

介護予防ケアマネジメント事務マニュアル



令和2年11月

平戸市福祉部長寿介護課

目 次

第1	介護予防・日常生活支援総合事業	
1	介護予防・日常生活支援総合事業とは	2
2	平戸市の総合事業	2
第2	介護予防ケアマネジメント	
1	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	5
2	介護予防ケアマネジメントの実施主体	5
3	介護予防ケアマネジメントの種類とサービス	5
4	基本チェックリストについて	7
第3	相談受付からサービス利用までの流れ	
1	総合事業利用フローチャート	12
2	総合事業利用の手順	13
第4	報酬及び請求	
1	介護予防ケアマネジメントの単価・加算	20
2	初回加算の取扱い	20
3	介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の関係	20
4	サービス事業費の日割り請求	21
5	総合事業と要介護認定について	21
6	住所地特例対象者の取扱い	21
第5	参考資料等	22
第6	介護予防ケアマネジメントに関する様式	23
	参考：平戸市におけるケアマネジメントに関する基本方針	34

第1 介護予防・日常生活支援総合事業

1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっています。

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

総合事業では、① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化を図られることを目指しています。

介護保険法第4条第1項では、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」とされています。

（厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋）

2 平戸市の総合事業

（1）趣旨

平戸市では平成29年4月から、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業からなる総合事業を実施しています。

この事業では、要支援者等に対して、要介護状態の予防・軽減・悪化防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、その能力を最大限生かしつつ、生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、活動的で生きがいのある生活を送るこ

とができるように支援することを目的としています。

また、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、介護予防事業所による専門的なサービスに加え、住民主体の支援等の多様なサービスや一般介護予防事業の充実を図り、市独自の施策や民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、地域の支えあいの体制づくりを推進することを目的としています。

(2) 事業概要

(ア) 介護予防・生活支援サービス事業

対象者：①要介護認定により要支援1・2の認定を受けた者

②基本チェックリストにより生活機能が低下しており、総合事業対象者と判断された者（65歳以上）

事業	内容	種類
訪問型サービス	ホームヘルパーが居宅を訪問し、生活援助のみ、又は身体介護・生活援助を行います。シルバー人材センターが、支援が必要な人の買い物など生活援助を行います。	訪問介護相当サービス
		訪問型サービス A (緩和した基準によるサービス)
		訪問型サービス B (シルバー人材センターによるサービス)
通所型サービス	通所介護事業所等で、日常生活上の支援や生活行為向上のための支援を行います。	通所介護相当サービス
		通所型サービス A [入浴除く] (緩和した基準によるサービス)
		通所型サービス C (短期集中サービス)
その他の生活支援サービス	栄養改善及び見守りを目的とした配食サービスを行います。	「食」の自立支援事業
介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターや居宅介護支援事業者が、要支援者等の依頼を受けて、介護予防や日常生活支援のため、要支援者等の状態等にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、相談対応やケアプランを作成するなど必要な支援を行います。	

(イ) 主な一般介護予防事業

対象者：65歳以上のすべての高齢者とその支援のための活動に関わる者

事業	内容
住民主体の通いの場	地域の公会堂等において、週に1～2回程度「平戸よかよか体操」（筋力アップ運動）などを行いながら、高齢者同士の交流・ふれあい・助け合いの場を展開します。
いきいきサロン	住み慣れた地域でいきいきとした生活を送られるよう運動や研修、趣味などの活動の場を設け、高齢者の生きがい対策を行います。
介護予防等に関する出前講座	高齢期の健康づくりや認知症予防などについて、各地区等に出向いて実技指導や講話等を行います。
地域を支えるサポーター養成講座・連絡会	地域住民が自らの介護予防を実践しながら、高齢者の生活支援や介護予防の担い手として活躍するための養成講座等を行います。
介護支援ボランティアポイント事業	通所型及び訪問型ボランティア活動を実施する人に対し、ボランティアポイントを付与することにより、高齢者その他地域住民の社会参加活動を通じた介護予防に資する地域の活動を支援し、生き生きとした協働によるまちづくりを推進します。

第2 介護予防ケアマネジメント

1 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

「平戸市におけるケアマネジメントに関する基本方針」を定めています。(31 ページ参照) 総合事業による介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成するものです。

要支援者で、予防給付によるサービスを利用するケースについては、予防給付の介護予防サービス計画費が支給されます。要支援者等で、予防給付によるサービスの利用がないケースについては、本介護予防ケアマネジメントが行われます。

2 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントの実施主体は、地域包括支援センター及び地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所です。

居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時やサービス担当者会議に地域包括支援センターが立ち会うように努めるとともに、ケアプランに対しての関与や連携体制を取ること、プラン作成後のフォローとして地域ケア会議等を活用しつつ、そのすべてに関与します。

3 介護予防ケアマネジメントの類型とサービス

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型とサービスの関係

類型	サービス
介護予防支援	<p>○介護予防サービスのみ</p> <p>○介護予防サービスとサービス事業の併用</p> <p>※介護予防サービスとサービス事業を併用する場合は、区分支給限度額の範囲内で一体的に給付管理を行います。</p> <p>(特定介護予防福祉用具購入と介護予防住宅改修は区分支給限度額の対象外なので、ここには該当しません。)</p>
介護予防ケアマネジメント A	<p>○訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス</p> <p>○訪問型サービス A・通所型サービス A</p> <p>○通所型サービス C</p> <p>※特定介護予防福祉用具購入とサービス事業を併用する場合、又は介護予防住宅改修とサービス事業を併用する場合、又は介護予防居宅療養管理指導とサービス事業を併用する場合はここに該当します。</p>
介護予防ケアマネジメント C	<p>○訪問型サービス B、食の自立支援事業等</p>

介護予防ケアマネジメント類型の概要

種類	ケアマネジメント A	ケアマネジメント C
性格	原則的なケアマネジメント 介護予防支援と同一	緩和した基準によるサービス
サービス	現行相当サービス及び サービス A、通所型サービス C	訪問型サービス B、食の自立支援事業 一般介護予防事業、民間の配食事業 地域住民による生活支援等
ケアプラン	従来 of 厚労省方式 (介護予防 サービス・支援計画書)	従来 of 厚労省方式で網掛け部分は省略できる様式
ケアマネジメントに係る 必須様式	介護予防サービス・支援計画 書、利用者基本情報 基本チェックリスト	介護予防サービス・支援計画書 (ケア マネジメント結果等記録表)、利用者 基本情報、 基本チェックリスト
サービス 担当者会議	する	しない ※ただし、訪問型サービス B のみ実施する。
モニタリング	3 か月毎に訪問する	しない
評価	する	する ※年に 1 回、訪問型サービス B と食の自立支援事業のみ実施する。

4 基本チェックリストについて

総合事業においては、事業対象者の基準に該当するかどうかの手続きとして、介護保険法施行規則で定められている「基本チェックリスト」を活用することとされています。

厚生労働省が定める「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」の様式1「基本チェックリスト及び事業対象者に該当する基準」及び様式2「基本チェックリストについての考え方」において定められている関連様式を、要支援認定の更新時に順次活用していきます。

基本チェックリスト及び事業対象者に該当する基準

様式 1

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるますか	1. はい	0. いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする

①	様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12に限る。) とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5未満の場合をいう。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

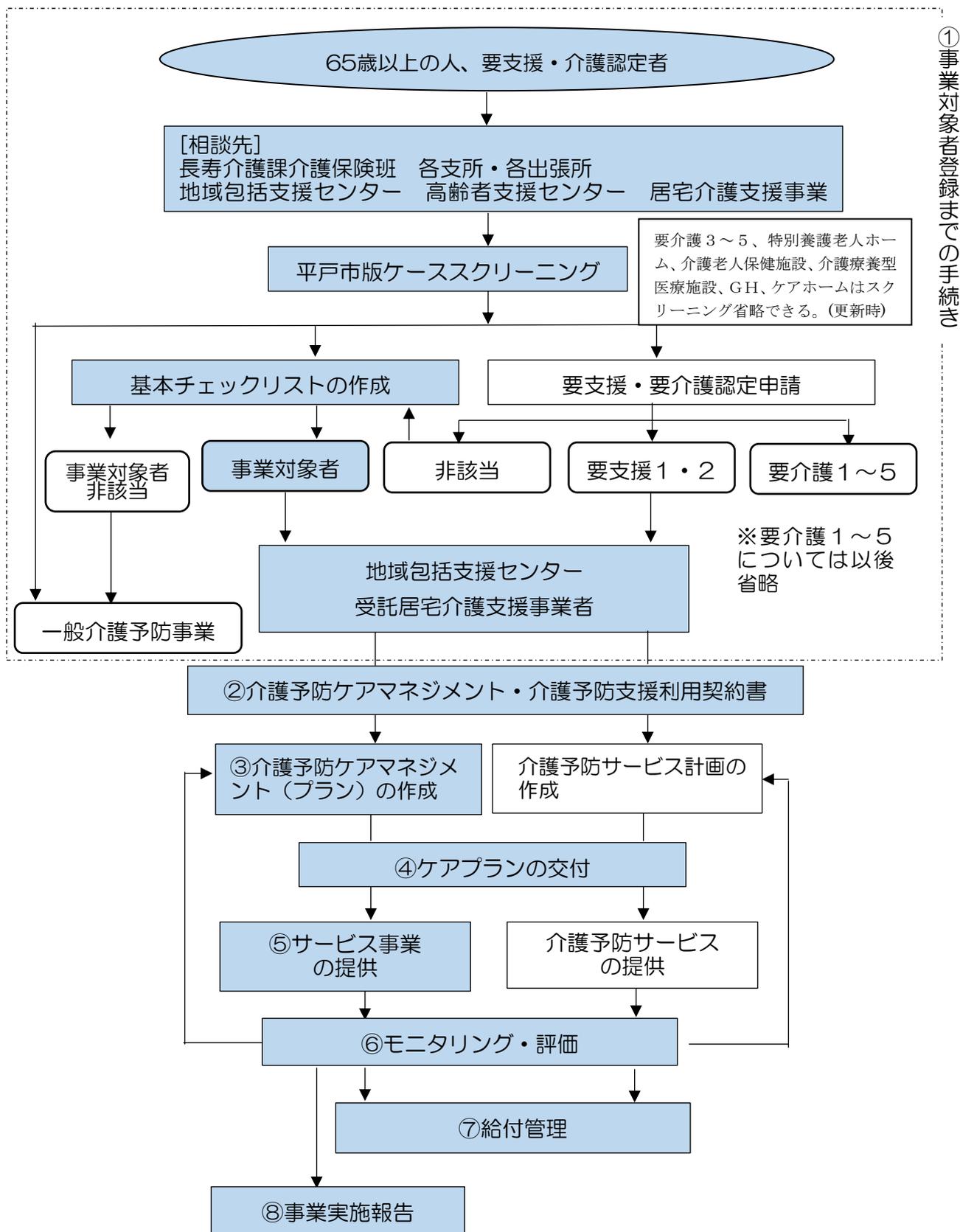
- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

第3 相談受付からサービス利用までの流れ

1 総合事業利用フローチャート



2 総合事業利用の手順

① 事業対象者登録までの手続き

→総合事業利用手続きフローチャート①を参照（12頁）

【平戸市版ケーススクリーニングの活用】

長寿介護課介護保険班、各支所・各出張所、地域包括支援センター、高齢者支援センター、居宅介護支援事業者の窓口において、来所者から相談の目的や希望するサービスを聞き取り、要介護認定申請が必要かどうかの目安として「平戸市版ケーススクリーニング」を実施します。

要介護認定申請が必要な場合は認定申請をしてもらいます。要介護認定の必要性が低い場合は、基本チェックリストを実施して事業対象者に該当するか確認します。

また、必要に応じて、地域包括支援センターや高齢者支援センター、居宅介護支援事業者が訪問等を行い、相談者の生活状態や環境等を確認します。

利用者は依頼する居宅介護支援事業者を決定し、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を記入します。

総合事業対象者の申請をする場合は、下記の必須様式を地域包括支援センターに提出します。居宅介護支援事業者等は申請代行することができます。

※ 第2号被保険者については、特定疾病が原因で要介護状態等となった場合に介護保険の対象となるため、要支援認定が必要です。

<総合事業のみの利用の必須様式>

「平戸市版ケーススクリーニング」

「基本チェックリスト」

「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（初回のみ）

※必要時「委任状」

【被保険者証の交付】

地域包括支援センターは、サービス事業にかかる「平戸市版ケーススクリーニング」、「基本チェックリスト」、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を受領後、利用者へ被保険者証を交付します。

交付事務は、原則、毎月10日、20日、30日を締め切り日として行います。

② 利用契約 →総合事業利用手続きフローチャート②を参照（12 頁）

受託居宅介護支援事業者・地域包括支援センター（以下、受託介護支援事業者等）が利用者宅を訪問し、利用者の同意を得た上で、契約の締結を行い、介護予防ケアマネジメントを開始します。

＜必要書類＞

「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援利用契約書
（重要事項説明書を含む）」

③ ケアプラン原案作成 →総合事業利用手続きフローチャート③を参照（12 頁）

【アセスメント（課題分析）、ケアプランの原案作成】

利用者宅を訪問し、利用者・家族等と面接してアセスメント（課題分析）を行います。心身機能・活動・参加に着目し、より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」などを利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換

していく作業が必要です。（「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」参照、15 ページ）

アセスメント結果により、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識して利用者自身でも評価できる具体的な内容・表現の目標となるように設定します。

必要な支援について利用者と調整する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成します。

ケアマネジメント A (現行相当サービス、サービス A、サービス C)	介護予防サービス・支援計画表を作成
ケアマネジメント C (訪問型サービス B、食の自立支援事業等)	介護予防サービス・支援計画表(但し網掛け部分は省略できる様式)を作成

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<p><u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする</p>
<p><u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p><u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p><u>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活)</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p><u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p><u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p><u>知識の応用(判断・決定)</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りなどへの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

【サービス担当者会議の開催】

ケアマネジメントA、C（訪問型サービスB利用時）においては、サービス担当者会議を開催します。ケアマネジメントCにおいては、サービス担当者会議を省略しますが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有する必要があります。

ケアマネジメント A (現行相当サービス、サービスA、サービスC)	サービス担当者会議は必要
ケアマネジメントC (訪問型サービスB)	サービス担当者会議は必要
ケアマネジメントC (食の自立支援事業等)	サービス担当者会議は不要

【地域包括支援センターによる「介護予防サービス・支援計画表」の原案確認・提出】

→総合事業利用手続きフローチャート③を参照（12頁）

地域包括支援センターによる「介護予防サービス・支援計画表」の原案確認については以下のとおりです。

新規事業対象者	従来からの新規・区分変更等要支援認定者の対応どおり、地域包括支援センターがサービス担当者会議に参加し、「介護予防サービス・支援計画表」の確認を行う。
更新事業対象者	従来からの更新要支援認定者の対応どおり、「介護予防サービス・支援計画表」の原案もしくは担当者会議後の計画表を地域包括支援センターが窓口で確認する。

原案確認後、受託居宅介護支援事業者は「利用者基本情報」、「介護予防サービス・支援計画表」、「介護予防支援経過記録」（更新時）、「介護予防支援サービス評価表」（更新時）を地域包括支援センターに提出します。

④ ケアプランの交付 →総合事業利用手続きフローチャート④を参照（12頁）

【ケアプランの交付】

受託居宅介護支援事業者等は、サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得ます。利用者及びサービス事業所に「介

介護予防サービス・支援計画表（写し）」、「利用者基本情報（写し）」、「基本チェックリスト」を交付します。

【個別サービス計画の作成】

サービス事業者は、事前アセスメントを行い、個別サービス支援計画を作成します。個別サービス支援計画（写し）を受託居宅介護支援事業者へ提出します。

ケアマネジメント A (現行相当サービス、サービス A、サービス C)	個別サービス支援計画は必要
ケアマネジメント C (訪問型サービス B、食の自立支援事業等)	個別サービス支援計画は不要

- ⑤ **サービス事業の提供** →総合事業利用手続きフローチャート⑤を参照（12 頁）
介護保険サービス事業者がサービス事業を実施します。

【利用状況報告】

指定介護保険サービス事業者（現行相当サービス、サービス A、サービス C）は事後アセスメントを行い、その結果を受託居宅介護支援事業者等に報告を行います。様式は従来どおり各サービス事業所の任意様式等です。（通所型サービス C を除く）

- ⑥ **モニタリング・評価** →総合事業利用手続きフローチャート⑥を参照（12 頁）

【モニタリング】

ケアマネジメント A の場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも 3 ヶ月に 1 回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接します。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行います。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施します。面接等の内容は「介護予防支援経過記録」に記載します。

ケアマネジメント A (現行相当サービス、サービス A)	モニタリングは必要 (面接は少なくとも 3 ヶ月に 1 回)
ケアマネジメント A (サービス C)	モニタリングは必要 (毎月)
ケアマネジメント C (訪問型サービス B、 食の自立支援事業等)	モニタリングは不要。ただし、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から担当介護支援専門員等に連絡する体制を作っておくこと。

【評価：ケアマネジメント A、おおむね年に 1 回実施】

評価 (プラン終了月)	プラン終了月に、利用者宅へ訪問・面接し、達成状況を確認し、「介護予防支援サービス評価表」を作成する。
プランを変更する場合	「介護予防支援サービス評価表」に基づき、ケアプランの見直しを行う。
プランを終了する場合	下記の「利用終了」を参照

【利用終了】

受託居宅介護支援事業者等は利用者が改善、要支援・要介護認定、転出、死亡などサービスや事業の利用終了した場合、利用者・家族等に説明を行い、「介護予防支援経過記録」にその旨を記載します。

受託居宅支援事業者は地域包括支援センターへ利用終了を連絡し、翌月関係書類を提出します。

<p><提出書類> 「介護予防支援サービス評価表」 「介護予防支援経過記録」</p>
--

⑦ 給付管理 →総合事業利用手続きフローチャート⑦を参照 (12 頁)

給付管理は、現行相当サービス及びサービス A が該当します。

【サービス提供票 (実績が入っていない) の事前提出】

受託居宅介護支援事業者等は、サービス提供月の前月 25 日までに「サービス利用提

供票」を介護保険サービス事業所へ提出します。限度額管理を行います。

区分	区分支給限度基準額
総合事業対象者・要支援1	5,032 単位
要支援2	10,531 単位

【実績状況報告】

介護保険サービス事業者は「サービス提供票（実績入り）」を受託居宅介護支援事業者等に提供の翌月初旬に提出します。

【給付管理】

受託居宅介護支援事業者等は介護保険サービス事業者から「サービス提供票（実績入り）」を受け取り、サービス利用実績を確認します。

受託居宅介護支援事業者は、「委託料請求書及び利用者一覧表、給付管理票、サービス利用票（実績入り）」を作成し、翌月5日までに地域包括支援センターに提出します。

【介護報酬請求】

地域包括支援センターが給付管理票及び利用票をもとにシステムにデータ入力し、「給付管理票」、「介護予防・日常生活支援総合事業費明細書」を国保連合会へ提出します。サービス提供事業者は介護報酬を国保連へ請求します。

【委託料支払】

地域包括支援センターは介護報酬審査月の翌月末までの間に国保連合会を通じて受託居宅介護支援事業者へ、ケアプラン作成委託料を支払います。

⑧ 事業実施報告 →総合事業利用手続きフローチャート⑧を参照（12頁）

事業実施報告は、通所型サービスC事業、訪問型サービスB事業、食の自立支援事業が該当します。

【実績状況報告・委託料支払】

サービス提供事業者は「事業実施報告書（通所型サービスC事業、訪問型サービスB事業、食の自立支援事業の各事業にもとづく様式）」を長寿介護課高齢者支援班に翌月10日までに提出します。高齢者支援班は委託料をサービス提供事業者に支払います。

【委託料支払】

地域包括支援センターは、受託居宅介護支援事業者からの委託料の請求をもとに提供実績を確認後、審査月の翌月末までの間に市から直接委託料を支払います。

第4 報酬及び請求

1 介護予防ケアマネジメントの単価・加算について

種類	ケアマネジメント A	ケアマネジメント C
単価 支払頻度	1月あたり 4,310円 毎月支払い	3,510円 初回・評価のみ
加算	初回加算 3,000円	初回加算 3,000円

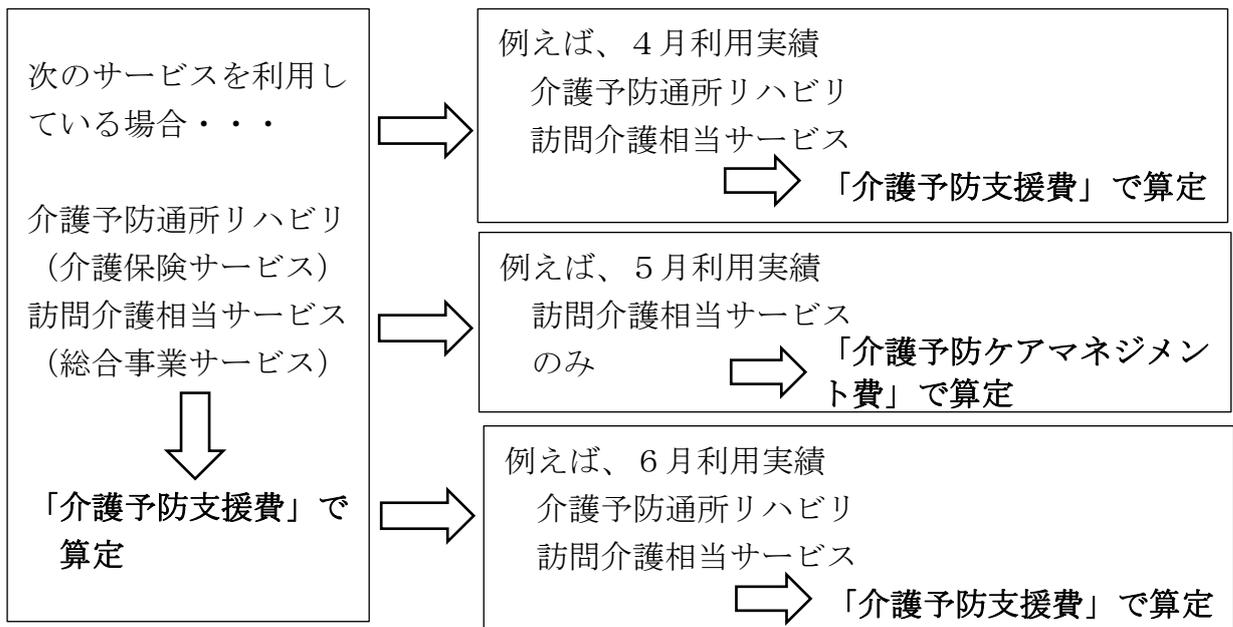
2 初回加算の取り扱い

初回加算の算定については、現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じます。

- ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合は算定できます。(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合も含む)
- ② 予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできません。

3 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の関係

要支援1・2の認定者の場合、予防給付サービスの利用がある場合は介護予防支援費となります。



4 サービス事業費の日割り請求

総合事業の訪問型サービス・通所型サービスの月額包括報酬においては、日割り請求の対象事由が、従前の介護予防訪問介護・介護予防通所介護と異なります。

例えば、月途中において、利用者と契約開始した場合は、契約日を起算日として、日割りで算定することとされています。また、契約解除の場合も、契約解除日を起算日として日割りで算定することになります。

※「介護保険事務処理システムに係る参考資料（令和元年8月6日事務連絡）」の追加（令和元年8月23日事務連絡）

I 介護報酬関係資料 資料9「月額包括報酬の日割り請求に係る適用」参照

5 総合事業と要介護認定について

事業対象者として総合事業のサービスの提供を受けている方が、要介護認定を受けた場合、介護給付サービスの利用が開始するまでの間は、総合事業によるサービスの利用を継続することができます。

総合事業のサービス利用と並行して要介護認定等申請をし、要介護認定を受けた後、同月の途中で総合事業から介護給付サービスの利用に変更した場合は、同月末時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができます。

6 住所地特例対象者の取り扱いについて

平戸市に住民票があった方が、市外の住所地特例対象施設に入所して住所を異動した場合、介護保険の保険者は平戸市です。

住所地特例対象者に対する介護予防・日常生活支援総合事業を含めた地域支援事業については、住所地特例対象者が円滑にサービスを受けられるよう、その方が居住する施設が所在する市区町村が行うものとされています。

（介護保険法第115条の45第1項）

第5 参考資料等

厚生労働省ホームページに次の通知等が掲載されています。

- ① 総合事業ガイドライン
- ② 介護予防・日常生活支援総合事業に係る Q&A
- ③ 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について
[介護保険最新情報 Vol. 484]

厚生労働省ホームページ「介護予防・日常生活支援総合事業 Q&A」からの一部抜粋を掲載しています。

問：基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか？

(答) 要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、下記の考え方となります。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため、総合事業の訪問型サービス利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

問：総合事業の介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防居宅療養管理指導の利用につなげた場合、介護予防ケアマネジメント費を支払うことができるか。また、支払可能な場合、ケアマネジメントCと考えて良いか。

(答) 介護予防居宅療養管理指導は、区分支給限度基準額が適用されないサービスであり、また医師の指示の元に実施されるサービスであり給付管理を行わないことから、介

介護予防支援費の支給対象外サービスとされている。

しかしながら、(平成 26 年 9 月 30 日版 Q&A の第 4 問 11 にあるように) 一般介護予防事業のみということになった場合でも、あるいは総合事業以外の民間サービス等に繋いだ場合でも、ケアマネジメントのプロセスは行われていることから、その実施月の報酬は請求できるとしているところ。

お尋ねの場合も、ケアマネジメントにより介護予防居宅療養管理指導の利用につながっていることから、そのプロセスに着目し、ケアマネジメント C としてお示ししているように実施月のみ介護予防ケアマネジメント費を支払うことは可能と考えている。

問：住所地特例対象者が施設所在市町村で総合事業のサービス事業対象者となった場合、介護予防ケアマネジメント依頼書は、保険者市町村に提出することでよいか。その際、サービス事業対象者である旨を記載した被保険者証の発行は、依頼書が提出されたタイミングで保険者市町村が発行することでよいか。

(答) 制度改正に伴って、住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村となるため、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書は、施設所在市町村に届け出ることとなる。

一方、保険者市町村は、介護予防・生活支援サービス事業対象者を登録したうえで、被保険者証を交付することが必要であり、施設所在市町村は、届出を受け取ったときは、速やかに保険者市町村に届出書の写しを送付等することが必要である。

第 6 介護予防ケアマネジメントに関する様式

- 平戸市版ケーススクリーニング
- 基本チェックリスト(7ページ参照)
- 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書
- 委任状
- 興味・関心チェックシート
- 利用者基本情報
- 介護予防サービス・支援計画書
- 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)
- 介護予防支援経過記録
- 介護予防支援サービス評価表

平戸市版ケーススクリーニング

様式1

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 記入日: R _____ 年 _____ 月 _____ 日

相談に来所した65歳以上の高齢者に対し、以下の視点で要介護認定及び基本チェックリストの実施の必要性について判断します。

1 該当箇所にチェックしてください。必要事項があれば記入してください。

①	杖をついたり、歩行器を使用してもひとりで歩くことができない場合(車いすに乗っている。寝たきりである。)	
②	認知症の悪化により、日常生活に支障をきたしている場合(買う品物を忘れてしまうため、必要なものをひとりで購入することができない。料理をする段取りを覚えていられないため、料理がひとりでできない。洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず、家事の遂行ができない。)	
③	入浴や体を洗う行為がひとりでできないため、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合	
④	服薬や病気の管理のために、訪問看護サービスの利用目的がある場合	
⑤	自宅内での移動、浴槽が深いなどの理由から住宅改修による手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合	
⑥	家族の介護力の問題で、長時間の預かりを求めている場合(不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、定期的に家族との分離としてショートステイの利用が必要な場合など)	
⑦	その他 (_____)	

2 該当箇所にチェックしてください。必要事項があれば記入してください。

ADL項目	している	できがしていない	一部介助であればできる	全て介助が必要	特記事項
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症状	なし・あり (_____)
入院	入院していない・退院済み・退院予定・退院未定 入院期間: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
利用希望サービス	

地域包括支援センター運営マニュアル等参照

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
生 年 月 日		性 別	
明・大・昭 年 月 日		男・女	
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地	
平戸市地域包括支援センター		〒859-5192 平戸市岩の上町1508番地3 電話番号 0950（22）9133	
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒	
		電話番号 （ ）	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (年 月 日付)			
平戸市長 様 平戸市地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 被保険者 住所 平戸市 電話番号 () 氏 名 印			
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号	
		4 2 0 0 7 0 0 0 1 3	

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに平戸市へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず平戸市へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

委任状

平戸市長様

年 月 日

(委任する方) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

私は、次の者を代理人と定め、介護予防・日常生活支援総合事業の利用手続きについて次の権限を委任する。

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____

委任事項（該当する□に✓印を入れてください。）

- 事業対象者通知の受領
- 介護保険被保険者証の受領
- 負担割合証の受領

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人日本作業療法士協会 (2014. 3)

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他()	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日()歳	
住 所	平戸市	Tel	()	
		Fax	()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・事業対象者・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護()			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性、●■ =死亡、☆=キーパーソン 「主」介護者に「主」 「副」介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況の関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名 _____ 印

介護予防支援・サービス評価表

評価日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

平戸市におけるケアマネジメントに関する基本方針

2020年10月 1 日長寿介護課

平戸市では、「平戸市総合計画」における目指すまちの将来像として「夢あふれる未来のまち平戸」を掲げ、第7期平戸市高齢者福祉計画・介護保険事業計画においては「一人ひとりの高齢者が、『自分らしさ』を発揮しながら生涯『自分らしく』暮らし続けることができるまち」を目指す高齢社会像としています。

平戸市では高齢化進展が著しく、2025年よりも早く高齢化のピークが訪れ、その後は減少に転じていくことが予想されています。一方で、支援の必要な高齢者や、一人暮らし高齢者、高齢者夫婦、さらには認知症高齢者の割合は増加しており、平戸市の特性に応じた地域包括ケアシステムを進化、推進していく必要があります。

以上のことを踏まえ、介護保険の理念に基づき、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により介護や支援が必要となった者が、尊厳を保持し、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自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関する基本方針（以下「基本方針」という。）を定めます。

この基本方針については、介護支援専門員、介護事業所等や住民ボランティア、NPO法人、民間企業等ケアマネジメントに携わる全ての者が共有し、取り組むことが大切です。

1 ケアマネジメントの基本方針

ケアマネジメントは、上記の基本理念を踏まえ、以下に掲げる4項目に沿って行うこととします。

(1) 高齢者の自立支援

介護支援専門員等は、市民が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配慮してケアマネジメントを行います。

(2) サービスの総合的かつ効率的な提供

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、利用者自身のサービスの選択に基づき、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に加え、地域住民による見守り・自発的活動による生活支援等が、多様な事業者等から、総合的に提供されるよう配慮してケアマネジメントを行います。かつ、利用者の要求のままにサービスを計画に位置付けるのではなく、利用者の課題分析の結果を踏まえ適切なサービス量が効率的に提供されるよう配慮してケアマネジメントを行います。

(3) 利用者本位、公正中立

介護支援専門員等は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちケアマネジメントを行います。

また、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者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、社会資源の活用

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、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、医療機関等の専門多職種と連携します。

また、介護保険サービス以外の保健医療及び福祉サービス等に加え、生活支援サービス等地域の多様な社会資源を活用します。さらに、日常生活全般を支援する上で、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、地域において提供されるよう働きかけます。

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を達成するため、介護支援専門員等及び市は相互の協力のもと、以下について取り組みます。

(1) 介護支援専門員等

- ① 介護支援専門員等は、自立支援の視点でケアマネジメントが行えているか、ケアプランの自己評価を実施し、常に改善を図ります。
- ② ケアマネジメントに関する研修会等を通じて、自身の資質の向上に努めます。
- ③ 多職種との連携・協働への積極的な取組により、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

(2) 平戸市

- ① 実地指導、集団指導、ケアプランの点検、給付実績を活用した指導等を通じて介護支援専門員等への支援を行います。
- ② 介護支援専門員等に対する研修会を開催し質の向上を支援します。
- ③ 地域ケア会議の開催などにより多職種との連携・協働の体制づくりを構築するとともに、地域の多様な社会資源について情報を整理し提供します。