介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等

**【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者】**

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 担当者（介護支援専門員）氏名 |  |

**【介護予防サービス・支援計画の作成について】**

1. 担当者は、介護予防サービス・支援計画（以下「ケアプラン」という。）の原案作成に当たり、次の点に配慮します。
2. 利用者の居宅を訪問した上で利用者とその家族と面談を行い、利用者が有する生活機能や健康状態、置かれている環境等を十分に理解した上で、生活機能の低下の原因など利用者が抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、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すべき課題を把握すること。
3. 利用者が目標とする生活、その目標を達成するための支援の留意点や本人を含む関係者が行うべき取組内容、期間を明記したケアプランの原案を作成すること。
4. 当該地域におけるサービス事業者等に関する情報を、特定の事業者のみを有利に扱うことなく、適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めること。
5. 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求め、その指示がある場合には、これに従うこと。
6. 地域社会との交流を深め、利用者の社会参加を積極的に促進するよう努めること。
7. 担当者は、作成したケアプランの原案について、サービス担当者会議を開催し、サービス事業者等と、利用者の状況等に関する情報を共有した上で、当該事業者等から、専門的な見地からの意見を求めます。
8. 担当者は、ケアプランの原案に位置付けたサービス等について、保険給付や総合事業の対象となるかどうかを区分した上で、原案の内容について利用者やその家族に説明し、同意を確認します。
9. 担当者は、同意を得たケアプランを利用者とサービス事業者等に交付します。

**【サービス実施状況の把握、評価について】**

1. 担当者は、ケアプラン作成後も利用者やその家族、サービス事業者等と継続的に連絡をとり、ケアプランの実施状況の把握に努めるとともに、少なくとも３か月に１回（事業対象者においては１年に１回）は利用者の居宅を訪問して利用者やその家族との面談によって状況を把握し、目標に沿ったサービスが提供されるようサービス事業者等との調整を行います。
2. 担当者は、サービス事業者等から利用者に関する情報提供を受けた際、必要な情報を、利用者の同意を得て主治の医師や歯科医師、薬剤師に提供します。
3. 担当者は、ケアプランに位置付けた期間の終了月に利用者の居宅を訪問して利用者やその家族と面談し、目標の達成状況等を評価します。
4. 担当者は、利用者が要介護認定を受けた場合には、居宅介護支援事業所の選定に必要な支援を行います。また、利用者が選定した居宅介護支援事業者に対して、利用者の同意を得た上で、利用者に関する情報を提供します。

**【ケアプランの変更について】**

担当者がケアプランの変更が必要と判断した場合は、担当者と利用者双方の合意の上で、この「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等」の手順に従ってケアプランの変更を実施します。

**【給付管理について】**

担当者は、前月のサービス等の利用実績を確認し、荒尾市地域包括支援センター（以下「センター」という。）に報告します。

**【要介護認定等の協力について】**

1. 担当者は、利用者の要支援認定の更新申請（基本チェックリスト申請による更新代替を含む）や状態の変化に伴う区分変更の申請、事業対象者における要介護又は要支援認定の新規申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。
2. 担当者は、利用者が希望する場合は、要介護又は要支援認定の申請を利用者に代わって行います。

**【相談対応について】**

　担当者は、利用者やその家族、利用者に関わる地域住民、サービス事業者等から相談があった場合は、その相談を受け、利用者が在宅生活を継続できるように必要な対応行います。

　なお、必要な対応が介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの範囲外に及ぶ場合は、適切な相談先や機関につなぎます。