

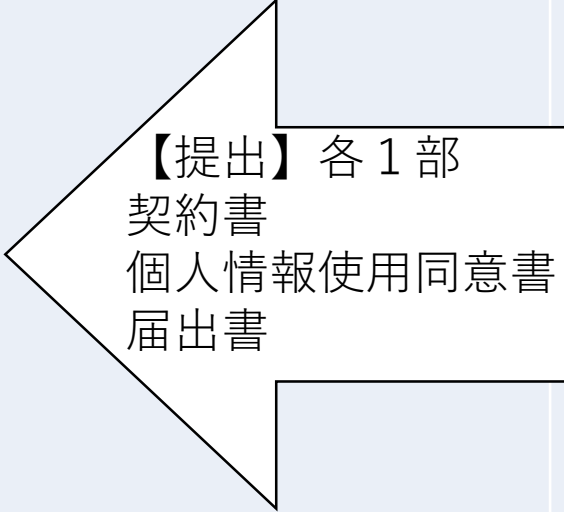
介護予防支援と介護予防ケアマネジメント 業務の流れ

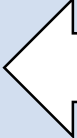
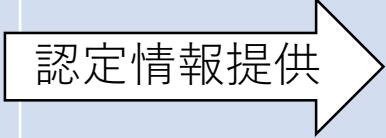
(Ver.20200206)

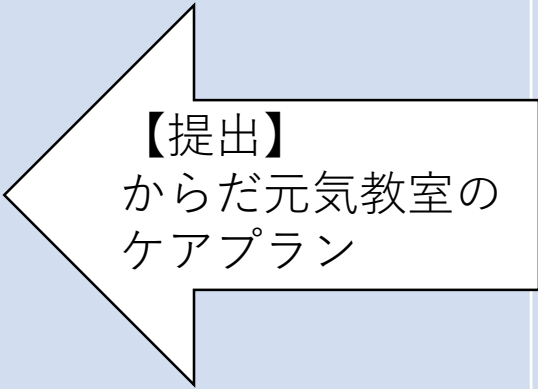
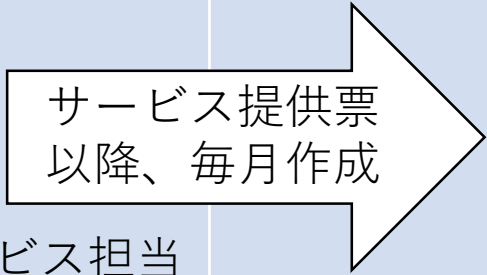
荒尾市地域包括支援センター：令和2年2月作成（令和6年4月修正）

はじめに

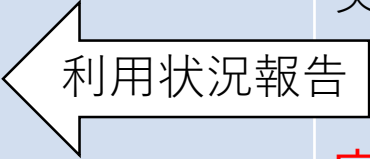
- これは、荒尾市の事業対象者や要支援認定者のケアマネジメントを行う場合の基本的な流れです。
- 利用者を担当することになったら、この冊子を確認しながら適切に業務を実施してください。
- 介護予防のケアプラン様式（A3サイズ）の書き方は、**市ホームページに掲載している「介護予防ケアプランの書き方」**を確認してください。
- “事業対象者”のケアマネジメントは、令和5年度から一部簡略化しています。詳細は8ページを確認してください。
- 介護予防支援事業所の指定を受けて介護予防支援を行う場合は流れが異なります。指定の手続きを取る前に、荒尾市役所介護保険係又は地域包括支援センターに確認・相談してください。

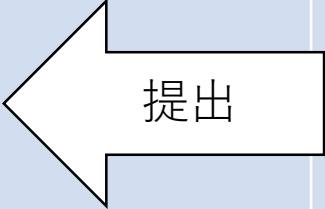
業務	荒尾市地域包括支援センター (以下「包括」という。)	居宅介護支援事業所 (以下「居宅」という。)	サービス提供 事業所
① 本人家族、関係 機関からの支援 依頼受付		支援依頼を受け付ける。 ✓ 担当できない場合は、別冊「 自分の事業所 で担当できない場合の対応手順 」に沿って 対応する。	
② 本人との契約締 結	 <p>【提出】各1部 契約書 個人情報使用同意書 届出書</p>	包括が作成した書類を使って契約を結ぶ。 【使用する書類】 ◆ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメ ントに関する契約書：3部 ◆ 個人情報使用同意書：2部 ◆ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメ ント業務の実施方法等について：1部 ◆ 介護予防支援計画作成・介護予防ケアマ ネジメント依頼（変更）届出書：1部	
③ システムへの情 報登録	届出書の提出を受け、居宅が システムで業務ができるよう、 対象者のデータを登録する。		

業務	荒尾市地域包括支援センター (以下「包括」という。)	居宅介護支援事業所 (以下「居宅」という。)	サービス提供 事業所
④ 介護保険認定情報 の開示請求	 【提出】開示申請書 開示申請書を受け付け、認定 情報を開示する。	包括窓口で開示申請書を記入し、提出する。  認定情報提供	
⑤ アセスメントの 実施とケアプラン などの作成		本人との面談などを通してアセスメントを 行い、利用者基本情報、基本チェックリス ト、ケアプランなどを作る。	
⑥ ケアプランの事 前確認 ✓ 初回作成時のみ ✓ 以下の場合も <u>「初回」</u> です。 <ul style="list-style-type: none"> 要介護から要支 援や事業対象者 となった。 認定切れから要 支援や事業対象 者となった。 	ケアプランなどを確認し、コ メントを作成。システム内に 保存する。	包括のシステムを使って、利用者基本情報、 基本チェックリスト、ケアプランを作成し たら、電話で、事前確認（コメント）を依 頼する。 【依頼期限】 コメント受け取り希望日の3営業日前まで <u>（例えば月曜に受け取りたいなら、前の週 の水曜まで）</u> ※ からだ元気教室のみ利用の場合は、ケアプ ランが独自様式なので、事前確認(コメン ト)の依頼不要。	

業務	包括	居宅	サービス提供事業所
⑦ サービス担当者会議の開催	 <p>【提出】 からだ元気教室のケアプラン</p>	<p>コメントを基に、必要に応じてケアプランを修正した上で、書類を準備してサービス担当者会議を開催する。 サービス担当者会議で、支援内容について本人に同意をもらう。</p> <p>サービス担当者会議の内容をサービス担当者会議の要点に入力する。 ※ からだ元気教室のケアプランは独自様式のため、同意を得たケアプラン(コピー可)を包括に提出する。</p>	<p>サービス担当者会議への参加。</p>  <p>サービス提供票以降、毎月作成</p>
⑧ 本人やサービス利用の状況、目標達成状況などの確認		<p>少なくとも3か月に1回は本人面談、それ以外の月は電話などで状況を確認する。</p> <p>支援期間の概ね中間月（支援期間1年なら6か月目）には目標の達成状況も確認する。</p> <p>訪問や確認した内容は、その都度支援経過記録に入力する。</p>	<p>本人へのサービス提供。 ケアマネなどへの報告。</p>

業務	包括	居宅	サービス提供事業所
⑨ 包括へのサービス利用実績提出 (システムへの実績登録) ✓ 毎月	請求業務	利用状況の確認。 システムへの実績登録。 【登録期限】 包括が指示する締切日まで ✓ 別紙「各種提出×切一覧」参照。	居宅への利用実績の報告。 家事おたすけ隊とからだ元気教室(通所型サービスC)の実績は包括でまとめて受け取った後、包括から居宅に配布
⑩ 評価 ✓ ケアプラン支援終了月		本人と面談し、生活状況や目標達成状況を基にケアプランの評価を行う。 評価内容をサービス評価表に入力する。	
⑪ 次期ケアプランの作成		以降もケアプランの作成が必要な場合は、「⑩」の評価とアセスメントを基にケアプランを作成する。以降、「⑦」～「⑪」の繰り返し。	



業務	包括	居宅	サービス提供事業所
⑫ 支援終了 ✓ サービス利用が不要になった。 ✓ 要介護になった。 ✓ 担当を別の居宅介護支援事業所に引継いだ。 ✓ 死亡、転出	保存・管理 	ケアプランの評価と支援経過記録を入力し、以下の物があれば包括に提出する。 【提出物】 ◆ 福祉用具貸与の決定通知のコピー（なければ不要） ◆ 住宅改修や福祉用具購入に関する書類（なければ不要） そのほかの書類等は居宅で廃棄する。	

事業対象者の介護予防ケアマネジメントについて

【注意点】

「要支援1」、「要支援2」の認定を受けている人は、利用サービスの種類に関わらず、これまでどおりのケアマネジメント業務を行ってください。

【簡略化する部分】

※ ここに書いていない業務（作業）は、「これまでどおりする必要がある」ということで御理解ください。

- ケアプランは「簡易版計画書」で作成してください。当センターから提供しているシステム（will）で作成できます。
ケアプランの期間はこれまでどおり最長1年としますので、サービス開始月から1年以内で簡易版計画書の「評価」欄の予定月を入力してください。
- 新規ケアプランの事前のコメント依頼（電話）は不要です。
ただし、居宅届出書に基づいてシステム（will）内でケアプランの確認を行います。総合事業サービスの種別等に疑義や不適切な点があった場合に、当センターから担当のケアマネに説明を求める場合があります。
- サービス担当者会議は以下のとおり行ってください。

①初回	本人、担当ケアマネ、サービス事業所等関係者を集めて行う。
②ケアプラン見直し時	サービス内容が変わらなければ、本人と担当ケアマネで実施。ただし、事前にサービス事業所から電話等で意見を聞いておく。後日、新しいケアプランを関係者に交付する。
③サービス追加時 ※2パターンあります	すでに利用している事業所に、これまで行っていなかった支援を追加してもらう場合は、電話等で事前に内容をサービス事業所と調整した上で、会議は本人と担当ケアマネだけで実施。後日、新しいケアプランを関係者に交付する。 新しく支援するサービス事業所が追加される場合は、その事業所と本人、担当ケアマネで実施。後日ほかの事業所に新しいケアプランを交付する。
④事業所変更時	現在実施している支援と同じ内容を、違う事業所に変更して行う場合は、変更後の事業所と本人、担当ケアマネで実施。ほかの事業所には、どこの事業所が変わったかを連絡する。

※ 「②」～「④」の場合も、関係者を集めて行うことを禁止するものではないので、必要に応じてサービス事業所等に出席を依頼してください。

- モニタリング（本人宅を訪問しての状況等の確認）は、年1回（評価・再アセスメント時）とします。状態変化が多い人など、ケースに応じて年1回のモニタリング以外に訪問や電話連絡などでより頻回に状況確認をしても構いません。何かあったらサービス事業所から連絡が来るようにするなど、本人の変化を逃さないような体制は作っておきましょう。
- 評価は、簡易版計画書に書いた「予定月」に行い、実施日と評価内容（目標達成の具体的な状況）を簡易計画書の右端に入力してください。サービス評価表の入力は不要です。
- ケアプランの目標は、毎回変更して本人の活動を広げていくようにするのが望ましいですが、「すでに自分でできていることが多い」とか「超高齢で今行っていることの継続で精一杯」といった状況で活動を広げていくことが難しい場合は、前のプランの目標を継続しても構いません。
- 委託料は、4,420円/件・月で原則的な介護予防ケアマネジメントと変わりません。

【参考】

原則的な介護予防ケアマネジメント（通常のやり方）と簡略化した介護予防ケアマネジメントの比較

原則的な介護予防ケアマネジメント 対象：要支援1、要支援2	簡略化した介護予防ケアマネジメント 対象：事業対象者
① 対象者のアセスメント	① 対象者のアセスメント
② ケアプラン原案作成	② ケアプラン原案作成（簡易版計画書）
③ サービス担当者会議の開催 （ケアプランの確定・交付）	③ サービス担当者会議の開催 （ケアプランの確定・交付）
④ サービス利用開始	④ サービス利用開始
⑤ モニタリング （少なくとも3か月に1回は自宅訪問にて面談）	⑤ サービス評価 （モニタリングを兼ねる）
⑥ サービス評価	⑥ 再アセスメント
⑦ 再アセスメント	⑦ 次期ケアプラン原案作成（簡易版計画書）
⑧ 次期ケアプラン原案作成	⑧ 次期ケアプラン原案作成（簡易版計画書）
※ 以下、支援終了まで③～⑧を繰り返す。	※ 以下、支援終了まで③～⑦を繰り返す。