

沼津市版

介護予防ケアマネジメントの流れについて

令和4年4月1日改訂

目次

1. 沼津市におけるケアマネジメントに関する基本方針	・・・・・・・・P1～2
2. 介護予防及び介護予防ケアマネジメント	・・・・・・・・P2
3. 契約	・・・・・・・・P3
4. アセスメント	・・・・・・・・P4
5. サービス担当者会議	・・・・・・・・P4～5
6. 介護予防サービス・支援計画書（原案）の作成	・・・・・・・・P5
7. モニタリング	・・・・・・・・P6
8. 給付管理	・・・・・・・・P6～7
9. 評価	・・・・・・・・P7～8
10. その他	・・・・・・・・P8

別紙1 ケアプラン日付の時系列解釈について

別紙2 提出書類一覧

1. 沼津市におけるケアマネジメントに関する基本方針

沼津市ではより良い介護保険事業の運営を目指すことを目的に、下記の通りケアマネジメントに関する基本方針を作成し、保険者と介護支援専門員等で共有しています。

1. ケアマネジメントに関する基本方針

(1) 尊厳の保持、自立した日常生活の実現

介護支援専門員等は、市民が要支援・要介護状態となった場合においても、生活上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、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう留意します。

(2) 利用者の選択に基づく多様なサービスの提供

介護支援専門員等は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自身の選択に基づき、介護保険サービス及び介護保険サービス以外の保健医療及び福祉サービス等が、多様な事業所等から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。

(3) 公正・中立の視点

介護支援専門員等は、居宅介護支援等の提供にあたり、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または事業所等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。

(4) 関係機関との連携

介護支援専門員等は、市、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等との連携に努めます。

2. ケアマネジメントの質の向上への取組

ケアマネジメントの質の向上のため、本市及び介護支援専門員等は相互の協力のもと以下の内容について取組めます。

(1) 本市は、説明会の開催等の機会を通じて介護支援専門員等への支援を行うとともに、地域ケア個別会議や研修等により、介護支援専門員等と多職種の連携・協働体制を構築します。

(2) 介護支援専門員等は、ケアプランの自己点検を実施し、自立支援の視点でケアマネジメントプロセスの再確認を行うとともに、研修等を通じて自身の資質の向上に努めます。

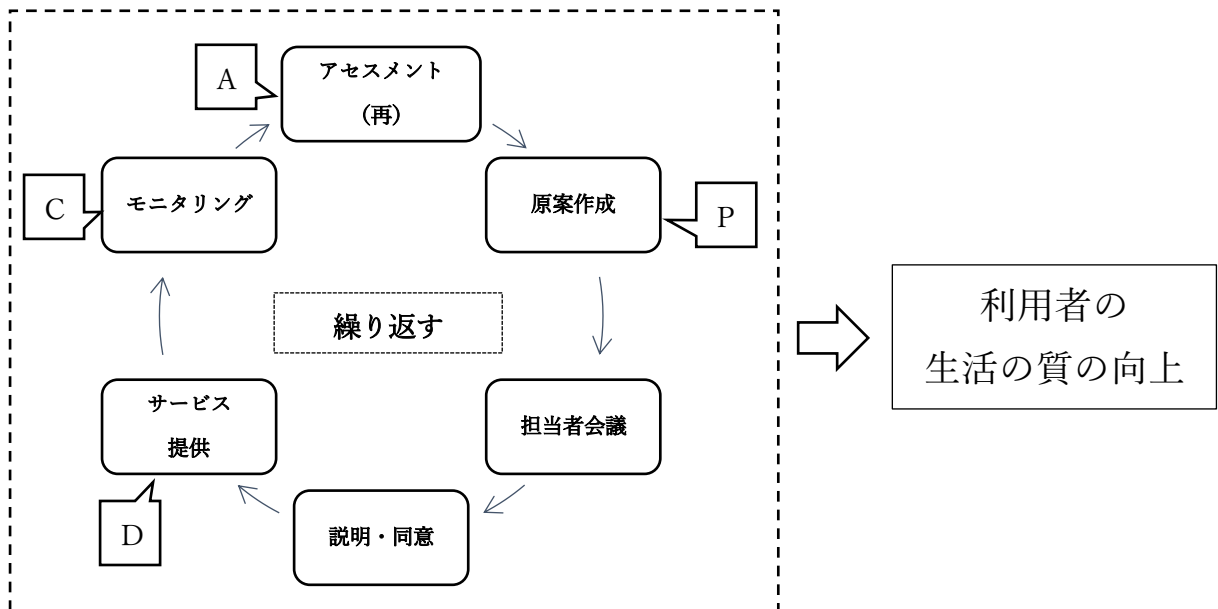
3. ケアマネジメントの過程

ケアマネジメントが目指すことは「利用者の自立支援・重度化防止を推進し、生活の質を向上させること」であり、その達成のためには、Plan（計画）⇒Do（実行）⇒Check（評価）⇒Action（修正）で構成される PDCA サイクルを意識したマネジメントを行うことが重要です。

介護支援専門員等は、その専門的知識や技術を使って利用者やその家族の意思決定

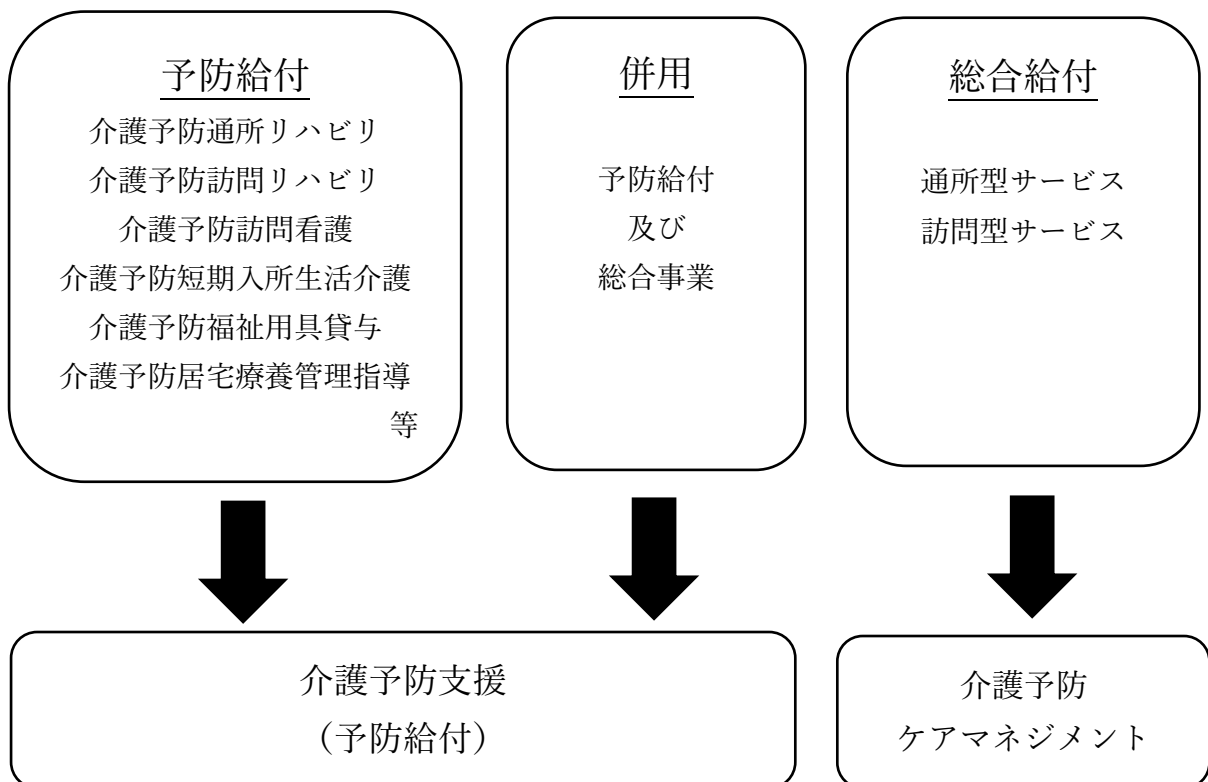
を支援し、多様な職種と連携を図りながらケアマネジメントのPDCAサイクルを円滑に回していく役割が求められています。

【ケアマネジメントにおけるPDCAサイクルのイメージ】



2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

対象者：事業対象者、要支援1、要支援2



3. 契約

介護予防ケアマネジメント（介護予防支援含む）は地域包括支援センター（介護予防支援事業所）が行いますが、その一部を居宅介護支援事業所に委託をすることができます。

ここでは、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ委託をする際の流れについて説明します。尚、契約の際は可能な限り居宅介護支援事業所同席のもとで契約を行うようにしましょう。

<関係書類等>

- ・ 契約書
- ・ 重要事項説明書
- ・ 個人情報使用同意書
- ・ 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（要支援者）
- ・ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（事業対象者）
- ・ 被保険者証
- ・ 負担割合証
- ・ 要介護被保険者等個人情報申請書
- ・ 基本チェックリスト

※提出書類一覧については別紙2参照

(1) 利用者との契約終結

- ① 包括の代表者印が押印されている契約書を2通用意。
- ② 利用者の署名・押印された契約書を1通は利用者に渡し、1通を地域包括支援センターが保管。
- ③ 利用者の署名のある「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」及び被保険者証と負担割合証を利用者から預かる。

※事業対象者の場合は「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」

(2) 市役所へ書類提出 **※ 初回の申請は必ず地域包括支援センターが担当**

要支援者

「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」及び被保険者証を介護保険課に提出する。また「要介護被保険者等情報提供申請書」及び「個人情報使用同意書（写し）」を提出し、主治医意見書・認定調査票を入手。入手した書類は写しを居宅介護支援事業所に渡し、原本を地域包括支援センターが保管。

事業対象者

「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」「基本チェックリスト」及び被保険者証を長寿福祉課に提出。

共通

被保険者証（事業所名入り）・負担割合証は写しをとったうえで利用者に返却。

4. アセスメントの実施

アセスメントとは「課題分析」のことであり、利用者の状態や生活環境などの情報を集めて総合的に分析し利用者が求めていることや抱えている課題を明確にするものです。このアセスメントがケアプランの基礎となるため適切に実施するようにしましょう。

<関係書類>

- ・利用者基本情報（任意様式可）
- ・基本チェックリスト
- ・主治医意見書
- ・訪問調査票
- ・アセスメントシート（任意様式可）

※委託の際の提出書類一覧は最終頁参照のこと

【アセスメントのポイント】

- (1) 利用者の身体機能のみならずどのような暮らしを望むのか、どうなりたいのか利用者の強みやこだわりにも着目する。あわせて家庭内や地域での関係性なども把握する。
- (2) 生活機能の低下などによる日常生活を営む上での困難さ等にも着目し、その背景や原因及び課題を抽出、分析する。
- (3) 新規認定時のみならず認定更新時及びケアプラン変更時にも実施する。

5. 介護予防サービス・支援計画書（原案）の作成

利用者自身が要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めるよう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気づき介護支援専門員等と共有できたうえで、本人のセルフマネジメントを推進していく視点で介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という）の作成を進めていきましょう。また、利用者が自分の課題に気づき、そこから「したい」「できるようになりたい」という意欲につなげ、実現可能な目標を設定し、目標達成に向け、具体的に取り組む事象への理解を深め、行動できるよう支援することが大切です。

<関係書類>

- ・ケアプラン
- ・サービス利用表
- ・サービス利用表別表

【作成のポイント】

- (1) 計画期間は最長 12 か月とする
- (2) 明らかとなった課題の解決に向け、利用者の生活に対する意向も踏まえた具体的な目標や具体策、サービスの決定を行う
- (3) 利用者に関わる加算はケアプランに記載する
- (4) 利用者、家族に目標と具体策についての説明を行い、合意を得る

委託の場合

- (1) 地域包括支援センターにケアプラン（原案）の確認を依頼する
- (2) 地域包括支援センターは、ケアプラン（原案）の確認後、年月日等を記入し、居宅介護支援事業所に渡す

6. サービス担当者会議

サービス担当者会議は多職種間での認識のズレをなくすための目線合わせの場であり、利用者とその家族に支援の方向性について理解してもらうために非常に重要な場となります。計画・認定更新時だけでなく様々な場面で活用していきましょう

<関係書類>

- ・ケアプラン
- ・支援経過記録（サービス担当者会議の要点）

【サービス担当者会議のポイント】

- (1) サービス担当者会議への参加者は本人、家族等や主治医、サービス提供事業者、必要に応じて民生委員や地域住民、関係機関等の参加も依頼する
- (2) ケアプラン（原案）について説明し、意見等を集約、必要な修正や追加を加えケアプランを決定する
- (3) ケアプランに位置づけた目標は、計画終了時に目標の達成度などの評価を行うことを確認しておく
- (4) サービス担当者会議にて決定したケアプランに署名（自筆が望ましい）をもらいサービス提供事業所等に交付する。（原本は包括にて保管）
※日付の時系列解釈については別紙参照のこと

- (5) 記録は介護予防支援経過記録又はサービス担当者会議の要点に記載する
- (6) 地域包括支援センターは状況に応じ参加する

7. モニタリング

モニタリングの目的は、計画の実施状況についての確認と課題や目標に対する評価、そして利用者のニーズの変化に気づきサービスのズレがないよう計画の微調整をすることです。

利用者の心身状況は一定ではなく日々変化していくため、必要としている支援も変化していきます。このようなズレを定期的に確認・修正していくことで常に利用者のニーズに沿った支援を行うことが可能となります

<関係書類>

- ・ケアプラン
- ・支援経過記録

【モニタリングのポイント】

- (1) ケアプランに位置づけられたサービスが適切に提供されているか、利用者及びその家族に新たな課題が発生していないか等を確認する。
- (2) 確認にあたっては、サービス事業所等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者の状況等を確認するとともに、個別計画表の入手、確認を行い、少なくとも1か月に1回はモニタリングを実施、その結果を記録する
- (3) 3か月に1回は訪問を行い、利用者・サービス提供状況を把握する。
- (4) 訪問しない月でも利用者の状況に変化があった場合は、利用者宅を訪問し確認を行う
- (5) ケアプランの見直しが必要であれば、4～6の手続きにより変更を行う

8. 給付管理

サービス事業所が介護給付費の支払いを受けるためには、必ず介護支援専門員等が作成する「給付管理票」との突合が必要となります。仮に給付管理票に間違いがあり、事業所が提出した明細書と内容が一致しなければ、サービス事業所側に落ち度はなくても差し戻しとなります。その場合、訂正を行って改めて請求をしたとしても、介護給付費の支払い月は後ろにずれることになり、サービス事業者にとっては損害となる恐れもあり、信頼関係にも影響が及びかねません。間違いを防ぐためにも、予定されたサービスが変更になった場合の連絡方法などの取り決めをしておきましょう。

<関係書類>

- ・委託実績確認票
- ・サービス利用票及び別表
- ・沼津市介護予防・日常生活支援総合事業報酬請求マニュアル

【給付管理のポイント】

- (1) サービス事業所から提出された「サービス提供票及び別表」を利用者ごとに分類し利用者に確認した実績と突合のうえ、国保連請求データを作成、10日までに請求をする

委託の場合

- (1) サービス利用票及び別表に実績を記載し「委託実績確認票」を作成のうえ写しをとり、地域包括支援センターが余裕をもって請求できる日時までに提出する
- (2) 居宅介護支援事業所から送られてきた「委託実績確認票」「サービス利用表及び別表」をもとに国保連請求データを作成し、毎月10日までに提出する
- (3) 請求についての不明な点については、沼津市介護予防・日常生活支援総合事業請求マニュアルを確認のうえ、担当の地域包括支援センターに確認する

※直接市に確認はしない

9. 評価

介護支援専門員等は、サービス事業者からの報告をもとに計画期間が終了するとき利用者の状態を評価します。その目的は、設定された目標が達成されたかどうかを確認するとともに必要に応じて今後のケアプランを見直すことにあります。

評価の際は、サービス事業者が行う事前・事後のアセスメントの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化等を把握し、生活機能全体に関する評価を行うようにしましょう。

<関係書類>

- ・介護予防サービス・支援評価票
- ・支援経過記録

【評価のポイント】

- (1) サービス事業者から得た事後アセスメント等の情報をもとに、利用者と面接を行い、その状況を踏まえ、表1 評価表項目一覧のようにサービスにつなぐ又は終了等の対応方針案を決定し、介護予防サービス支援評価表を作成する
- (2) 継続する場合は、評価の結果をもとに再アセスメントを行い、ケアマネジメントプロセスに沿ってマネジメントを実施すること

委託の場合

- (1) 介護予防サービス支援計画表の原本は地域包括支援センターに提出する。その際、当該計画期間に係る経過記録も併せて提出する
- (2) 居宅介護支援事業所の作成した「介護予防サービス支援評価表」及び「経過記

録」をもとに、今後の方針について検討を図ること。確認した担当者は、年月日、地域包括支援センター意見等を記入し、居宅介護支援事業所に写しを渡す

表1 評価項目一覧

評価票項目	項目内容
プラン継続	ケアプラン継続中に一時的な入院等があり、利用が中断され、退院後も本人の状態や以降の変化がなく改めて同じケアプランの目標、内容を実施する場合など
プラン変更	達成可能な目標の再設定、再設定した目標を達成するためのサービス種類や機関の変更をする場合など
終了	サービスが不要になり、介護予防のケアプランを作成する必要がない場合

10. その他

(1) 介護予防支援業務の委託が終了した時は、居宅介護支援事業所が所持する、主治医意見書（写）、認定調査結果（写）介護保険被保険者証（写）利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン（写）介護予防支援経過記録、介護予防サービス・支援評価表（写）を地域包括支援センターへ提出してください。ただし、要支援から要介護になった場合はその限りではありません。

(2) 地域包括支援センターは利用者に対する介護予防支援の提供に関わる記録を整備し、利用者との契約が完結した日から2年間保存するようにしてください。

別紙1

ケアプラン日付の時系列解釈について

- (1) ケアプランの日付については、数字を揃えるのではなく「流れ」を揃えるようにすること。(意図的に数字を揃える必要はない)
- (2) 契約や地域包括支援センターにコメントをもらうことが時間的に厳しい場合には、事前に利用者、家族または包括に連絡し、口頭で意思の確認の上、後日口頭確認日の日付を記入することが可能。ただし、その内容について経過記録に必ず記載すること。
- (3) 居宅（介護予防）サービス計画作成（変更）届出書の提出については、契約日またはサービス利用初月の1日など、サービス利用日までに届け出ること

揃えるのは「日付」ではなく「流れ」

① 契約（日）



② 計画原案作成（日）



③ 包括コメント（日）



④ サービス担当者会議



⑤ 利用者・家族同意（日）



⑥ サービス利用開始

※すべて同じ日になることもないわけ
ではないが、意図的に数字を揃える
必要はありません

別紙2

提出書類一覧（委託時）

1. 初回・認定更新時

確認	書類
	介護保険被保険者証
	負担割合証
	主治医意見書
	認定調査票
	利用者基本情報
	基本チェックリスト
	ケアプラン
	サービス利用票・別表

2. 評価・ケアプラン更新時 ※ケアプラン期間終了時

確認	書類
	介護予防サービス・支援評価表
	介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の記録含む）
	基本チェックリスト
	ケアプラン

3. サービスの変更時 ※サービスの追加・変更時

確認	書類
	介護予防サービス・支援評価表
	利用者基本情報（変更があった場合）
	基本チェックリスト
	ケアプラン
	サービス利用票・別表
	介護予防支援経過記録

