

3. 運営基準等

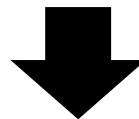
「介護予防支援業務について」

◆介護予防支援業務マニュアル

ダウンロード・・・大分市HP＞健康・福祉・医療＞介護・障がい者・福祉＞
介護保険＞事業者の方へ＞介護サービス計画作成担当者の方へ＞介護予防
支援業務マニュアルと自己チェックリストを改定しました

介護予防支援業務について

「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」



- 介護予防支援事業者に必要な最低限度の基準を定めたもの
- 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らない
- 条例を遵守した上で、適切なケアマネジメント業務の遂行に努めること

※条例は大分市ホームページに掲載

基本方針

※第4条の5は省略

第4条

指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行われるものでなければならない。

2

指定介護予防支援の事業は、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、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して行われるものでなければならない。

3

指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

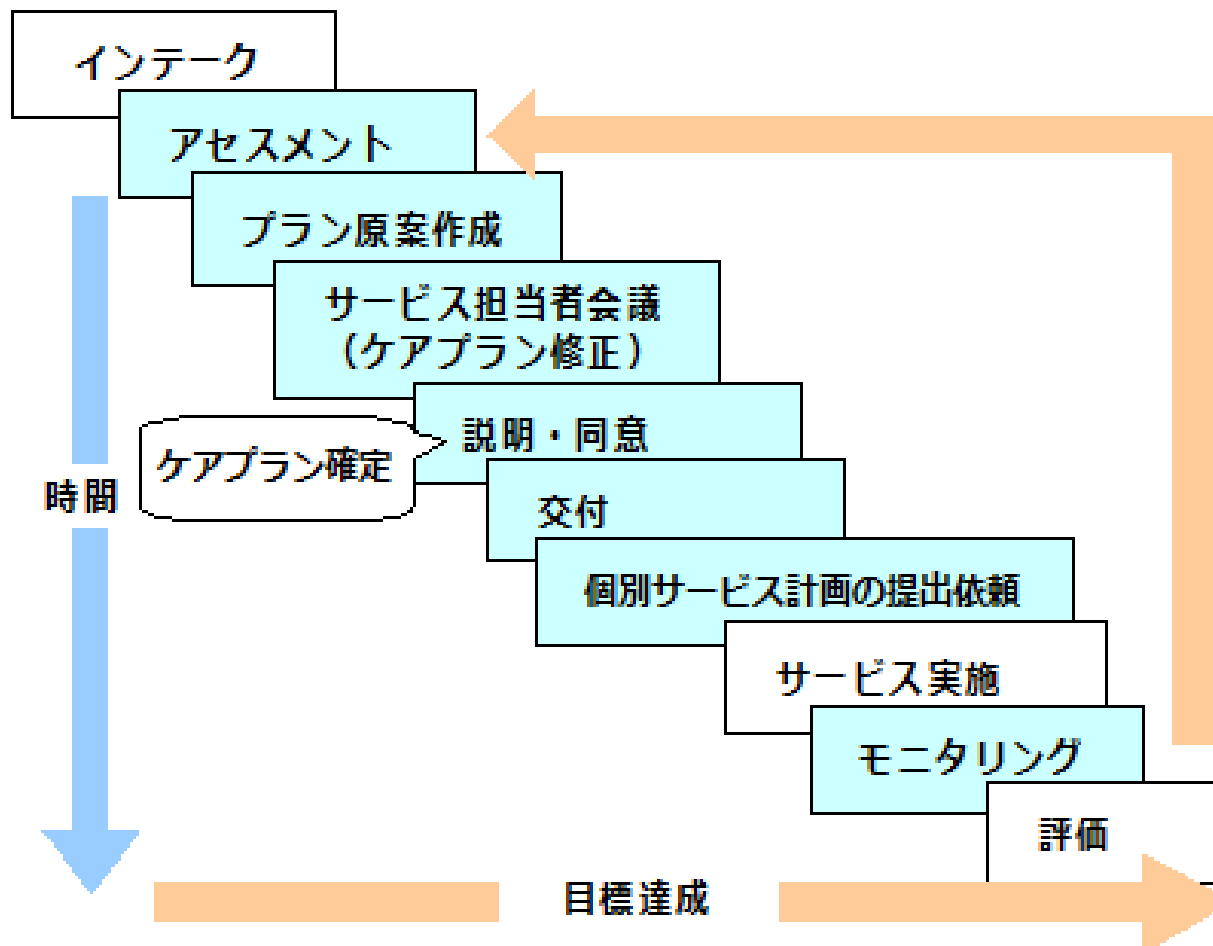
4

事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、（略）居宅介護支援事業者、他の介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者総合支援法に規定する指定特定相談支援事業者、（略）地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

※「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」より抜粋

ケアマネジメントの一連の流れ

ケアマネジメントプロセス



インテーク

※マニュアルP.1

利用開始時の説明・同意	・運営規定の概要や重要事項等を記した文書を交付・説明、同意を得なければいけない。 (介護報酬改定、利用者負担額変更時も含む) ・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について、理解を得なければならない。
個人情報に関する同意	あらかじめ文書により得なければならない。
入院時の情報提供	担当職員の氏名及び連絡先を入院先に伝えるよう求めなければならない。
総合的な介護予防サービス計画の作成	・利用者本人の取り組み、家族が行う支援、地域住民による自発的な活動によるサービス利用も含めて、総合的かつ目標指向的な計画となるよう努める。

インテーク

アセスメント

プラン原案作成

アセスメント

※マニュアルP.1

課題分析	・適切な方法により、課題を把握する。
把握が抜けやすい項目	・趣味、嗜好、生活歴等。家族関係、地域とのつながり。 ・既往歴、現在の治療状況。 ・×「自立」「全介助」のみ ○「どのような支援があればできる」など状態像の把握。 ・利用者の望む暮らし。
留意点	・物理的な理由がある場合を除き、<u>必ず利用者宅を訪問し</u>、利用者及び家族に面接して実施。 ・アセスメントシート、支援経過記録を保存する。

インテーク

アセスメント

プラン原案作成

ケアプラン原案の作成

※マニュアルP.2

- ・利用するサービスはケアプランに位置付ける
- ・総合的で利用者に分かりやすい計画作成
- ・不適切なサービス提供をしない
- ・複数の介護予防事業者等の紹介

インテーク

アセスメント

プラン原案作成

ケアプラン原案の作成

※マニュアルP.2

記載方法	開始日と終了日を年月日で記載する。
期間設定	・認定の有効期間を考慮して設定。 ・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	・期間を1年以内として良い。 ・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。

インテーク

アセスメント

プラン原案作成

サービスを位置づける時の留意点

※マニュアルP. 2

医療サービス	・ 主治の医師等の指示を確認、指示内容は記録。 ・ 利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、作成したケアプランは主治の医師等に交付。
福祉用具貸与	・ ケアプランに貸与が必要な理由を記載、サービス担当者会議で貸与を受ける必要性を検証。 ・ 継続して貸与を受ける必要性をサービス担当者会議で検証、必要な場合はその理由をケアプランに記載。
特定福祉用具販売	利用の妥当性を検討、ケアプランに必要な理由を記載。

インタビュー

アセスメント

プラン原案作成

サービスを位置づける時の留意点

※マニュアルP. 2

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。

【品目】

- ・ 固定用スロープ
- ・ 歩行器（歩行車を除く）
- ・ 単点杖（松葉杖を除く）
- ・ 多点杖

インタビュー

アセスメント

プラン原案作成

訪問型サービス	・利用者が<u>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</u>、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づけること。 ・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判断する。 ※本人の代行的なサービス（介護給付でいう生活援助）を位置づ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、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づ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。 ・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。

インテーク

アセスメント

プラン原案作成

対象福祉用具販売・特定福祉用具販売・住宅改修について

※マニュアルP.3-4

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、特定福祉用具販売また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なため注意。

インテーク

アセスメント

プラン原案作成

サービス担当者会議

※マニュアルP.3-4

○利用者及びその家族の参加を基本とし、ケアプラン原案に位置付けたサービス担当者を招集して行う会議

開催時期	開催目的
新規ケアプラン作成時	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有。 ・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。
要介護更新認定時 要介護状態の区分変更の認定時	・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。

サービス担当者会議

説明・同意

交付

サービス担当者会議

※マニュアルP.3-4

出席者	・利用者及びその家族 ・ケアプラン原案に位置づけた全てのサービス担当者 ・その他ケアマネが必要と考える者
記録の整備	・サービス担当者会議の要点（独自様式可）または支援経過に記録する。 ・検討した項目、検討内容、結論、残された課題について、内容を簡潔に記載すること。 ・記録は5年保存。

※テレビ電話装置等を活用して開催する場合については事前に同意を得た上で、その旨を支援経過記録等に記載すること。

サービス担当者会議

説明・同意

交付

サービス担当者会議

※マニュアルP.3-4

- ・ 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。
- ・ ケアプランの変更時、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、専門的な見地から意見を求め、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。**
※介護予防支援のみ
- ・ 上記の方法で対応した場合でも、**少なくとも1年に1回はサービス担当者会議を開催**すること。

サービス担当者会議

説明・同意

交付

ケアプランの説明と同意

※マニュアルP.4

- 利用者または家族に説明し、文書により利用者の同意を得て、支援経過に記録。
- 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。

サービス担当者会議

説明・同意

交付

ケアプランの説明と同意

※マニュアルP.4

- 同意署名は利用者本人から得ることが原則。
- 本人から得られない場合は、以下の方法で得て、署名方法の根拠（判断能力や記載能力の有無）を記録しておく

本人の判断能力	本人の記載能力	同意方法	署名方法
有	有	利用者が同意	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	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

サービス担当者会議

説明・同意

交付

ケアプランの交付

※マニュアルP. 5

- 同意を得たケアプランを利用者及びサービス担当者に交付すること。
- 支援経過に記録すること。

※電磁的方法（電子メール）によるケアプランの説明と同意に関しては、介護予防支援業務マニュアルを参照

サービス担当者会議

説明・同意

交付

個別サービス計画の提出依頼

※マニュアルP.5

- サービス担当者にケアプランを交付した時は、担当者に個別サービス計画の提出を求める。
その旨を支援経過に記録すること。
- 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。
- 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。

サービス担当者会議

説明・同意

交付

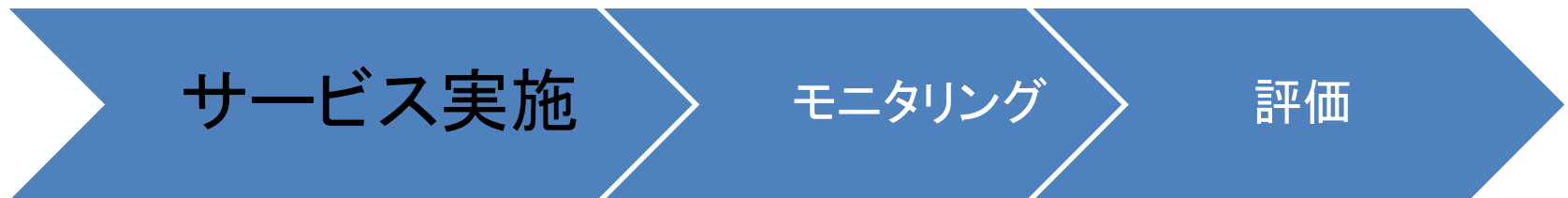
報告の聴取

※マニュアルP.5

- 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。（※介護予防支援のみ）

方法：事業所への訪問、電話、FAX等

- 支援経過に記録すること。



モニタリング

※マニュアルP.5－6

- ケアプランの実施状況を把握、必要に応じてケアプランの変更、サービス事業所との連絡調整等を行う。
- 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。
※利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問して確認を行うこと。
- 居宅を訪問しない月はサービス事業所への訪問や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。
- サービス提供した月から少なくとも1月に1回モニタリングの記録を残す。

モニタリング

※マニュアルP.5－6

次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。

サービス実施

モニタリング

評価

モニタリング

※マニュアルP.5－6

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で下記の事項について、**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。
 - ・ 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**。
 - ・ 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際は、「情報連携シート」を参考にすること。

【留意点】

- 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。

特段の事情とは、利用者の事情により、居宅を訪問して面接できない場合を指し、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

- 利用者の解決すべき課題の変化は、直接サービスを提供するサービス事業者により把握されることも多いので、サービス担当者と緊密に連携を図ること。

モニタリング

※マニュアルP.6

【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

サービス実施

モニタリング

評価

評価の実施

※マニュアルP.7

- ケアプランの期間終了時や状態に変化のある時は、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。
- ケアプランを変更する場合は、一連の業務を行い作成すること。



支援経過記録

※マニュアルP.6

- 介護支援専門員が条例を遵守し、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もの。
- もれなく記載し、行為目的と内容を簡潔かつ明瞭に記載すること。（5W1Hで記載）
- 介護予防支援に伴う諸記録を整備し、その完結の日（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。

暫定ケアプラン

※マニュアルP.9-12

暫定ケアプランとは	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状況の際に、遅延なくサービスが受けられるよう作成するケアプラン。
暫定ケアプラン作成者	明らかに要介護(支援)である場合を除き、 居宅・包括が連携の上でどちらかの職員が作成。
自己作成扱いについて	居宅・包括が連携の上で作成するものであるが、想定外の認定結果で連携がとれていなかった場合、自己作成扱いとして市が給付管理する。 ※要支援を想定し、介護予防・生活支援サービス(総合事業)を暫定ケアプランに位置付け、認定結果が要介護であった場合、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」「短期集中予防サービス」は請求できない。

ケアマネジメントの一連の流れにおける留意点

※令和6年度介護予防支援事業所ケアプランチェックの指導事項抜粋

項目	内容
家族の個人情報の利用について	文書による同意を得ていない。
重要事項の説明	支援の提供開始後に重要事項等の説明を行っている。
入院時の情報提供	担当職員の氏名、連絡先を口頭で説明しているが、支援経過記録に記載がない。
基本情報・生活機能評価表	聞き取り・記載が不足している。 記載内容に誤りがある。

ケアマネジメントの一連の流れにおける留意点

※令和6年度介護予防支援事業所ケアプランチェックの指導事項抜粋

項目	内容
福祉用具の選択肢	対象福祉用具をケアプランに位置付ける際、貸与または販売を利用者が選択できることを口頭で説明しているが、支援経過記録に記載がない。
サービス担当者会議	家族の参加がない。(参加が得られない理由や家族とのやりとりの記録がない)
個別サービス計画の提出	提出を求めたことの記載がない。
医療サービスの意見	主治医の意見を得ているが、経過記録に記載がない。

ケアマネジメントの一連の流れにおける留意点

※令和6年度介護予防支援事業所ケアプランチェックの指導事項抜粋

項目	内容
ケアプランの交付	医師へ交付した記載がない。
モニタリングの実施場所	居宅ではなく、デイケアで実施している。
アセスメント・モニタリングの記録	・実施しているが、経過記録に記載がない。 ・「〇〇が適切にできている」「〇〇が良好」など、抽象的な記載になっている。
5W1Hの記載	誰と何をしたかなどの記載が不十分。

3. 運営基準等

「一部委託(受託)について」

一部委託（受託）とは

- 地域包括支援センターが行う介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務のうち、ケアプラン作成に係る一連の業務を居宅介護支援事業所に委託すること。

<委託業務の内容>

- | | |
|-----------------|---------------------------|
| (1)アセスメント | (2)介護予防サービス・支援計画書原案の作成 |
| (3)サービス担当者会議の開催 | (4)介護予防サービス・支援計画書の交付 |
| (5)サービスの提供 | (6)モニタリング |
| (7)評価 | (8)給付管理（※請求業務は地域包括支援センター） |

※一部委託をしても、その責任主体は地域包括支援センターにある。

- 一部委託の根拠法令
 - ◆介護保険法…第115条の23、47
 - ◆介護保険法施行規則…第140条の35、70
 - ◆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15条

一部委託（受託）とは

<委託可能な居宅介護支援事業所>

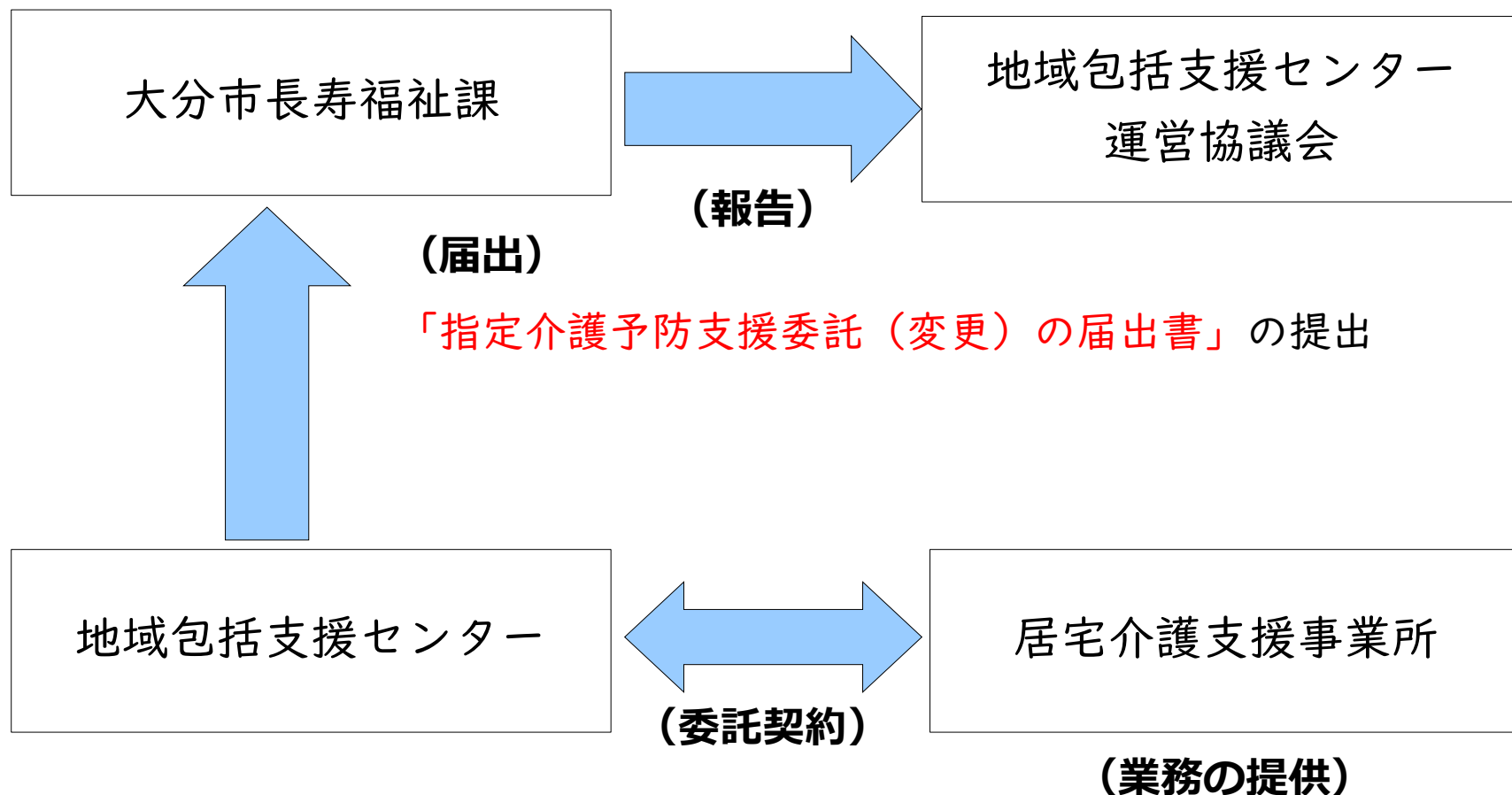
1. 下記①～③のいずれかの研修受講者
2. 事業所内で受講者より伝達を受けた介護支援専門員

- ① 大分市介護支援・サービス事業従事者合同基礎研修会
- ② 大分市介護予防ケアマネジメント新任者研修会
- ③ 大分市介護予防ケアマネジメント研修会

<委託料（大分市の基準金額）>

	介護予防支援 ケアマネジメントA			ケアマネジメントB		
	1件あたり	初回加算 または 委託連携加算 あり	初回加算 および 委託連携加算 あり	1件あたり	初回加算 または 委託連携加算 あり	初回加算 および 委託連携加算 あり
居宅介護支援 事業所	3,978円	6,678円	9,378円	3,330円	6,030円	8,730円
地域包括支援セ ンター	442円	742円	1,042円	370円	670円	970円

一部委託（受託）の流れ（事務）



一部委託（受託）業務の流れ（例）

居宅

- ・ 担当の利用者が要支援認定を受けた場合、「要支援者等連絡票」と「被保険者証の写し」を包括へ送付

包括

- ・ 「要支援者等連絡票」と「被保険者証の写し」受理
- ・ 利用者に委託の意向確認 ※包括から一部委託を依頼する場合はここから
- ・ 包括と利用者で契約締結（居宅と同行訪問）
- ・ 包括と居宅で業務委託契約締結

居宅

- ・ 「居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届」または「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」、利用者から預かった被保険者証を市に提出

包括

- ・ 市・国保連へ委託届出書等の書類提出
※委託届出書は、年度途中で新たに委託する居宅のみ記載。

居宅

- ・市より「主治医意見書」「認定調査結果」「被保険者証」を受理
- ・包括名が記載された被保険者証を利用者へ返却
※認定結果が出ていない場合は、後日市より利用者へ送付
- ・ケアマネジメントプロセス（アセスメント、ケアプラン（原案）作成）実施

包括

- ・居宅が作成したケアプラン（原案）確認
※ケアプラン変更の場合は、サービス評価表とケアプラン（変更原案）の確認

居宅

- ・ケアマネジメントプロセス（サービス担当者会議、説明・同意、個別サービス計画の提出依頼、交付）実施
- ・ケアプランの写しを包括へ提出
- ・ケアマネジメントプロセス（サービスの提供、モニタリング）実施
- ・「介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）に係る請求対象者一覧表」作成、給付実績が分かる書類とともに包括へ提出

包括

- ・介護報酬の請求

居宅

- ・ケアマネジメントプロセス（評価）実施、サービス評価表の作成

※ケアプランの期間が終了する時、利用者の状態変化等によりケアプランの変更が必要な時は、一連の業務を行い、ケアプランを作成すること。

初回加算

介護予防サービス計画を新たに作成するにあたり、新たなアセスメント等を要することを評価する加算。

状況	算定可否	補足説明
委託元(地域包括支援センター)の変更はないが、委託先(居宅介護支援事業所)が変更した場合	算定不可	委託元の地域支援センターは初めてその利用者を担当するわけではないため
要介護⇒要支援になった利用者。要介護の時から担当していた居宅介護支援事業者が引き続き担当する場合	算定可能	要支援⇒要介護になった場合も同様の取扱い
契約関係のみ存在していた利用者の給付管理を初めて行う場合。	算定可能	過去2月以上、給付管理を行っていない場合も算定可能

委託連携加算

地域包括支援センターが介護予防支援を外部の居宅介護支援事業者に委託する際の情報連携などを評価する加算

※委託を開始した日の属する月に限り、利用者１人につき１回を限度とする。

状況	算定可否
一部委託先の居宅介護支援事業所が変更になる場合、委託連携加算を算定できるか。	算定可能
委託元の地域包括支援センターが変更になる場合、委託連携加算を算定できるか？	算定可能

委託契約について

○利用者が転居することが判明した場合

➡ 居宅介護支援事業所は現在の委託元の地域包括支援センターへ連絡。

※委託元の地域包括支援センターが変更する可能性があるため。

○委託を受けた利用者を、他居宅介護支援事業所へ引き継ぐ場合

➡ 引き継ぐ前に、必ず地域包括支援センターへ連絡。

※地域包括支援センターと引き継ぎ先の居宅介護支援事業所とで委託契約が必要（利用者を含めた契約が必要な可能性もあり）なため。