

鳥取市介護予防ケアマネジメントの手引き

令和6年4月

改訂履歴

改訂時期	主な改訂事項
平成28年10月	初回作成
令和5年4月	全面改訂 ・旧介護予防サービスから介護予防・生活支援サービス事業へ移行する際の経過措置等を説明した箇所を削除 ・初回加算及び委託連携加算、短期集中予防サービス実施加算の算定要件等に関する記載を追加 ・介護予防ケアマネジメントBに関する説明を追加 ・ケアプランの修正、同意の取得についての記載を追加
令和6年4月	令和6年度報酬改定に関連した記載を追記・変更 ・単位数の変更 ・高齢者虐待防止措置未実施減算に関する説明を追加 ・業務継続計画未策定減算に関する説明を追加 ・テレビ電話等を活用したモニタリングについて記載 制度改正等を受け、介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧を修正 ※訪問型サービスを計画に位置付ける場合に、実施内容や時間を明記する旨の追記を含む

目 次

1. 介護予防ケアマネジメントとは	1
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の目的	1
(2) 介護予防ケアマネジメントの位置付け	2
(3) 介護予防ケアマネジメントの目的	4
(4) 介護予防ケアマネジメントの類型	4
2. 利用対象者について	6
(1) 利用対象者	6
(2) 事業対象者について	6
(3) 基本チェックリストについて	8
(4) 事業対象者が転入・転出する場合の取扱い	9
3. 介護予防ケアマネジメントの実施について	10
(1) サービス利用までの流れ	10
(2) 鳥取市の介護予防ケアマネジメント類型と介護予防支援	11
(3) 介護予防ケアマネジメント実施手順	12
(4) 暫定ケアプランの作成について	15
4. 介護予防ケアマネジメント費の請求について	16
(1) 単位数について	16
(2) 加算の算定要件について	16
(3) 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の算定	19
(4) 暫定ケアプランによるサービス利用の場合の取扱い	23
5. その他	24
(1) 居宅届の取扱いについて	24
(2) 同意の取得について	24
(3) ケアプランの修正について（黒字対応と赤字対応）	26
(4) 償還払いについて	27
(5) 自己作成について	27
(6) 住所地特例者の取扱いについて	28
6. 資料	30
資料1 基本チェックリストの考え方	30
資料2 介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧	34

1. 介護予防ケアマネジメントとは

介護保険制度には、要介護1～5の認定を受けた方が介護保険サービスを利用する介護給付、要支援1～2の認定を受けた方が介護保険サービスを利用するための介護予防給付に加え、地域の高齢者が要介護状態・要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態になった場合でも可能な限り地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、地域支援事業を実施するよう定められています。

平成27年4月には、従前の介護予防訪問介護と介護予防通所介護が廃止され、地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」の中で実施する訪問型サービス・通所型サービスに移行することとなり、これに伴って従前の介護予防支援に相当する介護予防ケアマネジメントが介護予防・日常生活支援総合事業の中に創設されました。

この章では、介護予防・日常生活支援総合事業全般と介護予防ケアマネジメントの概要を説明します。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の目的

ア) 趣旨

介護予防・日常生活支援総合事業は、「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させることで、地域の支え合い体制づくりを推進するもの」です。

これは、地域の地理的条件や人口構成、地域高齢者の抱える疾病や介護認定を受ける原因疾患の傾向、医療機関や介護保険事業所の有無等の様々な条件が異なる中で、全国一律にサービスを提供するのではなく、地域の有する様々な条件に応じたサービスを提供することによって、より効果的に介護保険の目的を達成するために始まりました。

そのため、介護予防・日常生活支援総合事業において国の役割はガイドライン（指針）を定めて保険者である市町村を支援することに留まり、市町村は介護予防・日常生活支援総合事業の実施主体として、ガイドラインを参考にしながら実施形態、基準、報酬等を含めて自由にサービスを設計することができます。

イ) 目的・基本的な考え方

・介護予防・重症化予防の推進

高齢者人口が増加の一途をたどる中で、介護予防の推進は喫緊の課題です。

介護予防や重症化予防は、通所型サービスや訪問型サービスなどの介護保険の公的サービスだけで実現することはほとんどなく、生活環境の調整や食事・運動などの生活習慣の改善、居場所や日常生活での役割を持つことが必要です。そのためには早期に、必要な専門職を適宜活用し、対象高齢者の病状管理の目標や生活機能の現状と伸びしろを評価した上で、必要なサービスを必要な期間だけ導入し、また必要なサービスを創出していくことが求められています。

・多様な生活支援サービスの充実及び利用促進

高齢者の生活を支えるためには、公的サービスでは質・量ともに足りません。ボランティアやNPOなどによるサービスはもちろん、民間事業者による多様なサービスを活用していく必要があります。

インフォーマルな社会資源は多数ありますが、買い物であれば移動販売やネット注文、宅配サービスの利用、調理であれば冷凍食品やカット食材、レトルト食品、宅配弁当、外食の活用などがあり、これらの選択肢を増やし、対象の高齢者が利用できるような環境を整えていくことが求められます。

・高齢者の社会参加の推進

高齢者の他者交流・社会参加に対するニーズは非常に高く、高齢者やその家族が通所サービスの利用を希望する主要な原因の一つとなっています。

高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防につながることはもちろん、地域で活動することを通じて地域コミュニティの中での関係が構築され、日常生活や災害時の助け合いに発展していく可能性があります。

地域との関わりがない、あるいは途切れてしまった高齢者が再び地域活動に復帰することは非常に困難であり、より健康な時期から地域社会との関わりを深めていくことが重要です。社会参加には、高齢者サロンの運営・参加に限らず自治会活動や公民館行事、ボランティア活動、趣味活動の集まりなど幅広く、単に参加するだけでなく開催側として活動することは、高齢者自身の役割や生きがいに繋がっていきます。

・地域づくりの推進

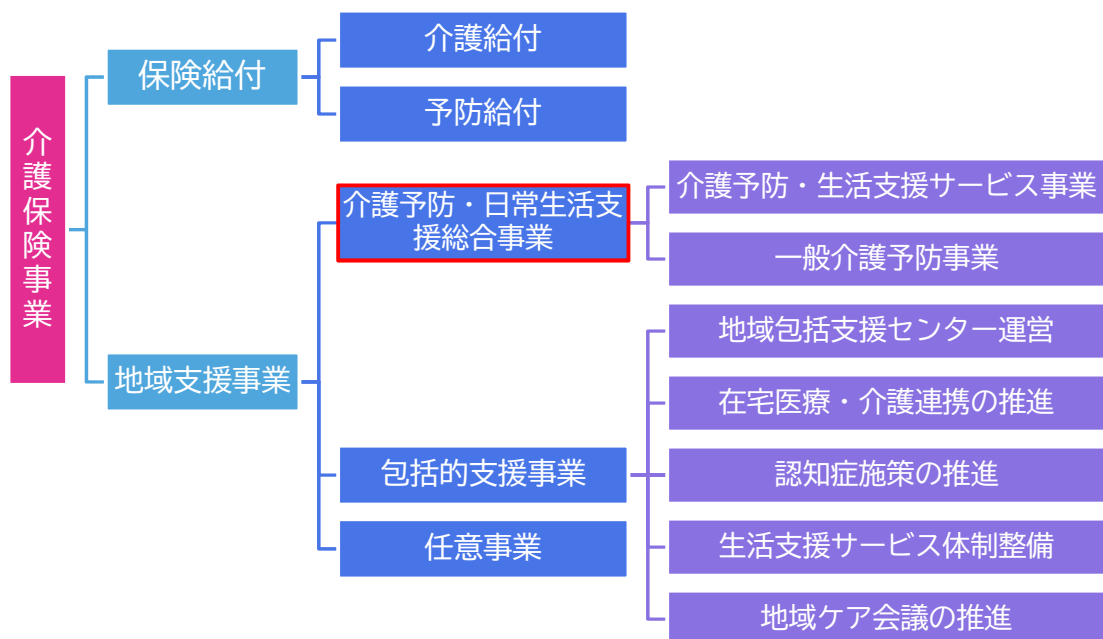
地域での介護予防の取組を推進し、また地域での生活を支えていくためには数多くの課題があり、その課題はすぐに解決するようなものではありません。一方で地域にはすでに数多くの資源があり、独自の活動が行われています。今困っていることを解決するだけでなく、今できていることを称賛し、継続し、情報発信し、発展させていくという視点も地域づくりには重要です。

地域づくりの第一歩は、地域に出かけて今ある資源を把握し、地域で活動する住民や地域を担当する様々な機関の担当者との繋がりを持つことにあります。一緒に活動する中でそれぞれの役割で分担して行えることと、解決していかなければならない問題が明らかになり、課題解決に向かって動き始めることができます。

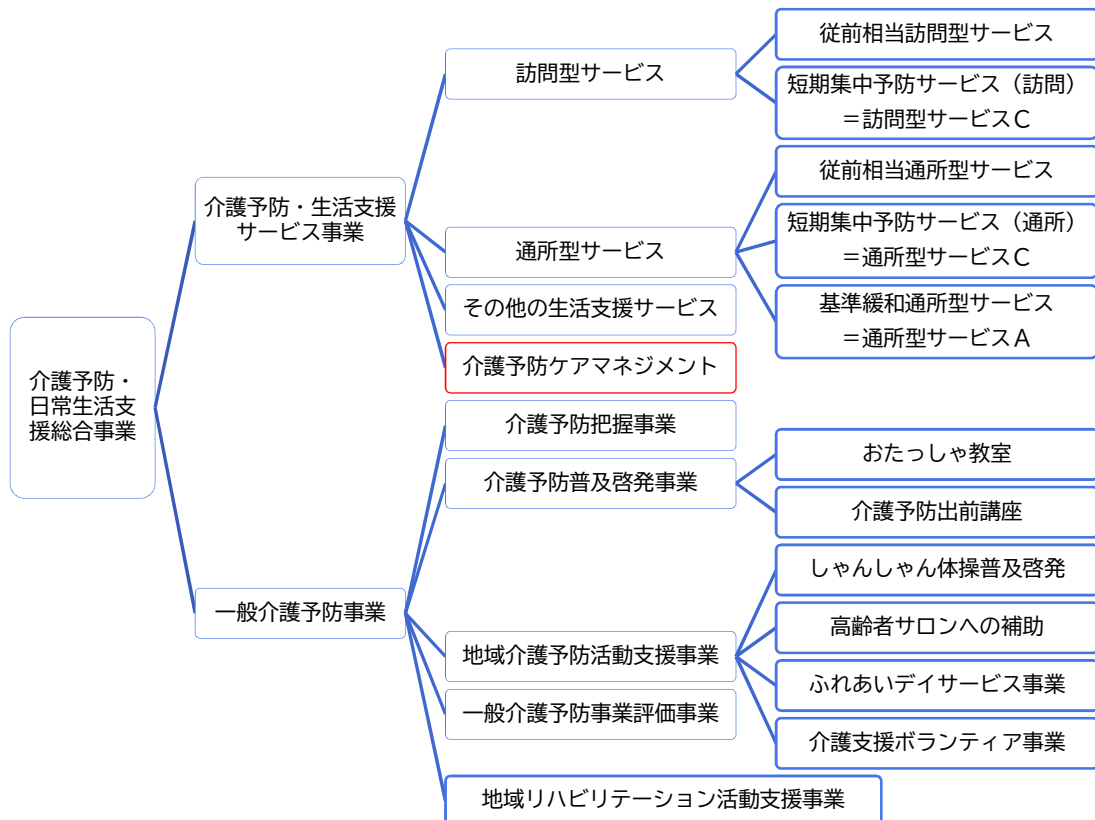
(2) 介護予防ケアマネジメントの位置付け

介護予防ケアマネジメントに含まれる介護予防・日常生活支援総合事業は、介護保険事業のうち地域支援事業の中に位置付けられ、市町村の責任の下に、市町村が中心となって実施します。

同じく地域支援事業の包括的支援事業には、地域包括支援センターの運営のほか、認知症施策の推進や医療介護連携、生活支援サービスの体制整備などを市町村が行うことが定められています。



介護予防ケアマネジメントは、介護予防・日常生活支援総合事業の中で訪問型サービスや通所型サービスと並んで位置付けられ、高齢者等のケアマネジメントを行うものです。原則として介護予防支援と同様の手順で行いますが、自治体ごとに一部簡略化した手順を定める場合もあります。



(3) 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防ケアマネジメントは、介護保険制度における重要な目的の一つである介護予防（高齢者が要介護状態になることをできる限り遅らせる）・重症化防止（要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ）を達成するため、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

高齢者が健康を維持または改善させ、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させ、より自立した生活を送るためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持って自ら取り組む必要があります。

高齢者が自らの健康維持に取り組むとき、多くの場合は、単に健康になったり日常生活動作を行ったりするためではなく、高齢者自身が主体的に趣味活動や就労、家庭内役割などの何らかの役割や社会参加活動を継続するために行われます。

このため、高齢者の自立支援に資する支援を行うためには、「心身機能の改善」だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「活動への参加」「役割の獲得・維持」にバランスよくアプローチしていくことが重要となります。

このようなことから、介護予防ケアマネジメントでは“高齢者の困りごとやできなくなったことを単にサービスで補う”のではなく“利用者が自ら行うことができる”よう、適切なアセスメントの実施によって利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解し、目標達成のために必要なサービスを主体的に利用して取り組んでいけるようケアプランを作成する必要があります。

(4) 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントは、原則的には介護予防支援と同様の手順で行いますが、保険者ごとに定める基準によって一部省略することや初回のみでのケアマネジメントを行うことができます。

以下に、一般的な介護予防ケアマネジメントの類型を説明します。

① ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターが、予防給付に対する介護予防支援と同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経てケアプランを決定します。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回以上行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことができる体制をとります。

給付管理が必要なサービスを利用する場合や複数のサービスを利用する場合は、ケアマネジメントAで行われることがほとんどです。



②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメントからケアプラン原案作成まではケアマネジメントAと同様に実施しつつ、保険者ごとにサービス担当者会議の省略や面接によるモニタリングの時期を3か月に1回の頻度よりも減らして設定できる、簡略化した介護予防ケアマネジメントです。

給付管理を必要としないサービスを利用する場合に、ケアマネジメントBを用いる事例が多く見られます。



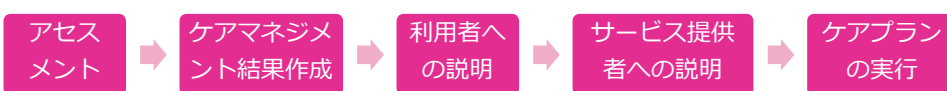
③ケアマネジメントC（初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメント）

初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフケアマネジメントや住民主体の支援の利用等に繋げる形態です。

地域包括支援センターによるモニタリングは行わず、ケアプランの変更もありません。利用者の状況の悪化や利用者からの相談があった場合に、再度ケアマネジメントCを行うか、ケアマネジメントAやケアマネジメントBに移行します。

住民主体サービスを利用する場合に行うことが多く、セルフケアや一般介護予防事業に繋げる際にも実施されます。

この形態は、鳥取市では実施していません。



2. 利用対象者について

この章では、介護予防・日常生活支援総合事業を誰が利用することができるかに触れ、認定によらず介護予防・生活支援サービス事業を利用することができる、つまり介護予防ケアマネジメントの対象となる「事業対象者」という資格について説明します。

※ 鳥取市介護予防・日常生活支援総合事業の手引きに掲載している内容と同じです。

(1) 利用対象者

介護予防・日常生活支援総合事業のうち、訪問型サービスや通所型サービスといった“介護予防・生活支援サービス事業”については、「要支援認定を受けている人」と「事業対象者」が利用することができます。

また一般介護予防事業は、鳥取市内に住民票がある全ての高齢者が対象となります。

(2) 事業対象者について

事業対象者は、地域包括支援センターの実施した基本チェックリストにより事業対象者と判断された方を指します。

手続き

地域包括支援センター職員が対象者本人と面接の上、基本チェックリスト（P8 参照）全25問の質問に回答してもらい、基準に該当した場合に事業対象者とすることができます。

回答済みの基本チェックリストを保険者（鳥取市長寿社会課介護保険係の給付担当）へ提出すると、対象者宅へ事業対象者の資格が記載された介護保険被保険者証と負担割合証が送付され、有効期間の開始日（＝基本チェックリストの実施日）から介護予防・生活支援サービス事業が利用できるようになります。

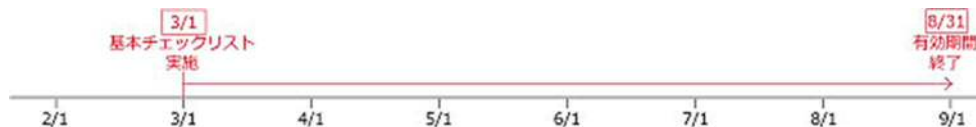
また、基本チェックリストを保険者に提出する場合は、「居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を一緒に提出してください。

有効期間

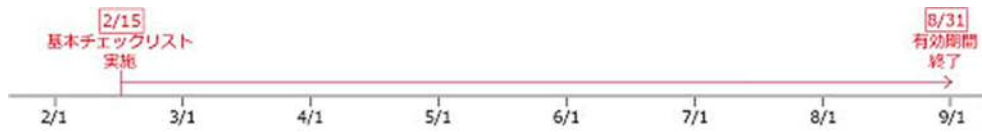
事業対象者の有効期間は、基本チェックリストの実施日から6か月間です。

実施日が月の初日でない場合は、実施日から月末までと実施日翌月の1日から6か月間とを合算した期間となります。

例1) 3/1に基本チェックリストを実施した場合、6か月間で8/31まで有効です。



例2) 2/15に基本チェックリストを実施した場合、実施日から月末までの2/15～2/28と、実施日翌月の1日から6か月間の3/1～8/31を合わせた、2/15～8/31が有効期間となります。



区分支給限度額

事業対象者の区分支給限度基準額は、要支援1と同じ内容・同じ単位数となります。

介護保険被保険者証の記載

事業対象者に認定された際には、要介護状態区分等に「事業対象者」と記載された介護保険被保険者証が発行されます。

(一)		(二)		(三)		
被保険者証 2017 町71番地 鳥取市 見本	要介護状態区分等	事業対象者		給付制限 内容 期間 開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日 ○○地域包括支援センター 届出年月 令和3年4月18日 届出年月日 届出年月日 介護保険施設等 種類 名称 種類 名称 入所等年月日 退所等年月日 入所等年月日 退所等年月日		
	認定年月日 (注)	令和3年4月15日				
	認定の有効期間	令和3年4月15日～令和3年10月31日				
	居宅サービス等	区分支給限度基準額 令和3年4月1日～令和3年10月31日				
	1月当たり	5.032 単位				
	サービスの種類	種類	支給限度基準額			
	種類	単位	単位			
	種類	単位	単位			
	種類	単位	単位			
	種類	単位	単位			
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

更新手続き

事業対象者が、引き続き介護予防・生活支援サービス事業を利用する必要がある場合は、再度地域包括支援センターが基本チェックリストを実施することで、有効期間を更新することができます。

有効期間の最終日の30日前から最終日までの間に基本チェックリストを実施し、実施した基本チェックリストを市に提出すると、新しい介護保険被保険者証が発行されます。

新しい有効期間は、更新前の有効期間終了日の翌日1日から6か月間です。

※有効期間が終了した後に基本チェックリストを実施した場合は、通常どおり、実施日を有効期間の初日として、事業対象者の認定をすることになります。

要介護（要支援）認定との関係

- ・事業対象者が、要介護認定又は要支援認定を受けた場合は、新しい要介護認定又は要支援認定の方が優先され、事業対象者の有効期間は要介護認定又は要支援認定の認定

期間の最初の日の前日で終了します。

- ・ 事業対象者が、要介護（要支援）認定申請をしたものの、認定結果が「非該当」となって認定されなかった場合、そのまま事業対象者の認定が継続し、事業対象者の認定期間に変更はありません。ただし、事業対象者資格の復活について保険者に必ず連絡をしてください。
- ・ 要介護認定又は要支援認定の有効期間内に基本チェックリストを実施した場合、有効期間は基本チェックリストの実施日からではなく、要介護認定又は要支援認定の有効期間の最終日の翌日から6か月間が、事業対象者の有効期間となります。
- ・ 要介護（要支援）認定申請と、基本チェックリストを同日に実施することはできません。また、要介護（要支援）認定申請中に、基本チェックリストを実施することもできません。
- ・ 要介護（要支援）認定申請した後に、確実にサービス利用できるように基本チェックリストを実施して事業対象者の資格を得ることはできません。

注意事項

- ・ 40歳から64歳までの年齢の方（2号被保険者）は、基本チェックリストの対象外です。

（3）基本チェックリストについて

基本チェックリストは全25項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。

質問項目に対し、高齢者自身が答えることで、自身では気づきにくい心身の衰えやリスクなどを把握し、在宅での生活を維持するための生活支援サービスや介護予防などに早期につなげることを目的としています。

それぞれの質問項目の考え方については、鳥取市介護予防・日常生活支援総合事業に係る基本チェックリスト実施要領に規定されており、本手引きの資料1（P30参照）に掲載しています。

No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で一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分間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か月間で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 =) ※ BMI = 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の場合が該当		
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

(4) 事業対象者が転入・転出する場合の取扱い

【転出する場合】

- ・要介護（要支援）認定の場合は、以前の保険者（市町村）で認定された介護度が引き継がれますが、事業対象者としての認定は引き継がれません。
- ・対象者本人が事業対象者としてサービスを利用することを希望する場合は、転出先の保険者が定めたルールに従って手続きが必要となります。
- ・住所地特例施設へ転出する場合は、要介護（要支援）認定同様に事業対象者の認定が引き継がれますが、更新の際は居住地の地域包括支援センターが基本チェックリストを実施します。

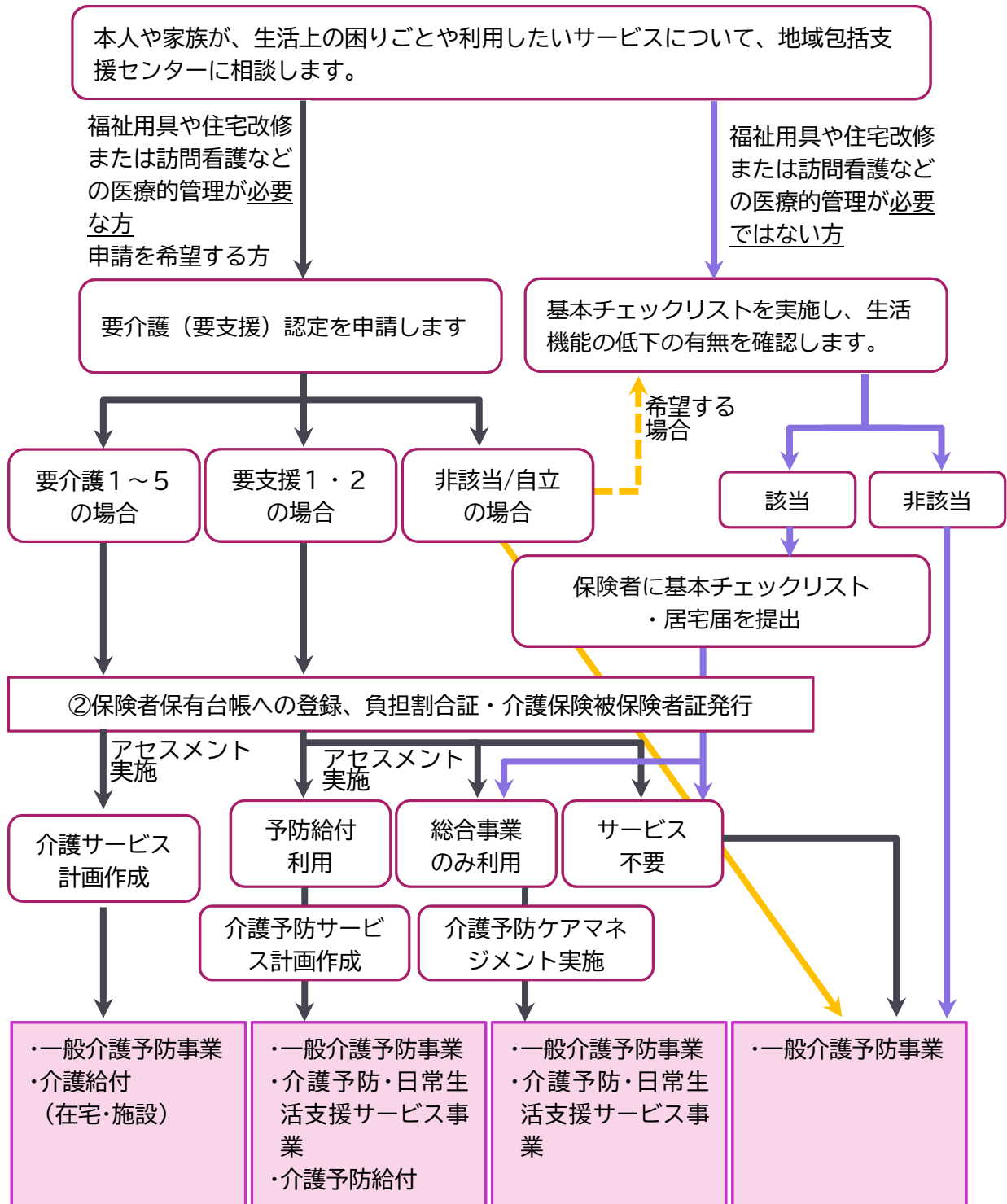
【転入する場合】

- ・他の市町村から事業対象者が転入する場合、事業対象者としての認定は引き継がれず、鳥取市の手続きが必要です。改めて基本チェックリストを実施して、鳥取市長寿社会課介護保険係へ必要書類を提出してください。
- ・以前から住所地特例施設に入居していたため、鳥取市に住民票があるが別の市区町村の被保険者である人が、退所に伴って鳥取市の被保険者となった場合も手続きが必要です。

3. 介護予防ケアマネジメントの実施について

この章では、相談から各種サービス利用までの流れを図示し、介護予防ケアマネジメントの種類と実施手順を説明します。

(1) サービス利用までの流れ



(2) 鳥取市の介護予防ケアマネジメント類型と介護予防支援

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントAの手順は同じですが、利用するサービスが介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）のみの場合は「介護予防ケアマネジメント」、福祉用具貸与などの予防給付を利用する場合は「介護予防支援」で算定します。

利用者・サービス 種類	要支援認定者			事業対象者
	予防給付のみ	給付+事業	総合事業のみ	総合事業のみ
介護予防ケアマネジメント (総合事業)	×	×	○	○
介護予防支援(予防給付)	○	○	×	×

介護予防ケアマネジメント類型

区分	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントB	(参考) 介護予防支援	
	原則的	簡略的		
1 サービス内容	介護予防及び自立支援の原則に則り、利用者がその選択に基づき適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な支援を行う			
2 対象サービス	従前相当訪問型サービス 従前相当通所型サービス 通所型サービスA 訪問型サービスC 通所型サービスC	訪問型サービスC 通所型サービスC のみ利用していること	・介護予防サービスのみの利用 ・介護予防・日常生活支援サービス事業と介護予防サービスを併用(※)	
4 委託の可否	サービスC利用時を除いて可	不可	可	
5 実施主体	地域包括支援センター及び包括から委託を受けた居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター及び包括から委託を受けた居宅介護支援事業所	
6 サービスの基準	介護予防支援と同様に	サービス担当者会議を省略	国の定める基準	
7 単価	国が定める基準を勘案し鳥取市が決定	国が定める基準を勘案し鳥取市が決定	国が決定する単価	
8 サービスコード	A F (鳥取市サイトに掲載)	なし (鳥取市へ直接請求)	4 6	
9 給付制限	なし	なし	あり	
10 マネジメント報酬	国保連経由で審査・支払	鳥取市が直接支払	国保連経由で審査・支払	
11	アセスメント	必須	必須	必須
	ケアプラン原案作成	必須	必須	必須
	サービス担当者会議	必須	省略	必須
	利用者へ説明/同意	必須	必須	必須
	ケアプラン確定/交付	必須	必須	必須
	モニタリング	必須 (サービスC利用中は面接モニタリング)	必須 (サービスC利用中は面接モニタリング)	必須
給付管理	必要 (サービスCは委託事業のため不要)	不要 (サービスCは委託事業のため不要)	必要	

※ 給付管理を行わない介護予防給付（居宅療養管理指導、福祉用具購入、住宅改修）のみの併用については、介護予防支援費ではなく、介護予防ケアマネジメント費で請求します。

(3) 介護予防ケアマネジメント実施手順

ここでは、介護予防ケアマネジメント全体のおおまかな流れを説明しています。契約から評価までの具体的な手順や必要な書類については、資料2「介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧」（P34～参照）をご確認ください。

<相談>

- 各地域包括支援センターの窓口や電話で寄せられた相談に対応し、相談の目的や希望するサービス、要介護申請の要不要や事業対象者とするか等を判断します。
- 相談の内容によっては、医療受診勧奨やかかりつけ医への相談を勧める場合もあります。

①相談者への聞き取り

- ・相談の主訴
- ・心身の状況、医療受診や既往歴、公的サービスの利用状況
- ・家庭や住居の環境、家族の有無など
- ・生活の困りごと

②課題を把握し、必要なサービスを検討

- ・相談内容から、どのような課題を抱え、どのような状況なのか、どうなりたいたいのか、高齢者本人の課題を把握し必要なサービスを検討します。
- ・この段階で正確な課題を把握することは困難ですが、見当をつけてさらに情報収集を深めます。
- ・相談者が高齢者本人ではない場合も多く、本人の状況や意向を確認するために訪問などが必要な場合もあります。

③説明

- 必要に応じて介護保険制度等について説明します。
- ・介護保険制度の概要について
認定の仕組みやサービスの内容など
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨について
寝たきりなど要介護状態になるのを防ぐために、利用者自身で取り組んでもらうのを助けるための事業であることなど

④つなぐ

- ・介護保険以外のサービスが必要な場合は、手続きや相談窓口を案内し、相談者や本人の了承を得て、相手方の窓口に情報を伝えます。
- ・事業対象者としてサービス利用を開始する場合は、基本チェックリストを実施します。
- ・要介護（要支援）認定申請について説明し、手続きを支援します。
- ・一般介護予防事業や通いの場、民間の生活支援サービス等を案内します。

※要介護（要支援）認定申請で非該当が出ることに備えて、基本チェックリストを認定申請中又は同時に実施することはできません。事業対象者の資格を得た後に、要介護（要支援）認定申請することは可能です。

<申請または基本チェックリスト実施>

- ▶ 事業対象者の資格でサービス利用を行う場合、基本チェックリストを実施して事業対象者の基準に該当するか確認します。
※鳥取市に提出する基本チェックリストには、本人の署名が必要です。単に確認やプラン作成のために行う場合は、署名は不要です。
- ▶ 要介護（要支援）認定を行う場合、鳥取市役所（総合支所でも良い。）の窓口へ必要書類を提出します。
必要書類：①認定申請書、②介護保険被保険者証、③本人確認書類
- ▶ 要介護認定が必要、または対象者に認定申請を勧めることが望ましい事例の一部として、以下のものが考えられます。

1	車いすに乗っている、寝たきりであるなど、歩行が困難な場合
2	服薬や疾病の管理のために、訪問看護サービスが必要な場合
3	住宅改修や福祉用具購入、福祉用具貸与の希望が明確な場合
4	ショートステイの利用が必要と思われる場合 (不適切な介護や高齢者虐待の疑い、家族の病気や心理的・精神的状況からレスパイト等が必要など)
5	認知症状の悪化により日常生活に支障をきたしている、行動・心理症状によって目が離せず、包括的なサービス利用の調整が必要と思われる場合
6	末期癌であるなど、看取りを視野に入れたサービス調整が必要な場合
7	進行したパーキンソン病など、長期的なリハビリテーションが必要な場合

<契約・アセスメント>

- ▶ サービス利用より前に、利用者と地域包括支援センターで契約し、重要事項を説明し、個人情報の使用について同意を得ます。
- ▶ 居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（＝居宅届）を作成します。
※居宅届は利用者が作成するものですが、包括が代行することもできます。
- ▶ 利用者の自宅に訪問して、本人との面接によってアセスメントを行います。

<書類提出>

- ▶ 事業対象者の資格を得る場合は、①本人の署名がある基本チェックリストと、②居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書、③本人確認書類の3点を市役所に提出します。
- ▶ 要介護（要支援）認定申請する場合は、①居宅届②本人確認書類を市役所に提出します。
※鳥取市の介護保険システムには、居宅届の情報は被保険者証が交付（＝認定処理が完了）されるまで登録できませんが、認定前にあらかじめ居宅届を提出することもできます。
- ▶ 地域包括支援センターは、必要に応じて書類の写しを保管します。

<認定・被保険者証交付>

- ▶ 要介護（要支援）認定の場合は認定審査会の結果を受けて、事業対象者の場合は基本チェックリストの提出を受けて、鳥取市は認定処理を行います。事業対象者の認定日は、更新の場合を除いて基本チェックリストの実施日となります。

- 認定処理を行った後、鳥取市は要介護度等が記入された介護保険被保険者証を送付します。
- 被保険者証の送付先は住民登録されている住所か、長寿社会課介護保険係に届出している送付先となります。それ以外の場所へ送付することはできません。

＜ケアプラン原案作成＞

- サービス利用にあたり、ケアプラン原案を作成します。
- 認定結果が出る前にサービス導入する場合は、暫定ケアプランを作成して対応します。事業対象者の場合は、書類提出後は速やかに認定処理が行われるため、原則として暫定ケアプランを作成することはありません。
- 介護予防・日常生活支援サービス事業のサービスを利用する場合は、必ずケアプランが必要です。
対象となるサービスは訪問型サービス（従前相当・C型）と通所型サービス（従前相当・A型・C型）です。

＜サービス担当者会議の開催＞

- ケアプラン原案をもとに課題や今後の目標、サービス利用の流れやサービス終了のタイミングなどを検討する会議を開催します。
- 出席者は、利用者、担当ケアマネジャー、サービス提供事業所の担当で、必要に応じて家族の出席を求めます。その他に保険者、サービス提供に関わらない他の専門職や家族のサービス提供に関わっている担当者も出席する場合があります。

＜利用者への説明・同意、確定・交付＞

- サービス担当者会議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て、ケアプランを確定します。
- ケアプランに署名をもらうことで、同意を得た証拠とします。
- 同意を得た後に、本人及びサービス提供者にケアプランを交付します。

＜利用者とサービス提供者との契約＞

- サービス実施にあたり、利用者とサービス提供者で契約をします。
- 短期集中予防サービス（C型サービス）は鳥取市の委託事業として実施していますので、利用者とサービス提供者との契約は行いません。

＜サービス利用＞

- 各サービス提供者よりサービスを実施します。各サービス提供者は各々でアセスメントを行い、個別サービス計画を作成します。
- サービスの効果や利用者の状況などを継続的に確認しながら実施し、進捗状況や変化などをケアマネジャーに報告します。

＜モニタリング（・給付管理）＞

- 利用者本人の取組も含め、計画の実施状況や目標の達成状況、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要性はないか等について検討します。
- 少なくとも3か月に1度は居宅へ訪問して、利用者と面接してモニタリングを行います。3か月に1度の機会以外にも、モニタリングは毎月実施します。可能な限り利用者と面談するよう努めつつ、電話等の方法も交えて行います。

- ▶利用者だけでなく、家族やサービス提供者等からも利用者の状況や意欲の変化等を聴取します。
- ▶短期集中予防サービスの利用期間中は、原則毎月利用者と面接してモニタリングを実施します。
- ▶一定の条件を満たした場合は、テレビ電話等を活用したモニタリングも可能です。その場合でも、少なくとも6か月に1回は居宅へ訪問してモニタリングを実施します。

↓ <評価>

- ▶モニタリングの内容を踏まえ、目標達成の確認をし、目標の再検討を行います。

↓ <ケアマネジメントの継続・変更>

- ▶評価結果に応じて、今後の方針を決定します。
- ▶今後の方針には、サービスの終了や変更はもちろん、要介護認定申請の継続や変更申請の必要性なども含まれます。

(4) 暫定ケアプランの作成について

新規の要介護認定等の申請、更新申請、区分変更申請を行い、認定結果が出る前にサービスを利用する場合は、暫定ケアプランを作成してサービス利用を開始します。

ただし、暫定ケアプランによってサービスを利用した場合は、認定結果によって利用者が全額自己負担する等の不利益が生じる場合があります。

やむをえず暫定ケアプランによるサービスを利用する場合は、サービス利用について緊急性や必要性を十分に考慮し、リスクについて利用者に説明を行ってください。

※暫定ケアプランを作成した場合は、右上の認定済・申請中を「申請中」にチェックします。分かりやすくするため、「暫定」の記入をすることもあります。

4. 介護予防ケアマネジメント費の請求について

ここでは、介護予防ケアマネジメント費の請求に関して、加算の算定要件や請求先について説明します。

(1) 単位数について

類型	単位	
ケアマネジメントA	基本報酬	442単位/月
ケアマネジメントB	基本報酬	392単位/月
加算（共通）	初回加算	300単位/月
	委託連携加算	300単位/月
	短期集中予防サービス実施加算相当額	100単位/月
減算（共通）	高齢者虐待防止措置未実施減算	1%減算/月
	業務継続計画未策定減算	1%減算/月

(2) 加算の算定要件について

初回加算

初回加算とは、新規にケアプランを作成し、介護予防ケアマネジメントを実施した場合に算定できる加算です。

※ 居宅介護支援並びに介護予防支援における基準に準じて取扱います。

算定要件：

- ① 過去2か月以上、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合で、介護予防サービス・支援計画書を作成してサービス利用が行われた場合。ただし、転居等で別の包括が担当となり、手順に則って計画を作成する場合は、変更後の包括で初回加算を算定できます。
- ② 要介護者が要支援認定を受けた場合または事業対象者となって、介護予防ケアマネジメントを実施する場合。

算定可否一覧：

条件		加算の可否	
新規	新規のサービス利用	○	
再開	過去2か月間、支援費またはケアマネジメント費を算定していない	○	
担当包括の変更	転居等、利用者都合による変更で、新規ケアプラン作成と同じ手順で行った場合	○	
	包括担当区域変更等、鳥取市や包括都合による変更で、新規ケアプラン作成と同じ手順で行った場合	○	
変更申請等による認定の変更	前	後	
	要支援	事業対象者	×
	事業対象者	要支援	×
	要介護	要支援	○
担当事業所の変更	要介護	事業対象者	○
	包括の直営	居宅へ委託	×
	居宅へ委託	包括の直営	×
	居宅へ委託	別の居宅へ委託 (居宅の統合を含む)	×

委託連携加算

委託連携加算は、介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する際に、利用者に関する必要な情報を担当する居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合に、利用者1人につき1回に限り算定することができます。

※ 居宅介護支援並びに介護予防支援における基準に準じて取扱います。

算定要件：

地域包括支援センターからの委託を開始した日の属する月（初めて給付管理する月）であって、次の手順で処理・記録等が行われている場合

- ・地域包括支援センターから委託先へ、計画作成にあたって必要な情報（利用者基本情報やアセスメントシートなど）が書面で渡されていること。地域包括支援センターが委託先に行った利用者のサービス利用に関する助言も、書面で交付されていれば、要件を満たします。
- ・提供された書面又は支援経過に、情報提供等の支援が行われた日付（書面の作成日ではありません。）が記録されていること。

なお、地域包括支援センターは書面だけでなく、利用者に関する引継ぎやサービス担当者会議への参加又は初回訪問への同行等、介護予防サービス計画の作成等に協力するよう努めます。

短期集中予防サービス（C型）実施加算（令和5年4月より）

短期集中予防サービス利用時には、毎月面接してのモニタリング実施や終了前会議の開催などを課し、短期間の利用者の変化に対応したサービス提供を行うためのケアマネジメントを求めているため、鳥取市独自の加算相当額の委託料を支払うこととしています。

介護予防ケアマネジメントの加算として規定しているため、介護予防支援を算定する場合は算定できません。また、支払は国保連へ委託していないため、各地域包括支援センターは、鳥取市へ直接請求してください。

算定要件：

- ・短期集中予防サービスの利用実績があること
- ・予防給付を併用していないこと（介護予防支援費請求の月は対象外）

高齢者虐待防止措置未実施減算（令和6年4月より）

令和6年介護報酬改定により、高齢者虐待防止措置未実施減算が新設されました。以下の措置が行われていない場合に、減算が適用されます。

- ・事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行ってもよい。）を定期的開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ること。
- ・事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・事業所において、職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- ・上記の内容を適切に実施するための担当者を置くこと。

なお、詳細を確認されたい場合は鳥取市指導監査室へお問い合わせください。

業務継続計画未策定減算（令和6年4月より）

令和6年介護報酬改定により、業務継続計画未策定減算が新設されました。以下の措置が行われていない場合に、減算が適用されます。

- ・事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、業務継続計画を策定し、この計画に従って必要な措置を講じること
- ・事業所は、職員に対して業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施すること
- ・事業所は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと

ただし、経過措置として令和6年度中は「介護予防ケアマネジメント」と「訪問型サービス」には適用されません。また、「通所型サービス」も「感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画」が策定されていれば令和6年度中は適用されませんが、未策定の場合は減算が適用されます。

なお、詳細を確認されたい場合は鳥取市指導監査室へお問い合わせください。

(3) 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の算定

原則として、当月中に1日でも予防給付のサービスを利用している場合は、地域包括支援センターは「介護予防支援費」として国保連に請求します。

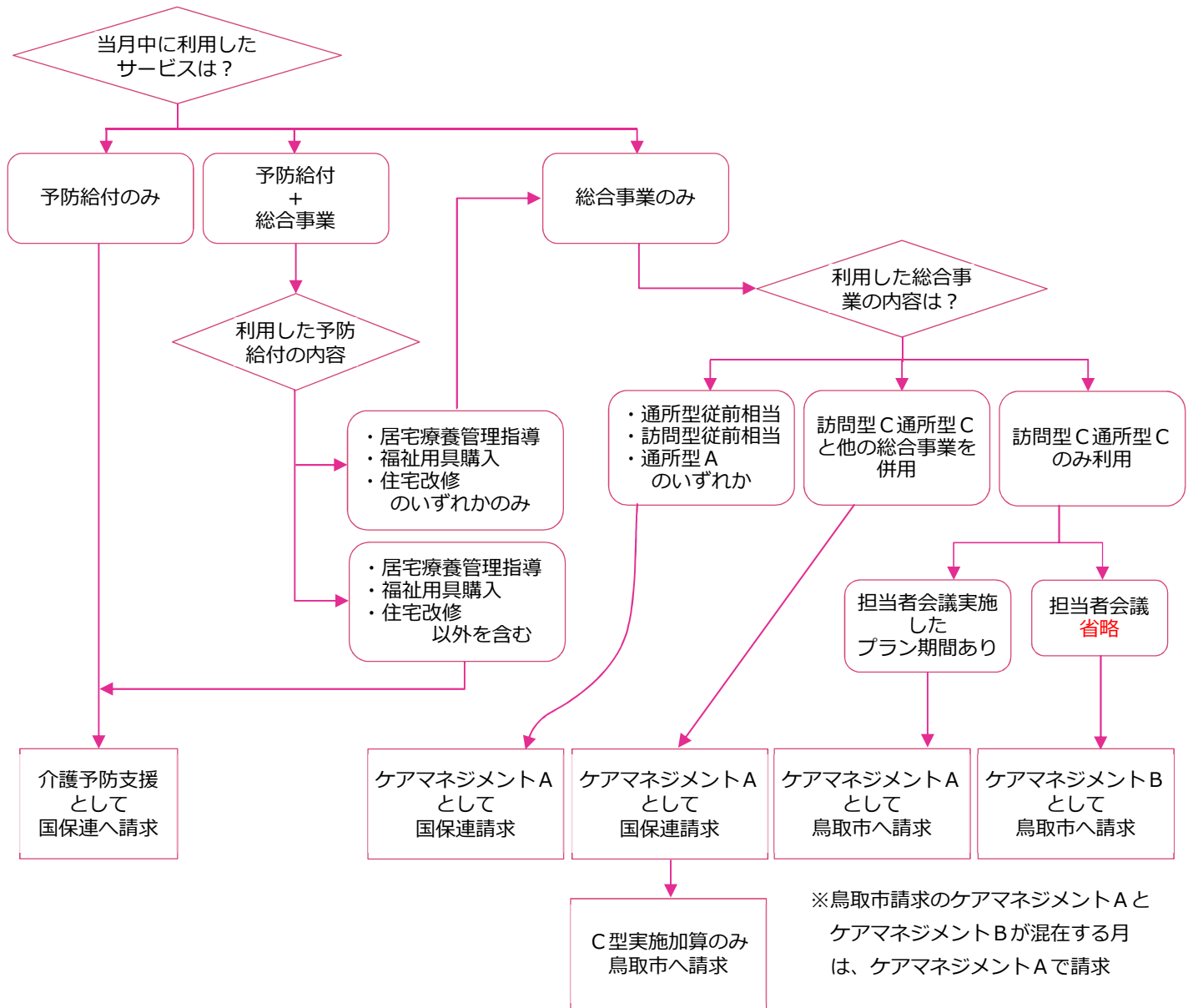
介護予防・生活支援サービス事業のみを利用した場合は、「介護予防ケアマネジメント」として請求しますが、当月に1日でも指定事業者によるサービス（従前相当訪問型サービス、従前相当通所型サービス、通所型サービスA）を利用している場合は国保連に、給付管理を行わないサービス（通所型サービスC及び訪問型サービスC、総称してC型サービス）のみを利用している場合は、鳥取市へ直接請求します。

また、サービス併用の有無に関わらず、短期集中予防サービス実施加算は、鳥取市へ直接請求します。

各類型・利用サービスごとの報酬請求等について

類型	利用サービス		プラン 開始月	(翌月)	(翌々月)	プラン 終了月
介護予防支援	予防給付 (C型以外の 総合事業併用 も含む)	会議	担当国会議	×	×	×
		モニタリング	3月に1回は居宅で面接して実施			
		報酬	国保連へ請求			
	予防給付 (C型サービ ス併用の場 合)	会議	担当国会議	×	×	終了前会議
		モニタリング	3月に1回は居宅で面接して実施、それ以外も面接して実施			
		報酬	国保連へ請求			
ケアマネジメ ントA (原則的)	総合事業 ・通所型A ・通所従前 ・訪問従前	会議	担当国会議	×	×	×
		モニタリング	3月に1回は居宅で面接して実施			
		報酬	国保連へ請求			
	総合事業 ・訪問型C ・通所型C を含む	会議	担当国会議	×	×	終了前会議
		モニタリング	3月に1回は居宅で面接して実施、それ以外も面接して実施			
		報酬	C型部分/鳥取市へ請求・その他/国保連へ請求			
	総合事業 ・訪問型C ・通所型C のみ	会議	担当国会議	×	×	終了前会議
		モニタリング	3月に1回は居宅で面接して実施、それ以外も面接して実施			
		報酬	鳥取市へ請求			
ケアマネジメ ントB (簡略的)	総合事業 ・訪問型C ・通所型C のみ	会議	省略 (担当国会議)	×	×	終了前会議
		モニタリング	3月に1回は居宅で面接して実施、それ以外も面接して実施			
		報酬	鳥取市へ請求			

請求先フロー



- C型サービスを単独で利用し、初回加算の要件に当たる場合

⇒ 利用中は毎月、ケアマネジメント費及びC型加算を請求し、初月は初回加算も請求する。国保連審査請求はできないため、鳥取市へ請求書で請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
C型加算	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
初回加算	CM (鳥取市)	×	×	×

- C型サービスを単独で利用し、初回加算の要件に当たらない場合

⇒ 利用中は毎月、ケアマネジメント費及びC型加算を請求する。国保連審査請求はできないため、鳥取市へ請求書で請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
C型加算	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
初回加算	×	×	×	×

- 従前相当の訪問型サービスを併用し、初回加算の要件に当たらない場合

⇒ ケアマネジメント費は国保連審査請求で対応し、利用中は毎月、C型加算のみ鳥取市へ請求書で請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	CM (国保連)	CM (国保連)	CM (国保連)	CM (国保連)
C型加算	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
初回加算	×	×	×	×

- 介護予防サービスを併用し、初回加算の要件に当たる場合

⇒ 介護予防支援費を算定する。介護予防ケアマネジメント費及びその加算は算定できない。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	支援 (国保連)	支援 (国保連)	支援 (国保連)	支援 (国保連)
C型加算	×	×	×	×
初回加算	支援 (国保連)	×	×	×

- 月の途中に、従前相当の通所型サービスからC型サービス単独利用に変更して利用開始した場合。他のサービスの利用はない。

⇒ 1月目に通所型サービスの利用があるため、1月目のケアマネジメント費は国保連審査請求とし、2月目以降に中央包括へ請求する。C型加算は利用中、毎月請求でき、中央包括へ請求する。1月目より前からサービス利用しているため、初回加算の要件には当てはまらない。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	CM (国保連)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
C型加算	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)	CM (鳥取市)
初回加算	×	×	×	×

- C型サービス単独利用中の3月目に、福祉用具貸与（予防給付）開始し、初回加算の要件を満たす場合

⇒ 介護予防支援費の算定となる3月目以降は、ケアマネジメント費及びC型加算の算定不可。初月は初回加算を算定する。1月目と2月目は中央包括へ請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	CM（鳥取市）	CM（鳥取市）	支援（国保連）	支援（国保連）
C型加算	CM（鳥取市）	CM（鳥取市）	×	×
初回加算	CM（鳥取市）	×	×	×

- C型サービスと福祉用具貸与を併用中の3月目に、福祉用具貸与（予防給付）を終了し、初回加算の要件に当たらない場合

⇒ 福祉用具貸与の利用実績がある3月目までは、介護予防支援費の算定となるため、ケアマネジメント費及びC型加算の算定不可。4月目はC型サービス単独利用のため、ケアマネジメント費及びC型加算を請求でき、中央包括へ請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	支援（国保連）	支援（国保連）	支援（国保連）	CM（鳥取市）
C型加算	×	×	×	CM（鳥取市）
初回加算	×	×	×	×

- 従前相当の訪問型サービスを併用し、初回加算の要件に当たらない場合で、3月目は訪問型サービスの利用実績がない時

⇒ 訪問型サービスの利用実績がある月のケアマネジメント費は国保連審査請求で対応するが、利用実績がなくC型サービス単独利用となった月は中央包括へ請求する。また利用中は毎月、C型加算を中央包括へ請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	CM（国保連）	CM（国保連）	CM（鳥取市）	CM（国保連）
C型加算	CM（鳥取市）	CM（鳥取市）	CM（鳥取市）	CM（鳥取市）
初回加算	×	×	×	×

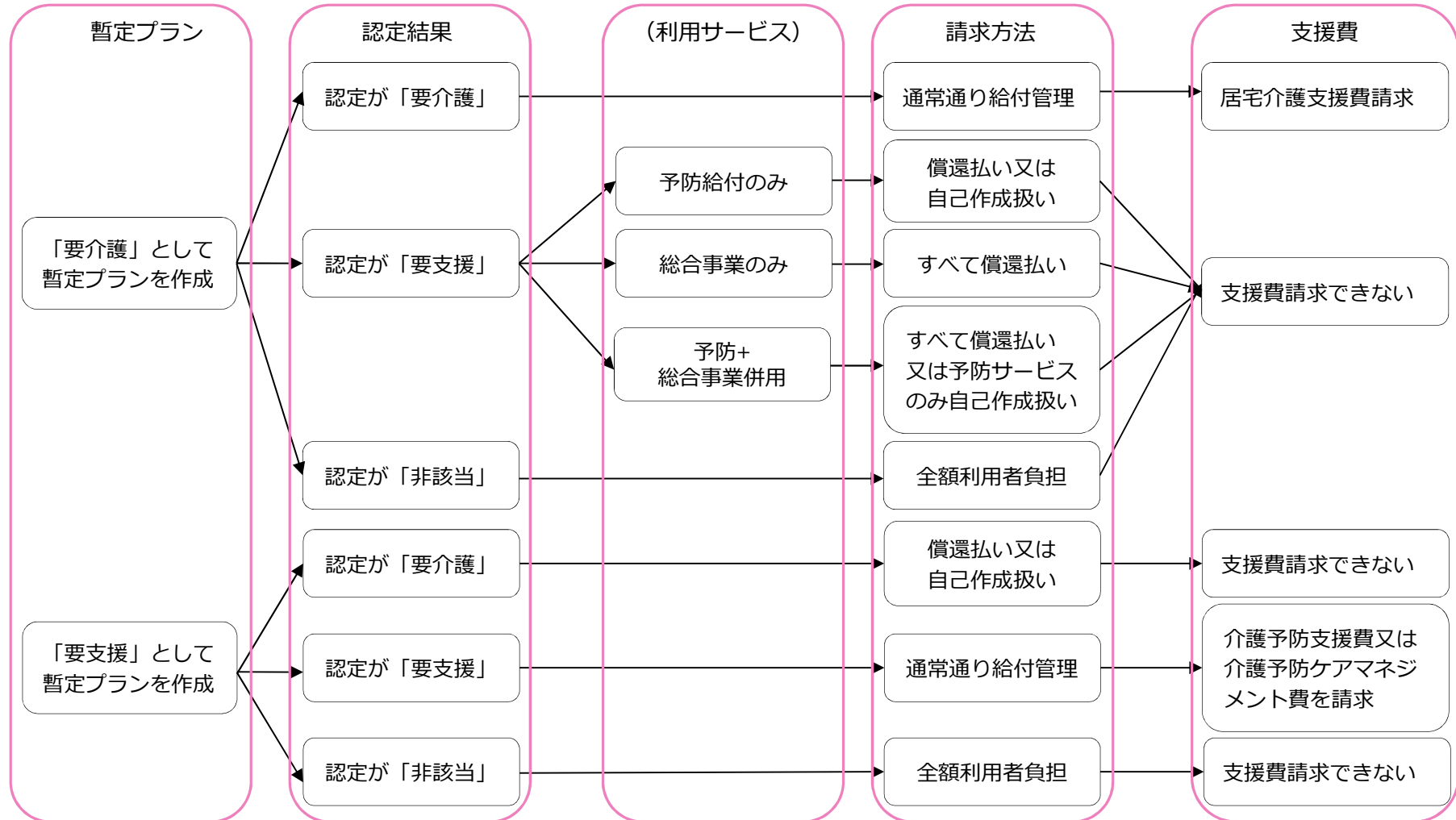
- 訪問型サービスと福祉用具貸与（予防給付）を併用し、2月目の途中で福祉用具貸与の利用はいったん終了した場合。初回加算の要件には当たらない。

⇒ 福祉用具貸与の利用実績がある間は、介護予防支援費の算定となるため、ケアマネジメント費及びC型加算の算定不可。

訪問型サービスとC型サービスの利用のみとなる3月目以降は、ケアマネジメント費は国保連審査請求とし、C型加算のみ中央包括へ請求する。

	1月	2月	3月	4月
基本報酬	支援（国保連）	支援（国保連）	CM（国保連）	CM（国保連）
C型加算	×	×	CM（鳥取市）	CM（鳥取市）
初回加算	×	×	×	×

(4) 暫定ケアプランによるサービス利用の場合の取扱い



※自己作成については、P27をご確認ください。

5. その他

(1) 居宅届の取扱いについて

事業対象者として介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合、利用者情報を管理し、要支援や要介護認定の方と同様に国保連を通して給付管理できるよう登録するため、「居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（居宅届）の提出が必要となります。

地域包括支援センターの居宅届提出の要否

介護度等の 変更前の状態	決定後の介護度	居宅届 要：○、不要：×	備考
認定なし	事業対象者	○	基本チェックリストを提出
	要支援	○	
	要介護	○	
事業対象者 (認定申請)	非該当	×	事業対象者資格の復活について 介護保険係に連絡すること
	要支援	×	
	要介護	○	
事業対象者	事業対象者	×	期間更新の場合・基本チェック リストを提出
要支援	事業対象者	×	基本チェックリストを提出
	要介護	○	
要介護	事業対象者	○	基本チェックリストを提出
	要支援	○	

※ 居宅届が提出不要となっている区分であっても、担当する地域包括支援センターが変更となる場合や小規模多機能型居宅介護を利用することとなった場合は、提出が必要です。

(2) 同意の取得について

書面による同意について

書面による同意とは、説明を受けた内容を理解した、あるいはサービス計画に同意した、という本人の意思を確認したことを示す証拠を書面という形で残すことです。

利用者の同意、承認を得る場面はいくつかありますが、契約書のほか、運営基準では以下の項目で「文書を交付して」あるいは「文書により」同意を得ることが定められています。

・重要事項説明書

指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十七条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。（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第4条)

・個人情報使用同意書

介護予防支援事業者は、サービス担当者会議（第三十条第九号に規定するサービス担当者会議をいう。）等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。（同基準第22条第1項第3号）

・ケアプラン（介護サービス計画書、介護予防サービス計画書）

担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならぬ。（同基準第30条第1項第10号）

同意の方法について

同意は、原則として利用者本人しかできません。利用者の状況に応じて説明の仕方を工夫し、自己決定に向けた支援を行ってください。

・本人による署名（自署）

原則として、書面に本人が署名することで同意とします。押印は必要ありません。字が上手く書けないから等の理由で署名をためらう方もいますが、自分のことは可能な限り自分で行う、自己決定のための支援として、本人の署名を求めてください。

・代筆

説明を聞いて判断し自己決定する能力はあるものの、何らかの理由で自署が相当に困難な場合に、本人の意思は示されたうえで家族等が代わりに署名することが「代筆」です。

代筆する場合は、代筆者が本人の同意の意思を確認したうえで、本人の氏名を署名し、代筆者の氏名、続柄、代筆理由を記載します。押印は不要です。

【書き方例】

(本人)	○○ ○○	
(代筆者)	□□ △△	(続柄) 子
(代筆理由)	_____	

※代筆理由には「書字が困難であるため」だけでなく、「筆記用具を持つことができないため」など、なぜ書字が困難なのかも含めて記載してください。

【地域包括支援センター職員による代筆】

代筆する場合、通常は説明に同席された家族などをお願いします。しかし、代筆を依頼できる方がいない場合、地域包括支援センターの職員が説明に同席し、本人が同意していることが確認できた場合に、地域包括支援センターの職員が代筆します。

ただし、サービス提供にかかわる事業所の職員は代筆を行うことができません。地域包括支援センターの職員がサービス計画を作成する場合は鳥取市中央包括支援センターの職員が代筆します。

・代理署名

本人が判断能力を欠くため、説明を聞いても適切な意思を示すことができない場合に、本人に代わって説明を聞き、本人に代わって同意を示すことが「代理」です。

代理署名する場合は、代理人が署名した上で、本人との続柄を記載し、誰のことを同意したか明らかにするために本人氏名も記入してください。押印、代理理由の記載は必要ありません。

地域包括支援センターやサービス提供事業所の職員が代理署名することはありません。

【書き方例】

(本人)	○○ ○○	(続柄)	成年後見人
(代理人)	□□ △△		

・その他の例外的な取扱い

視覚障がいや何らかの理由で書字は困難だが、自分で押印が可能な場合、署名欄に押印するのみで対応可能です。

(3) ケアプランの修正について（黒字対応と赤字対応）

ケアプランの修正に関する鳥取市独自の取扱いについて説明します。

黒字による修正対応

担当ケアマネジャーがケアプラン原案を作成後、サービス担当者会議を経て、利用者の同意を得ることでケアプランが有効なものとなります。

担当者会議の中でケアプランを修正することになり、利用者から同意を得る前に手書きで修正する場合は、ケアプラン原案に黒字で修正します。

なお、誤字・脱字の修正を除き、利用者から同意を得た後に黒字で修正することはできません。

赤字による修正対応

利用者から同意を得てケアプランが有効なものとなった後には、原則としてケアプランに追記・訂正等の修正を加えることはできません。

ただし例外的に、サービス提供の曜日変更や事業所名の変更（事業所番号は変わらない場合に限る。）といった軽微な変更であればサービス担当者会議を開催しないで修正することができるとしており、この場合は赤字で修正します。

また、サービス担当者会議を開催しないとしても、利用者や利用者家族に同意を得て、利用者やサービス担当者に交付されたケアプランも同様に修正する必要があります。

※軽微な変更にあたらぬもの（例）

- ・新規にサービスを追加する
- ・住まいや環境、身体状況の変化に伴って課題が変化した
- ・目標が変わった など

(4) 償還払いについて

償還払いとは、利用者が介護サービス利用料の全額を事業者に支払い、後に保険者に申請して自己負担分を除く金額（1割負担の方は9割分）の支給を受ける制度です。

償還払いが想定されるのは、以下の場合です。

- ・介護保険料の滞納により、償還払いの対象となっている場合
- ・福祉用具購入、住宅改修で償還払いとなる場合
- ・要介護認定を受けている方で、サービス計画に拠らずサービス利用した場合

介護予防サービスと総合事業のサービスは、支給の要件としてサービス計画に基づいて利用されていることが挙げられるため、基本的に償還払いが発生することはありません。

※介護サービス事業者が自己負担分を除く金額の支給を受ける権限を利用者から委任されて市町村からその支給を直接受け、利用者からは自己負担分しか受け取らない方法は、「代理受領方式」「受領委任払い」と呼びます。

【償還払いを受ける場合の手続き】

下記書類を保険者（長寿社会課介護保険係）宛に提出してください。

- ・介護保険サービス費等支給申請書（償還払用）又は介護予防・生活支援サービス事業支給費支給申請書（償還払用）
- ・サービス提供証明書 ※サービス事業所が作成
- ・サービス費用の領収書 ※支払いを受けたサービス事業所が作成

【住宅改修費及び福祉用具購入費】

- ・住宅改修費は償還払いであっても着工前に事前申請が必要です。手続きや必要書類は「鳥取市介護保険制度における住宅改修の手引き」をご確認ください。
- ・福祉用具購入費は、受領委任払いを受ける場合は事前申請が必要です。手続きや必要書類は「鳥取市介護保険制度における福祉用具購入の手引き」をご確認ください。

(5) 自己作成について

自己作成とは、利用者本人がケアプランを作成し、サービスを利用して給付を受けるものです。

自己作成する場合は、利用者本人が保険者（長寿社会課介護保険係）へあらかじめ自己作成届（居宅届に代わるものです）を提出します。利用者本人が作成したケアプランは、保険者に提出され、保険者が承認することで有効なものとなります。なお、総合事業のサービスは自己作成の対象外です。

自己作成する場合は、サービス提供事業所への利用申込やサービス担当者会議の開催、自己作成届の提出、サービス提供票の作成といった業務は利用者本人が行います。保険者は、利用者から提出された利用実績をもとに、国保連へ給付管理票を提出します。

自己作成“扱い”について

自己作成扱いは、担当ケアマネジャーが暫定プランを作成し、サービス担当者会議や本人の同意を得て有効なケアプランとして成立していたにもかかわらず、認定結果が見込みと異なっていた（更新申請で継続して要支援2の見込みだったが、認定結果は要介護2であった等）ために給付管理できない場合に、鳥取市が独自に実施する救済措置で

す。

【自己作成扱いの制度を利用する場合の手続き】

下記書類を保険者宛に提出してください。

- ・自己作成届……必ず自己作成とする期間を欄外に記入すること。
- ・ケアプランの写し……有効なケアプランに基づいてサービス利用していたことを確認するため、提出が必要です。
- ・サービス利用表別表……サービス種別、サービスコード、単位数など、給付管理を行うために必要な情報が記載されている資料が必要です。

※総合事業のサービスは自己作成の対象外なので、保険者は自己作成扱いとして給付管理することはできません。

(6) 住所地特例者の取扱いについて

住所地特例とは

介護保険では、原則として住民票のある自治体が保険者となりますが、介護保険施設等への入所によって当該施設の所在地に住所を移した場合、施設所在地の費用負担が大きくなってしまふ等の理由から、例外的な適用として、前住所地の市町村が保険者となります。

住所地特例が適用された場合、介護保険料の算定、要介護（要支援）認定や保険給付は保険者である前住所地の市町村が行います。

住所地特例適用施設は、以下の通りです。

- ・介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）
- ・特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅）
- ・養護老人ホーム（老人福祉法の入所措置がとられている場合）

住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施

住所地特例対象者に対する介護予防支援は、施設所在市町村が指定した地域包括支援センターが行うこととなっています。

また、住所地特例対象者に対する介護予防・生活支援サービス事業も含めた地域支援事業については、住所地特例対象者がより円滑にサービスを利用することができるよう、施設所在市町村が行います。

鳥取市の施設に入所した住所地特例対象者が要支援認定を受け、サービスを利用する場合

1. 利用者は保険者市区町村（例：B市）に認定申請します。
2. B市は、認定の結果・被保険者証・負担割合証を利用者あてに発行します。
3. 利用者は鳥取市の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約をします。
4. 利用者はB市様式の居宅届を鳥取市に届出することによって、介護予防支援又は介

介護予防ケアマネジメントを通じたサービス利用が可能になります。

5. 鳥取市は、提出された居宅届をB市に提出します。利用者から被保険者証の原本が提出されている場合は、一緒にB市へ提出します。
6. B市は、鳥取市から提出された居宅届に基づいて、地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を国保連に送付します。また、被保険者証に地域包括支援センターの名称を記載して利用者に送付します。

鳥取市の施設に入所した住所地特例対象者が事業対象者の認定を受け、サービスを利用する場合

1. 利用者は、鳥取市の地域包括支援センター職員によって、基本チェックリストにて事業対象者に該当か否かの判断を受けます。
2. 基本チェックリストに該当する場合、利用者は、鳥取市の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント契約を結びます。
3. 利用者は、基本チェックリストと保険者であるB市の様式の居宅届に被保険者証を添付して鳥取市に届け出ることにより、介護予防ケアマネジメントを通じたサービス利用が可能になります。
4. 鳥取市は、利用者から提出された基本チェックリスト及び居宅届を保険者であるB市に送付します。利用者から被保険者証の原本が提出されている場合は、一緒にB市へ提出します。
5. 保険者であるB市は、提出された基本チェックリスト及び居宅届に基づいて、認定の結果・被保険者証・負担割合証を利用者あてに発行し、事業対象者であることや地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を国保連に送付します。

6. 資料

資料1 基本チェックリストの考え方

(鳥取市介護予防・日常生活支援総合事業に係る基本チェックリスト実施要領より)

【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。

【質問ごとの考え方】

○ 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。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 徒歩圏外へ1人で外出できているかを評価する。 ・ 外出手段は問わない。 ・ 付き添いとは「その人のそばについて世話をすること」との意味。本人のそばにいて身体介護、支払い手続き、目的地への誘導など、何らかの世話をしないと外出できない場合は「付き添いあり」となる。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「買い物のための外出」と「必要な日用品を購入する生活管理」のどちらも行っているかを評価する。 ・ 外出を伴わない買い物（電話、ネット、通販、生協等）は全て「いいえ」と判断する。 ・ 本人が主体的に買い物に行けば、付き添いありも可。本人が付き添いとして行くのは不可。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「預貯金の出し入れの行為」と「金銭管理」のどちらも行っているかを評価する。 ・ ネットバンキングの場合や、自ら入金票又は払出票を作成し、銀行員や家族等に依頼して出し入れする場合は、外出していなくても可。

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。	<ul style="list-style-type: none"> ・「友人との交流会」と「交流のための外出」を同時に行っているかを評価する。 ・友人に会うため、友人と約束した別の場所（喫茶店等）を訪ねることは「はい」、友人が自宅を訪ねてくるのは「いいえ」。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活上で「意見を求められ、意見を答える」ことがあるかを評価する。 ・方法や内容は問わない（家族から食事メニューを聞かれる、友人から資産運用の相談を受ける等）。

○6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活上の実際の動作として手すり無しでの階段昇降を評価する。 ・「手すりがあるから使うが、無くても大丈夫」との回答であっても、手すりの使用頻度が高い場合は「いいえ」。 ・手すりの使用頻度で判断する。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活上の実際の動作として、つかまりの有無を評価する。 ・つかまりの頻度で判断する。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活上で毎日歩き続けているかを評価する。 ・休憩なしの15分位の歩行とするが、休憩ではない立ち止まり（買い物中の品定め、信号待ちなど）は途中であっても構わない。 ・買い物や家事で15分位うろうろする場合は「はい」とする。 ・休み休み歩くのは「いいえ」とする。 ・シルバーカーや杖を使用しても可。 ・15分位歩けるかどうかの能力判断は不可。実際に歩いているかどうかで判断。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・実際の転倒の有無を評価する。 ・つまずいただけや、途中で壁や手すり等をついて止まった場合は転倒としない。 ・歩行時のほか自転車での転倒も含む。 ・転倒の危険性の有無は判断不用。

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。	・自己評価のまま評価する。 ・不安の有無ではなく大小を評価す る。
----	---------------------	---	---

○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。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
11	6カ月で2～3kg以上の体 重減少がありましたか	6カ月間で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カ月以上かかって減 少している場合は「いいえ」と なります。	・計っていないから分からないと言わ れた場合は、本人の主観に基づき体重 減少の有無を評価する。その際の質問 は「最近6か月で痩せたと思います か、または誰かから痩せたと言われた ことがありますか」と聞く。 ・分からない場合は「いいえ」とす る。
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。	・体重計、スケールで計測する。 ・身長、体重の計測値は小数第2位以 下を切り捨てて、BMI 算出値は小数第 2位を四捨五入する。

○13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
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。	・咀嚼力低下のスクリーニング目的の 項目であるが、本人が半年前と明確に 比較することができない場合は「最 近、急に固い物が食べにくくなった か」と聞く。 ・固い物の概念はそれぞれ異なっても 構わない。
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。	・実際にあるかどうかを評価する。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇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。	・唾液が十分に出ているかをポイント にして聞く。のどの渇きとは異なるこ とに注意。

○16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
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。	・外出とは、仕事、買い物、散歩、通 院などで、庭先のみやゴミ出し、回覧 板を隣の家に持っていく程度は含まな い。 ・外出方法は問わない（一人で、又は 家族に連れて行ってもらう等） ・介助されての外出も含む。
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。	・入院やケガ等が理由であっても、外 出回数が減っていれば「はい」とす る。

○18～20の質問項目は認知症について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
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。	・本人の主観で回答する。
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、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。	・電話番号を調べる行為とかける行為のどちらも行っているかを評価する。 ・自分が電話番号を調べて（知人や番号案内に尋ねる、電話帳から調べるなどの手段を用いて）電話をかけていれば「はい」とする。 ・携帯電話の電話帳機能や短縮ダイヤルの設定を家族がしていて、その番号に電話している場合も「はい」とする。
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。	・日付を理解しているかを評価する。 ・新聞やカレンダーを見て確認しても、正解していれば「はい」とする。

○21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨	本市の考え方
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。	・「うつ状態を聞くための質問ですが」と前置きして、丁寧に確認していく。
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		

資料2 介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の 手順・提出書類一覧

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧を掲載
しています。

区分	ページ
新規	P35～36
更新	P37～38
変更	P39～40
終了	P41
委託連携加算	P42
モニタリング別紙	P43～44

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（新規）委託

令和6年4月1日改訂

介護予防支援及び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	提出書類及び注意事項																								
<p>受託 相談受付及びインテーク等</p> <p>①介護予防支援等に係る重要事項の説明と同意から契約等 *重要事項については、介護予防支援の開始に際し、あらかじめ行う *個人情報使用同意については、サービス依頼等情報を出すまでに行う 書類①②③（③は原本を保険者へ届出、包括へは写しを提出）</p> <p>②アセスメント *利用者及び家族と共に生活状況を確認し、問題点を明らかにするとともに、課題を検討する 書類④⑤⑥（アセスメントシートの様式は問わない）</p> <p>③介護予防サービス・支援計画書原案の作成 書類⑦ *インテーク及び①②の実施日時及び状況を支援経過に記録する 書類⑧ *やむをえず包括のプランチェックを受ける前にサービス担当者会議を行いたい場合は、事前に包括に相談したうえでサービス担当者会議の実施後に①～⑨を提出する（理由を支援経過に記録する）</p> <p>④提出 → 包括へ 書類①～⑧、サ担後は①～⑨ 包括は確認後返却</p> <p>⑤サービス担当者会議 書類⑨（支援経過記録でも可） *会議録を担当者に配布する</p> <p>⑥本人同意、介護予防サービス・支援計画書の交付 書類⑦（利用者の同意をもって原案が本プランになる） *申請中の暫定プランについても同様の手順で行い、事前提出ができない場合は包括へ相談する</p> <p>⑦原本提出 → 包括へ 書類①～⑨</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">契約関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>重要事項説明書・契約書（2部）</td> <td style="text-align: center;">①</td> </tr> <tr> <td>個人情報使用同意書（1部）</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の写し（マイナンバー消去）</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ケアマネジメント関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者基本情報</td> <td style="text-align: center;">④</td> </tr> <tr> <td>基本チェックリスト</td> <td style="text-align: center;">⑤</td> </tr> <tr> <td>アセスメントの結果記録</td> <td style="text-align: center;">⑥</td> </tr> <tr> <td>介護予防サービス・支援計画書</td> <td style="text-align: center;">⑦</td> </tr> <tr> <td>支援経過記録</td> <td style="text-align: center;">⑧</td> </tr> <tr> <td>サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）</td> <td style="text-align: center;">⑨</td> </tr> <tr> <td>介護予防支援・サービス評価表</td> <td style="text-align: center;">⑩</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">【プラン作成時の注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認定調査票・主治医意見書等からの情報も把握すること ▶ 介護保険証と負担割合証を確認すること ▶ 訪問型サービスを位置づける場合、ケアプランに「サービス提供内容（身体介護を含むか、生活援助のみか）」「提供時間の見込」を明確に記載すること ▶ 同居家族がいる利用者に訪問介護の生活援助を位置づける場合は、同居家族が支援できない理由をプラン上に必ず記載すること ▶ 医療系のサービスを位置づける場合は、主治医意見書等において主治医の指示があることを確認し、プラン上に記載（支援経過にも記入）すること ▶ 軽度者に対して原則として給付できない福祉用具が、利用者の状態的に給付の対象となりうると思われる場合は、保険者へ「軽度者福祉用具貸与に係る確 	契約関係		重要事項説明書・契約書（2部）	①	個人情報使用同意書（1部）	②	居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の写し（マイナンバー消去）	③	ケアマネジメント関係		利用者基本情報	④	基本チェックリスト	⑤	アセスメントの結果記録	⑥	介護予防サービス・支援計画書	⑦	支援経過記録	⑧	サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）	⑨	介護予防支援・サービス評価表	⑩
契約関係																									
重要事項説明書・契約書（2部）	①																								
個人情報使用同意書（1部）	②																								
居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の写し（マイナンバー消去）	③																								
ケアマネジメント関係																									
利用者基本情報	④																								
基本チェックリスト	⑤																								
アセスメントの結果記録	⑥																								
介護予防サービス・支援計画書	⑦																								
支援経過記録	⑧																								
サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）	⑨																								
介護予防支援・サービス評価表	⑩																								

⑧担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

* 個別サービス計画と介護予防サービス・支援計画の連動性・整合性を確認する

⑨実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録

* サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX 等の方法により聴取する（毎月）

* 直接利用者への状況把握をする（毎月）

・ 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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに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、利用者へ直接面接する

・ 別紙（注2）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする

・ 居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者へ面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する

* 必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う

* モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回）

書類⑧

⑩評価の実施

* 介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する

* 期間の終了月のモニタリング時に、計画期間全体の効果を確認したうえで、更新プラン作成のための再アセスメントにつなげる

書類⑩

認書」を提出して「要否の区分」を受けて、確認書のコピーをプランに添付すること

▶ サービスの利用回数等を記載すること

▶ 送迎減算及び栄養・口腔・リハビリテーションマネジメント加算等がある場合は必ず記載すること

▶ 支援経過には、担当経路、複数事業所の紹介やサービスを計画に位置付けた理由などの経緯がわかるように記載すること

注1) 委託連携加算を算定する際は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（委託連携加算）」を参照

注2) テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）」を参照

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（更新）委託

令和6年4月1日改訂

介護予防支援及び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	提出書類及び注意事項																		
<p>①評価の実施から再アセスメント</p> <p>* 介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、各サービス事業所の個別サービス計画の評価も加味して目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する</p> <p>* 期間の終了月のモニタリング時に、計画期間全体の効果を確認したうえで、更新プラン作成のための再アセスメントにつなげること</p> <p>* 居宅にて利用者及び家族と共に生活状況を確認し、残された或いは新たな問題点を明らかにするとともに、今後の課題を検討する</p> <p>書類①②③④⑤（アセスメントシートの様式は問わない）</p> <p>②介護予防サービス・支援計画書原案の作成</p> <p>書類⑥</p> <p>* ①の実施日時及び状況を支援経過に記録する</p> <p>書類⑦</p> <p>* やむをえず包括のプランチェックを受ける前にサービス担当者会議を行いたい場合は、事前に包括に相談したうえでサービス担当者会議の実施後に①～⑧を提出する（理由を支援経過に記録する）</p> <p>③提出 → 包括へ 書類①～⑦、サ担後は①～⑧ 包括は確認後返却</p> <p>④サービス担当者会議</p> <p>書類⑦⑧（支援経過記録でも可）</p> <p>* 会議録を担当者に配布する</p> <p>⑤本人同意、介護予防サービス・支援計画書の交付</p> <p>書類⑥（利用者の同意をもって原案が本プランになる）</p> <p>* 申請中の暫定プランについても同様の手順で行い、提出ができない場合は包括へ相談する</p> <p>⑦担当者に対する個別サービス計画の提出依頼</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ケアマネジメント関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護予防支援・サービス評価表</td> <td style="text-align: center;">①</td> </tr> <tr> <td>事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載）</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>利用者基本情報</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>基本チェックリスト</td> <td style="text-align: center;">④</td> </tr> <tr> <td>再アセスメントの結果記録</td> <td style="text-align: center;">⑤</td> </tr> <tr> <td>介護予防サービス・支援計画書</td> <td style="text-align: center;">⑥</td> </tr> <tr> <td>支援経過記録</td> <td style="text-align: center;">⑦</td> </tr> <tr> <td>サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）</td> <td style="text-align: center;">⑧</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">【プラン作成時の注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認定調査票・主治医意見書等からの情報も把握すること ▶ 介護保険証と負担割合証を確認すること ▶ 訪問型サービスを位置づける場合、ケアプランに「サービス提供内容（身体介護を含むか、生活援助のみか）」「提供時間の見込」を明確に記載すること ▶ 同居家族がいる利用者に訪問介護の生活援助を位置づける場合は、同居家族が支援できない理由をプラン上に必ず記載すること ▶ 医療系のサービスを位置づける場合は、主治医意見書等において主治医の指示があることを確認し、プラン上に記載（支援経過にも記入）すること ▶ 軽度者に対して原則として給付できない福祉用具が、利用者の状態的に給付の対象となりうると思われる場合は、保険者へ「軽度者福祉用具貸与に係る確認書」を提出して「要否の区分」を受けて、確認書のコピーをプランに添付すること ▶ サービスの利用回数等を記載すること ▶ 送迎減算及び栄養・口腔・リハビリテーションマネジメント加算等がある場 	ケアマネジメント関係		介護予防支援・サービス評価表	①	事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載）	②	利用者基本情報	③	基本チェックリスト	④	再アセスメントの結果記録	⑤	介護予防サービス・支援計画書	⑥	支援経過記録	⑦	サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）	⑧
ケアマネジメント関係																			
介護予防支援・サービス評価表	①																		
事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載）	②																		
利用者基本情報	③																		
基本チェックリスト	④																		
再アセスメントの結果記録	⑤																		
介護予防サービス・支援計画書	⑥																		
支援経過記録	⑦																		
サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）	⑧																		

* 個別サービス計画と介護予防サービス・支援計画の連動性・整合性を確認する

⑧実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録

* サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX 等の方法により聴取する（毎月）

* 直接利用者への状況把握をする（毎月）

・ 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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに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、利用者へ直接面接する

・ 別紙（注1）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする

・ 居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者へ面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する

* 必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う

* モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回）

書類⑦

⑨評価の実施

* 介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する

書類①

合は必ず記載すること

▶ 支援経過には、担当経路、複数事業所の紹介やサービスを計画に位置付けた理由などの経緯がわかるように記載すること

注1) テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）」を参照

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（変更）

令和6年4月1日改訂

介護予防サービス・支援計画書及び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	提出書類														
<p>①実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録</p> <ul style="list-style-type: none"> * サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により聴取する（毎月） * 直接利用者への状況把握をする（毎月） ・ 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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに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、利用者へ直接面接する ・ 別紙（注1）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする ・ 居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者へ面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する * 必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う * モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回） <p>書類⑤</p> <p>②介護予防サービス計画書の変更</p> <ul style="list-style-type: none"> * モニタリング等によって利用者の状況に変化があったことが明らかになった場合は介護予防サービス計画書の変更を行う。変更理由を明確にし、その評価結果を支援経過に記入すること * 軽微な変更と判断した場合は、その旨を包括に報告し、プランに赤字で追記 <p>③再アセスメントの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> * アセスメント実施日を支援経過記録に記載 	<table border="1" data-bbox="1198 327 2065 638"> <thead> <tr> <th colspan="2">介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者基本情報</td> <td>①</td> </tr> <tr> <td>基本チェックリスト</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>再アセスメントの結果記録</td> <td>③</td> </tr> <tr> <td>介護予防サービス・支援計画書</td> <td>④</td> </tr> <tr> <td>支援経過記録</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）</td> <td>⑥</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プラン作成時の注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 軽微な変更かどうか判断に迷った際は包括へ相談すること ▶ 認定期間に配慮すること ▶ アセスメントでは認定調査票・主治医意見書等からも情報を把握 ▶ 「利用者基本情報」は内容に変更があれば提出 ▶ 訪問型サービスを利用の場合、ケアプランに「サービス提供内容（身体介護を含むか、生活援助のみか）」「提供時間の見込」を明確に記載すること ▶ 同居家族がいる利用者に訪問介護の生活援助を位置づける場合は、同居家族が支援できない理由をプラン上に必ず記入すること ▶ 医療系のサービスを位置づける場合は、主治医意見書等において主治医の指示があることを確認し、プラン上に記入すること（支援経過にも記入） ▶ 軽度者に給付できない福祉用具を介護保険で貸与する場合は、サービス利用前に保険者へ「軽度者福祉用具貸与に係る確認書」を提出して「要否の区分」を受けて、確認書のコピーをプランに添付すること ▶ サービスの利用回数等を記入すること ▶ 栄養・口腔・リハビリテーションマネジメント加算等がある場合は必ず記入すること 	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係		利用者基本情報	①	基本チェックリスト	②	再アセスメントの結果記録	③	介護予防サービス・支援計画書	④	支援経過記録	⑤	サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）	⑥
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係															
利用者基本情報	①														
基本チェックリスト	②														
再アセスメントの結果記録	③														
介護予防サービス・支援計画書	④														
支援経過記録	⑤														
サービス担当者会議録（支援経過記録に記載でも可）	⑥														

書類②③ 必要時①

* アセスメントの結果（課題分析を含む）を記録

（アセスメントシートの様式は問いません）

* 計画書原案のチェック時に課題確認のため、アセスメントの結果記録を提出

④介護予防サービス・支援計画書原案の作成

書類④

* やむをえず包括のプランチェックを受ける前にサービス担当者会議を行いたい場合は、事前に包括に相談したうえでサービス担当者会議の実施後に②～⑥を提出する（理由を支援経過に記録する）

⑤提出 → 包括へ 書類②～⑤ 包括は確認後返却

⑥サービス担当者会議

書類⑥（支援経過記録でも可）

* 会議録を担当者に配布する

⑦本人同意、介護予防サービス計画書の交付

書類④（利用者の同意をもって原案が本プランになる）

* 申請中の暫定プランについても同様の手順で行い、事前提出ができない場合は包括へ相談する

⑧提出（原本） → 包括へ 書類②～⑥ ※①は必要時

⑨担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

* 個別サービス計画と介護予防サービス・支援計画の連動性・整合性を確認

⑩実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録

▶注1）テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）を参照

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（終了）

令和6年4月1日改訂

介護予防支援及び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	提出書類								
<p>①実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録</p> <ul style="list-style-type: none"> * サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により聴取する（毎月） * 直接利用者への状況把握をする（毎月） ・ 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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに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、利用者に直接面接する ・ 別紙（注1）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことが可能。 ・ 居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する * 必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う * モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回） <p>書類①</p> <p>②サービス評価の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> * 計画作成者の評価表・事業所評価 <p>書類②③</p> <p>③提出 → 包括へ 書類①②③ 包括は確認後②の控えを返却</p>	<table border="1" data-bbox="1193 328 2063 507"> <thead> <tr> <th colspan="2">介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>支援経過記録</td> <td>①</td> </tr> <tr> <td>介護予防支援・サービス評価表</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載）</td> <td>③</td> </tr> </tbody> </table> <p>【終了時の注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ プランの期間満了での終了については左記のとおり①②③を提出 ▶ プラン期間途中で転居のため終了の場合は①のみ提出 ▶ プラン期間途中で変更申請をして要介護となった場合は①のみ提出 ▶ 変更申請後の暫定プランを予防で作成する場合は変更プランの手順に従うこと。尚、認定の結果、要介護となった場合は包括に未提出の期間の支援経過を記録し①を提出 ▶ 死亡終了の場合はその経緯を支援経過に記録し①を提出 <p>注1）テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）」を参照</p>	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係		支援経過記録	①	介護予防支援・サービス評価表	②	事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載）	③
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係									
支援経過記録	①								
介護予防支援・サービス評価表	②								
事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載）	③								

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（委託連携加算）

令和6年4月1日改訂

地域包括支援センター	介護予防支援及び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	提出書類				
<p>①情報提供書（任意様式）作成 ・計画作成にあたり必要な情報を整理する 注1)</p> <p>②支援経過記録 情報提供した日時、内容を記載する。</p>	<p>③提出 情報提供書（任意様式）を文書で受け取る。</p> <p>④支援経過記録 情報提供を受けた日時、内容を記載する。</p>	<table border="1" data-bbox="1326 327 2107 411"> <tr> <th colspan="2">介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係</th> </tr> <tr> <td>支援経過記録</td> <td>①</td> </tr> </table> <p>【委託連携加算算定時の注意事項】</p> <p>* 地域包括支援センターから居宅介護支援センターへ委託を開始した日の属する月（初めて給付管理する月）に限り、利用者1人につき1回を限度として300単位を算定する。 注1）・地域包括支援センターが作成した「利用者基本情報」や「アセスメントシート」等の情報を提供する。 ・口頭によるアドバイスも情報提供とするが、必ず居宅介護支援事業所へ内容を文書化し提出する。</p> <p>* 利用者に関する引継ぎやサービス担当者会議への参加又は初回訪問への同行等、介護予防サービス計画の作成等に協力するよう努めること。</p>	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係		支援経過記録	①
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係						
支援経過記録	①					
<p>介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧 （新規、更新、変更）に続く</p>						

介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）

令和6年4月1日改訂

介護予防サービス・支援計画書及び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	留意点
<p>①実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録</p> <p>以下の要件を満たした場合、利用者の居宅を訪問しない期間において、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。</p> <p>(ア) 利用者の同意を得ること。</p> <p>(イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態が安定していること。 ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通できること。 ・介護支援専門員が、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、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。 <p>(ウ) 少なくとも6月に1回は利用者の居宅を訪問すること。</p> <p>*上記要件に該当しない場合は、少なくとも3月に1回は居宅を訪問しモニタリングを実施すること。</p> <p>*初回のモニタリングは介護予防サービス計画の実施状況を適切に把握する観点から、利用者の居宅を訪問して行う。その結果を踏まえテレビ電話装置等を活用したモニタリングが可能かどうかを検討すること。</p> <p>*サービスの評価期間が終了する月、利用者の状況に著しい変化があったときは居宅を訪問し利用者に面談すること。</p> <p>*モニタリングの結果の記録を月に一回は行うこと。</p> <p>*利用者宅を訪問しない月（テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く）でも、指定介護予防サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に介護予防サービス計画の実施状況について確認を行うこと。</p>	<p>(ア) について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○文書により利用者の同意を得ること。その際には利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は6月に1回であること等）を懇切丁寧に説明すること。 ○利用者の同意であって、家族の同意ではないことに留意すること。 ○利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。 <p>(イ) について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たり、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断すること。 ・介護者の状況の変化が無いこと。 ・住環境に変化が無いこと（住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む） ・サービス（保険外サービスも含む）の利用状況に変更が無いこと <p>○テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができることが必要。なお、テレビ電話装置等の操作については、家族等の介助者が操作を行ってもよい。</p> <p>○主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際</p>

の意見照会等も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくこと。

○サービス事業所の担当者からの情報提供を受けるにあたりサービス事業所の担当者の同意を得ること。また、同意を得たことを記録すること。

（画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等）

○情報提供には「モニタリングに係る情報連携シート」を活用すること。情報連携シートの項目には計画作成者が居宅サービス事業者等に情報収集を依頼することを記載する。サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意すること。

但し、情報連携シートを活用しない場合は、情報連携シートの各項目と照らし、サービス事業所との連携に必要な情報が得られているかを確認すること。

(ウ) について

○3月に1回のモニタリングが利用者の使用するテレビ電話装置等のトラブルにより実施できなかった場合は特段の事情には該当しない。

その場合、利用者の居宅への訪問によるモニタリングに切り替えること。