまま転記するものではない。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書きください。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

本来の支援が実施できない場合で
①利用者・家族の合意が得られない場合は、本来の支援ができるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載
②本来必要な社会資源が地域にない場合は新たな活動の創設の必要性を記載

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、ケアプラン作成者、サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特に留意すべき点、チーム全体の留意点等を記載。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書きください。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター
※委託の場合

【意見】本人・家族に向けてのメッセージやアドバイス等記載

・確認した包括担当者の氏名と確認日を記載
・印鑑は省略可

受託した居宅は担当包括に確認を受けた後に、利用者に最終的な原案の説明を行い、同意を得る。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

ケアプラン開始前に同意を得る

年 月 日 氏名