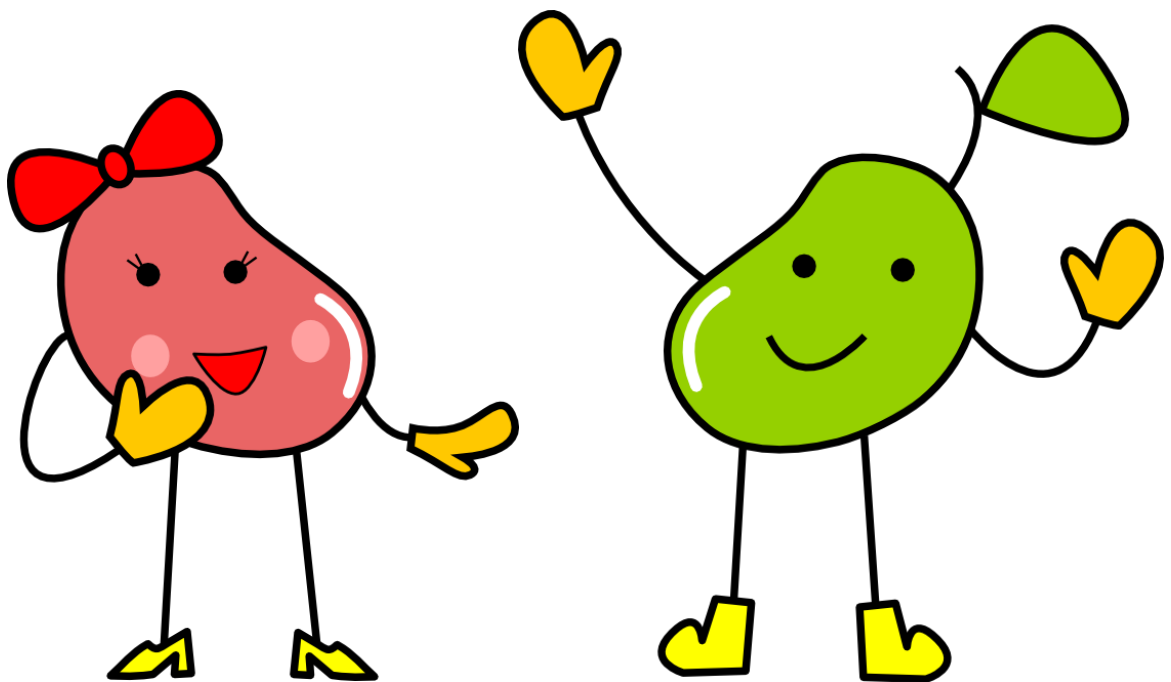


**介護予防支援及び
介護予防ケアマネジメントの
プロセス
～包括長森～**



岐阜市地域包括支援センター長森

令和２年７月作成

はじめに

☆岐阜市の包括支援センター全体で作成した

「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの流れ」（H31 年 2 月作成）をベースに作成しています

☆あくまでも包括長森と各居宅介護支援事業所との業務委託契約に基づいての説明となります。細かい部分で、他の包括と方法等が違う部分があります。ご了承ください。

☆表記について

本書では、下記のように名称を略して表記することがあります。ご了承ください。

地域包括支援センター→「包括長森」

居宅介護支援事業所→「居宅」

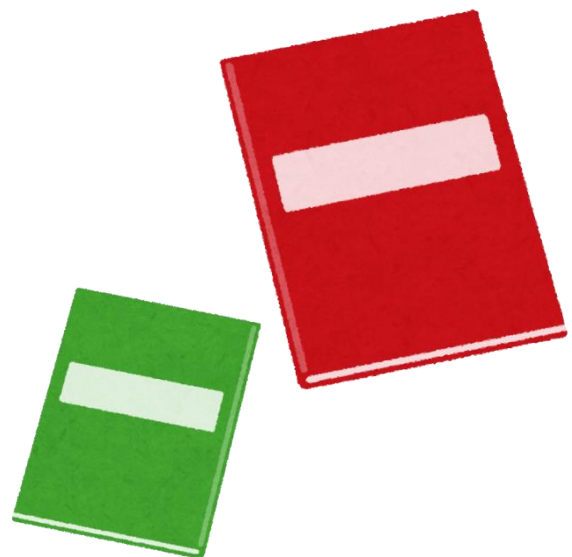
☆その他の参考文献

・「地域包括支援センター運営マニュアル2訂」

（地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会 H30 年 6 月 2 訂発行）

・「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

（介護支援専門員テキスト編集委員会 H30 年 6 月発行）



もくじ

1. 全体の流れと業務の順序について	・・・ 4
2. それぞれの業務について	
1) 相談申出（事前説明）	・・・ 5
2) 利用申込の受付及び居宅との契約	・・・ 6
3) 利用者と包括長森との契約	・・・ 6
4) アセスメント	・・・ 7
5) ケアプラン原案の作成	・・・ 7
6) ケアプラン原案の承認（包括長森の確認印）	・・・ 7
7) サービス担当者会議の開催	・・・ 8
8) ケアプランの説明・同意（利用者の署名・捺印）	・・・ 9
9) ケアプランを包括長森に提出	・・・ 10
10) サービス予定をサービス提供事業所へ送付	・・・ 10
11) 個別サービス計画の提出を求める	・・・ 11
12) モニタリング	・・・ 11
13) 給付管理業務（モニタリング状況の報告）	・・・ 12
14) 委託料の請求と支払い	・・・ 12
15) 評価	・・・ 12
3. 暫定利用の流れと注意事項	・・・ 13
4. 各種様式について	
1) 利用者基本情報	・・・ 15
2) 計画表	・・・ 16
3) 評価表	・・・ 16
5. 軽微な変更について	・・・ 17
6. 月額利用、回数利用について	・・・ 19
7. 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントのサービスが終了したとき	・・・ 20

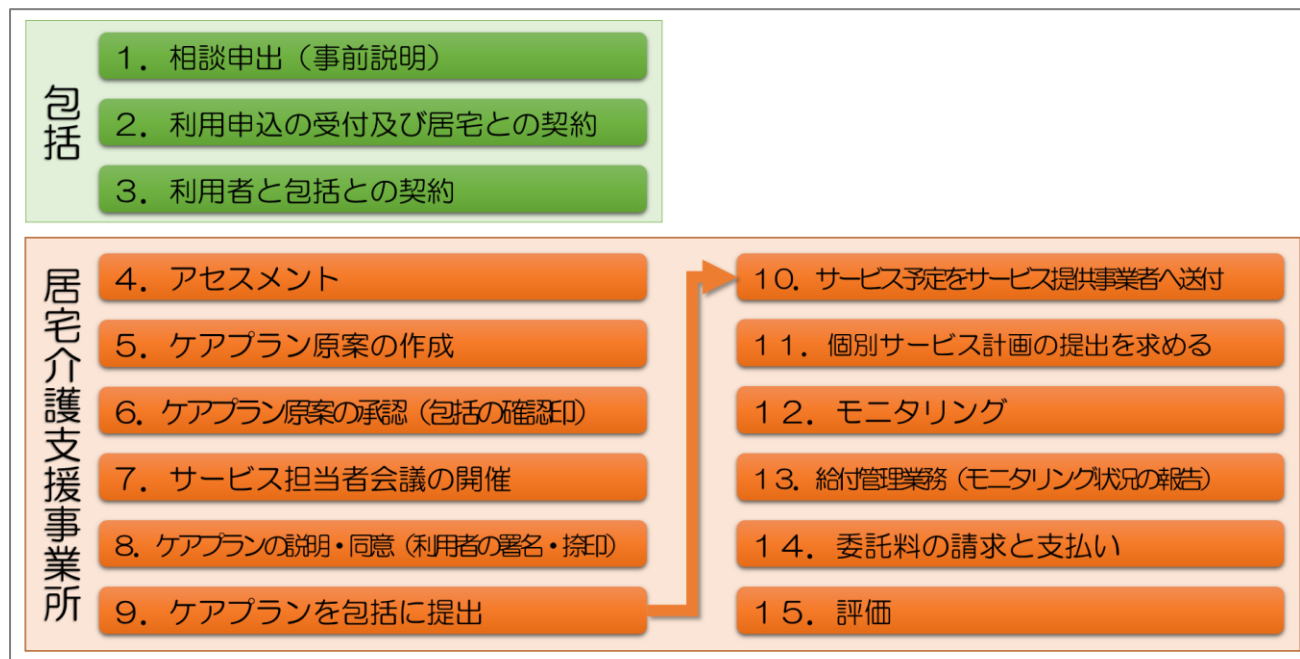


1. 全体の流れと業務の順序について

業務の全体の流れは下図のとおりです。

1～3は、ほとんどのケースで包括長森が行います。

委託のケアマネジャーには、4～15を行っていただくことになります。



☆業務の順序について

引用：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について（H27.4.1 改正）

なお、利用者の課題分析（第六号）から介護予防サービス計画の利用者への交付（第十一号）に掲げる一連の業務については、基準第一条に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、**緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。**ただし、その場合であっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて介護予防サービス計画を見直すなど、適切な対応をしなければならない。

原則としては、上図の流れの通りに業務を行っていただく必要がありますが、緊急的にサービスが必要な場合などは、その限りではないものと考えます。

ただし、その場合には包括長森への連絡をお願いいたします。

2. それぞれの業務について

1) 相談申出(事前説明)

包括長森では、下記のような流れで相談を受け、必要に応じて認定申請または基本チェックリストを実施しています。

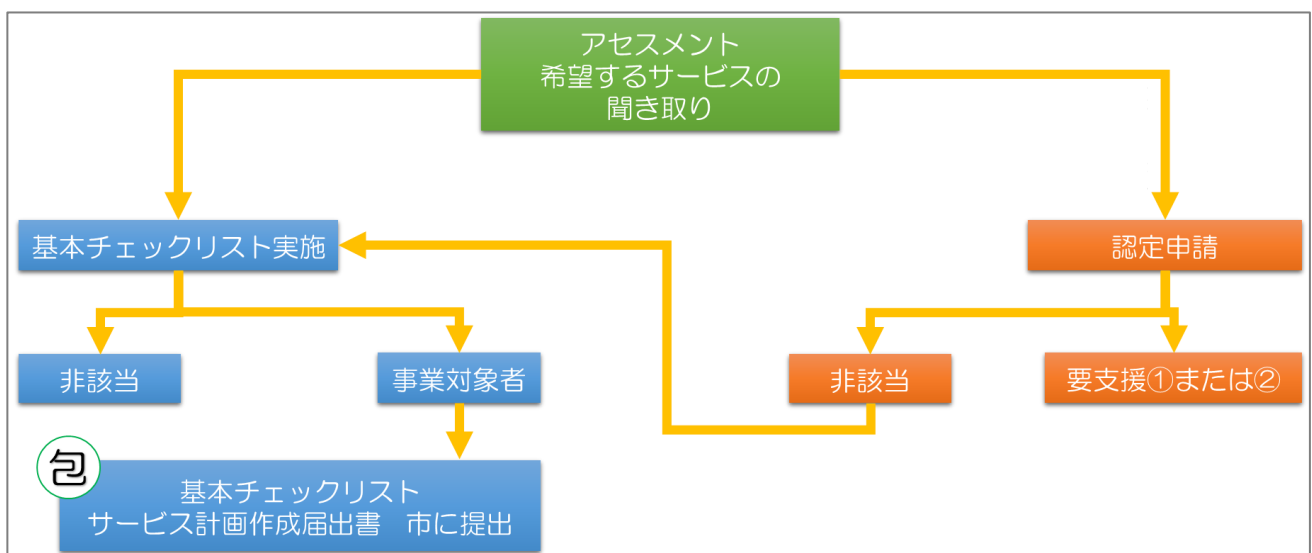


- ①高齢者から包括に相談
- ②包括は総合相談として相談を受ける
- ③アセスメントの結果、サービスが必要と判断
- ④本人・家族の意向、希望するサービスの確認
- ⑤認定申請また基本チェックリストを実施

総合相談とは？

「地域に住む高齢者等に関するさまざまな相談をすべて受け止め、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローする」
(引用：地域包括支援センター運営マニュアル2訂)

基本チェックリストを行うか、認定申請を行うかは、下記の流れで判断しています。



※基本チェックリストを実施した場合(事業対象者の場合)、「サービス計画作成依頼届出書」は、基本チェックリストと同時に市役所に提出します。

2)利用申込の受付及び居宅との契約

<包括長森から利用者へ>

- 認定結果に応じて流れを説明
- サービス利用および担当者について、本人及び家族の意向を確認

<包括長森と居宅>

- 業務委託契約を結ぶ
 - ※契約期間内であれば、同一の居宅に対する2人目以降では不要

3)利用者と包括長森との契約

<契約>

- 契約やケアプラン作成に係る日程調整を行う
- 契約は居宅のケアマネジャー同席のもと行うのが望ましい
- 利用者に下記について説明し、署名・捺印をいただく
 - ① 契約書 ②重要事項説明書 ③個人情報使用同意書

<届出書>

- （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）を市に提出
- ※ただし、事業対象者の場合は、この時点で既に提出済

<主治医意見書・訪問調査内容>

- 初回は、ほとんどの場合、包括長森が情報を取り寄せて、ケアマネジャーにお渡しする
- 届出書が提出されていれば、包括長森との委託契約書の写しを添えて申請することで居宅が直接情報を入手することができる



4)アセスメント

利用者宅を訪問し、利用者・家族に面接して、介護予防サービスを受けながらどのような生活をしたいかを確認していきます。利用者・家族の意向を尊重し、利用者が主体的・意欲的に取り組めるよう、解決すべき課題（ニーズ）を探ります。

（引用：八訂 介護支援専門員 基本テキスト P385）

※基本チェックリストは、**ケアプラン作成の度に必ず実施**してください

5)ケアプラン原案の作成

＜原案の組み立て＞

何を目標にして、どのような内容のサービスが必要かを検討。適切に提供できるサービス事業所を調整し、提供を依頼。地域資源に計画を併せるのではなく、利用者・家族のために計画を立て、ケアチームを編成します。

＜原案の作成＞

原案が固まり、利用者負担額の計算もできました。利用者・家族、サービス事業所へも原案を送り、検討してもらいます。

（引用：八訂 介護支援専門員 基本テキスト P385～386）

※ケアプランの期間について：おおむね6か月間での作成をお願いしています
認定期間との兼ね合いで6か月間での作成が難しい場合は、包括長森にご相談ください

6)ケアプラン原案の承認(包括長森の確認印)

①包括長森に以下の書類を持参

- ・評価表（初回は不要）
- ・基本チェックリスト
- ・ケアプラン原案

包括長森職員がサービス担当者会議に参加する場合には、**サービス担当者会議の場で確認を行っても差し支えない**

②包括長森職員がケアプラン原案の内容を確認し、確認印を押す（確認日、職員の印鑑）意見がある場合は記載する

☆包括長森では、主に以下のポイントで確認を行っています

- ・自立支援のための目標設定になっているか？
- ・自立支援のためのサービス内容になっているか？
- ・支援計画にインフォーマルサービスや利用者のセルフケア、家族の役割など記載があるか？

☆やむを得ない事情で、

サービス開始までに包括長森の承認を受けることができない場合

（例：緊急でサービス導入が必要だった場合、など）

- ①サービス開始までに電話等で包括長森に確認、承認を得る
- ②その旨を経過記録に記載する
- ③計画表（原本）の包括支援センターの確認印欄下に
「〇月〇日、電話にて包括〇〇の承認を得る」など記載しておく
- ④包括長森も経過記録に記録

＜サービス開始までに包括長森の承認も得られなかった場合の記載例＞

令和2年7月1日～の計画表について、7月1日までに包括の承認を受けることができなかった場合の記載例（赤字で記載してあるが、実際は文字色は何色でも問題ない）

地域包括 支援 センター	【意見】	計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 令和 〇 月 〇 日 氏名 〇 印 確認日は実際に書面を確認した日付を 記載します
	【確認印】 R2.7.3 岐阜市地域包括支援センター長森 佐藤 令和2年6月30日、 電話にて包括佐藤の承認を得る	

7) サービス担当者会議の開催

＜開催時期＞

原則としてケアプラン作成・変更時に開催

○初回

○認定の更新

○ケアプランの見直し、変更

- ・計画期間終了に伴う見直し
- ・サービスの追加
- ・サービス内容の変更

※軽微な変更の場合は不要

○その他、必要に応じて臨時的に開催する事もできる



<目的>

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービス等について情報共有をし、その役割を理解すること
- ③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画等を協議すること
- ④介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること

※担当者会議の場で、サービス利用頻度（月額利用または回数利用）を決定する
（P19「6. 月額利用、回数利用について」を確認してください）

8) ケアプランの説明・同意

ケアプランの内容を利用者及び家族に説明、同意を得る同意の日付を記入し、利用者の署名・捺印をいただく

☆やむを得ない事情で、

サービス開始までに本人の署名・捺印をいただけない場合

（例：本人の体調不良のため訪問日程が調整できなかった、など）

- ①サービス開始までに電話等で利用者に確認、了承を得る
- ②その旨を経過記録に記載する
- ③計画表（原本）の本人同意欄下に
「〇月〇日、電話にて本人に確認、了承を得る」など記載しておく
- ④包括長森に報告
- ⑤包括長森も経過記録に記載

<サービス開始までに利用者の署名・捺印がいただけない場合の記載例>

令和2年7月1日～の計画表について、7月1日までに本人の署名・捺印がいただけなかった場合の記載例（赤字で記載してあるが、実際は文字色は何色でも問題ない）

地域包括 支援 センター	【意見】	計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 令和2年7月3日 氏名 長森太郎 (捺印)
	【確認印】 R2.6.30 岐阜市地域包括支援センター長森 (捺印)	

実際に書面にて説明し、署名・捺印をいただいた日付を記載

令和2年6月30日、
電話にて本人の同意を得る

9) ケアプランを包括長森に提出

ケアプラン等の原本は各居宅で保管、下記を包括長森に提出してください

＜初回＞

- ・利用者基本情報（コピー）
- ・介護保険被保険者証（コピー）
- ・介護保険負担割合証（コピー）
- ・基本チェックリスト（コピー）
- ・ケアプラン（コピー）

＜変更、見直し＞

- ・介護保険被保険者証（認定更新時のみ）
- ・評価表（コピー）
- ・基本チェックリスト（コピー）
- ・ケアプラン（コピー）

※介護保険負担割合証は、年1回コピーを提出してください



＜介護保険被保険者証について＞

○必ず、**コピー**を提出してください

岐阜市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を定める条例（条例第71）

10条（受給資格の確認）

→**ケアマネジャーが、被保険者証によって受給資格を確かめたことを、包括が確認するため、コピーの提出をお願いしています（写真可）**

10) サービス予定をサービス提供事業者へ送付

令和 年 月		サービス予定及び実績報告票	
保険者番号	保険者氏名	岐阜市	高齢者福祉支援事業所名
生年月日	性別	ケアプラン	担当名称
提供時間	サービス内容	サービス担当者氏名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計
			利用単位数
介護予防サービス・支援計画書の目標			
サービス計画期間		令和 年 月	令和 年 月
実施状況		今後の対応	目標の達成状況
☐ 目標に達した利用が行われている ☐ 目標に達した利用が行われていない		☐ 継続 ☐ その他（内容を書いてください）	
お手数ですが、裏紙とモニタリングを記入し、毎月必ずご報告をお願いします。		事業者名	サービス担当者 報告日 /

岐阜市の独自様式

「サービス予定及び実績報告票」

岐阜市のホームページで

ダウンロードできる

- ①次ページに記載したタイミングで作成
- ②開始月、変更月の分だけ作成
- ③事業所は翌月分からはケアマネジャーから受け取ったサービス予定及び実績報告票をコピーして使用する

＜ダウンロードのページ＞

①岐阜市ホームページのホーム→②組織別索引→③福祉部→④高齢福祉課

→⑤事業者の皆様へ→⑥サービス予定及び実績報告書様式について

の順でクリックするとエクセルファイルをダウンロードできるページにアクセスすることができます

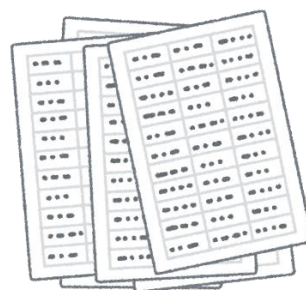
☆サービス予定及び実績報告票を作成し、サービス提供事業者へ送付するのは下記のタイミング

- ①サービス新規開始時
- ②認定更新時
- ③ケアプラン更新・変更時
- ④サービス提供事業所を変更・追加する場合
- ⑤ショートステイの利用がある場合と利用料が月単位ではないサービスを利用する場合は、毎月作成する（訪問看護など）

※総合事業の回数制を利用する場合は、この限りではなく、決定した利用頻度（例：第2第4火曜日、など）に変更がなければ、①～④の場合のみ作成する

11) 個別サービス計画の提出を求める

個別サービス計画に、ケアプランに位置付けられたそれぞれのサービスが、実際に連動性をもって作成されているかを確認するため、サービス提供事業所から個別サービス計画の提出を求める



12) モニタリング

利用者の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、ケアプラン通り実行できているかを確認する

○以下の場合、**居宅に訪問**して行う

- ①少なくとも3か月に1回
- ②評価期間が終了する月
- ③利用者の状況に著しい変化があったとき

○訪問しない月は電話等で状況確認

※デイサービス等で面接する場合は「**居宅に訪問ではない**」
と考えます

※やむを得ない事情で居宅に訪問することが困難な場合

（本人や家族が訪問を拒否している、など）は、包括長森にご相談ください。



13) 給付管理業務(モニタリング状況の報告)

< 給付管理業務 >

サービス提供事業所から提出された「サービス予定及び実績報告票」を包括長森に送付する

※翌月5日までに

※ゴールデンウィーク・正月等で休日と重なるなど、何らかの事情で5日までに提出できない場合は、ご連絡ください

< モニタリング状況の報告 >

「モニタリング報告票」に必要事項を記入し、実績報告票に添えて提出

※包括ごとに様式が違うので注意

※包括長森では、各居宅との委託契約締結の際に様式を送付してあります

※下記の内容が記載されていれば、別の様式を使用しても差し支えありません

☆モニタリング報告票に記載いただきたい内容（利用者ごとに記載）

項目	内容
利用者氏名	
担当者氏名	
利用の状況	新規・継続・利用なし・サービス終了の いずれかを記載
利用するサービス内容の変更の有無	有・無 のいずれかを記載 (例：デイサービス追加がある場合→有)
モニタリングの方法	訪問・来所・電話・その他 のいずれかを記載 (※デイでの様子確認は「その他」 P11 参照)
特記事項	特記すべき事項があれば記載（必須ではない）

14) 委託料の請求と支払い

①給付管理（毎月10日まで）→給付内容が決定（月末）

②明細書、請求書（ひな形）を送付（例：5月分は6月中旬までに送付することになります）

③明細書の内容で相違なければ、請求書に必要事項を記入のうえ、包括長森に提出

④委託料の支払い

（例：5月分は7月末頃支払うことになります）

15) 評価

①サービス事業者からの報告等をもとに、計画の達成状況について評価を行う

②評価の結果を記載した「評価表」を作成する

③サービスを継続、または変更する場合は、ケアプランを作成する（評価の内容をアセスメントとして活用することができる）

3. 暫定利用の流れと注意事項

暫定で利用した場合、利用した分の給付を受けられない場合があります。

例）・暫定で利用したが認定結果が非該当だった場合

・見込みよりも軽い認定が下りてしまった場合、一部を 10 割負担になることもある
その点を、必ず利用者に説明し、了承を得てください。

<流れ>

- ①包括長森に暫定でサービス利用開始する旨を連絡
- ②基本チェックリストの実施、アセスメント
- ③暫定ケアプラン原案を作成
- ④暫定ケアプランの承認（包括長森の確認印）
- ⑤サービス担当者会議の開催
- ⑥暫定ケアプランの説明・同意（利用者の署名・捺印）
- ⑦暫定ケアプラン・基本チェックリストを包括長森に提出
- ⑧保険証を確認し、認定結果を包括長森に連絡 認定審査会
- ⑨結果が要支援認定だった場合は、包括長森と利用者の契約
- ⑩本ケアプランの作成
- ⑪本ケアプランの承認（包括長森の確認印）
- ⑫本ケアプランの説明・同意（利用者の署名・捺印）
- ⑬被保険者証・本ケアプランを包括長森に提出
（本プラン作成時に実施していれば基本チェックリスト、初回の場合は利用者基本情報も）

※基本チェックリストは、暫定プラン作成時に実施していれば本プラン作成時は省略可
（ただし、利用者の状態が大きく変化している場合は必要）

<注意事項>

○各プランの日付について、通常通りの順序で業務を行った場合、下記の通りになります。

暫定プランの日付

- ・作成日：暫定プランを作成した日（サービス開始より前）
- ・認定の有効期間：空欄
- ・期間：サービス開始日～概ね 6 か月以内

本プランの日付

- ・作成日：本プランを作成した日（認定日結果が出た後）
- ・認定の有効期間：保険証を確認して記入
- ・期間：サービス開始日（暫定プランと同じ）～概ね 6 か月以内

☆暫定ケアプランから本ケアプランへの移行に当たりサービスの内容の変更をする場合

いったん評価を行い、新しいケアプランを作成する必要があります

下記の流れを参考にしてください

※ただし、軽微な変更にあたる場合は、本プランに手書きで修正を加えるのみで差し支えありません

<流れ>

- ⑭評価
- ⑮基本チェックリスト実施、アセスメント
- ⑯ケアプラン原案の作成
- ⑰ケアプラン原案の承認（包括長森）
- ⑱サービス担当者会議の開催
- ⑲ケアプランの説明・同意
- ⑳評価表・ケアプラン・基本チェックリストを包括に提出

☆要介護認定を見込んでいたが要支援認定が下りた場合

<流れ>

- ⑧保険証を確認し、認定結果を包括長森に連絡
- ⑨包括長森と利用者の契約
- ⑩基本チェックリスト実施、本ケアプランの作成
（各日付は通常の暫定プランの場合と同じ）
- ⑪本ケアプランの承認（包括長森の確認印）
- ⑫本ケアプランの説明・同意（利用者の署名・捺印）
- ⑬被保険者証・基本チェックリスト・本ケアプランを包括長森に提出
（初回の場合は利用者基本情報も）
同時に、介護の様式で作成した暫定プランのコピーを提出

※要支援か要介護か、どちらの認定が出るか分かりづらい利用者については、事前に包括長森に連絡をお願いします



4. 各種様式について

各種様式の書き方について、普段から質問が多いものをまとめました

1)利用者基本情報

<利用者の署名・捺印について>

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者に提示することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 印			

包括長森からの委託プランについては**必要**です

署名・捺印が必要な包括と不要な包括がありますが、契約書や個人情報使用同意書の内容との兼ね合いで、包括ごとに違う対応となっています。

ご理解をお願いいたします。

<基本情報の更新について>

（引用：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（老振 0605 第1号）より）

（略）ケアプラン原案（略）を作成する際に記載し、その後、（略）ケアプラン（略）の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

（「別葉を使用して記載する」は、新しい基本情報を作成することを指します）

基本情報の内容に変更が生じて、**サービス内容への具体的な影響がほとんどない場合は、更新の必要はない**ものと考えています。下記の手順で、既にある基本情報に新たな情報を書き加えてください。

- ①既に作成してある基本情報の1枚目上の方に変更時点（年月日）を明記
- ②変更箇所を二重線の訂正などで変更
- ③変更や追加した旨を経過記録に記載

<更新（再作成と利用者の同意）が必要な場合の例>

- ・家族と同居だったが、転居して独居になった
- ・キーパーソンが亡くなり、緊急連絡先が変更になった
- ・委託先事業所（居宅）が変更になった

など

2)計画表

＜多様な社会資源等の記載について＞

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援 インフォーマルサービス (民間サービス)	介護保険サービス又は 地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
毎日散歩に出かける	転倒のリスクがあります。自宅で体操を行う際や、散歩の際は十分注意しましょう。	・自宅でも体操を行う ・日課の散歩を継続する ・家事に取り組む		本人	近隣の散歩、家事、体操	R27.1～ R21231
	筋力低下を防ぎ、散歩を継続することができる身体づくりをしましょう。		・バイタルチェック、リハビリ運動による筋力低下防止、歩行・移動時の見守り	通所型サービス	〇〇デイサービス	
	健康な心身を維持できるよう、定期的に通院しましょう。必要に応じて、医療機関と介護保険事業者で連携を図っていきます。お薬は長男さんにも確認してもらいましょう。	・定期通院			〇〇医院	
		・医療機関との連携			ケアマネジャー	
		・服薬管理			長男さま	

「誰が、何をするのか」が、利用者さんにとって分かりやすいよう記載を（誰が、には利用者や家族、近隣住民、ケアマネジャー、医療機関等も含まれると考えます）

3)評価表

☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ <u>一般介護予防事業</u> ☐ 終了

☆基本的には「プラン変更」（「プラン継続」になることは稀）
 ○目標・サービス内容・期間に変更がなく、継続する場合は「プラン継続」
 ○目標・サービス内容・期間が変更になる場合は、「プラン変更」
 ○更新の結果要介護認定になった場合など、サービスが終了する場合は「終了」

(引用：介護保険最新情報 Vol.155＜ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）＞)

(略) 居宅介護サービス計画を変更する際には、原則として、(略) ケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。なお、「利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。

なお、これはあくまでも例示であり、「**軽微な変更**」にあたるかどうかは、**変更する内容が(略)一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。**

以上から、下記の場合は一連の業務は必要ないものと考えます

ただし、各項目の注意事項に留意をお願いいたします

軽微な変更にあたる内容	注意事項
サービス提供の曜日変更	
サービス提供の回数変更	回数利用が月額利用に変更する場合等は、利用者の状態等の変化による変更でなければ、計画表の見直しは必要ないが、サービス予定及び実績報告票の作成と事業所への送付が必要
利用者の住所変更	
事業所の名称変更	
福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	
目標もサービスも変わらない (利用者の状況外の原因による) 単なる事業所変更	
目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲の場合に限るものと考えます
担当介護支援専門員の変更	委託先の事業所内でケアマネジャーが変更になる場合は、これにあてはまると考えます 委託先事業所が変更になる場合は一連の業務が必要と考えます

※下記は**軽微な変更にあたら**ないものと考えます

目標期間の延長	「単なる目標期間の延長」は原則行わないものと考えます 介護予防ケアマネジメントでは、定めた期間での目標達成状況や本人の動機付けの状況の変化等をアセスメントすることが重要であると考えためです
---------	---

6. 月額利用、回数利用について

引用：岐阜市介護予防・日常生活支援総合事業 Q&A

(<https://www.city.gifu.lg.jp/secure/29994/nsougouqa.pdf>)

Q6 月額利用、回数利用の利用マニュアルは作成される予定はありますか？

月額利用、回数利用について、マニュアル等を作成すると、適切なケアマネジメントではなく、画一的な利用が進む危険性があるため、マニュアル作成は予定していません。

サービスの利用は、ケアプランに基づいて実施します。そのため、前月までに変更の申し出をし、翌月から変更する形が原則的な利用になると考えます。

<取り扱い例>

- ① 計画の見直しと同時に計画期間の利用者の意向（月額か回数か）を確認する。
- ② その期間分の提供票を作成する。
- ③ 変更の希望があった場合に見直す。原則としては、月途中からの変更は認めず、翌月からの変更とする。

入院等の理由により著しく利用回数が減った場合などは例外的に月末での変更も可能とする。（月額制の利用者が、ショートステイを利用した場合は、今まで通り日割り請求が適用される）

※「②その期間分の提供票を作成する」は、通常通りサービス計画期間を記入したサービス及び実績報告票を作成する、という意味です。

P10 10)「サービス予定をサービス提供事業所へ送付」参照



7. 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントのサービスが終了したとき

<評価>

サービスが終了した時点、または計画の期間が終了した時点で評価を行ってください。

☆評価を実施するタイミングの例

- ①**更新の結果、要介護**認定が下りて介護予防支援のサービスが終了した場合
：計画期間が終了する月（認定期間が切れる月）に評価を実施
- ②**区分変更申請の結果、要介護**認定が下りて介護予防支援のサービスが終了した場合
：区分変更申請を行う前日までに評価を実施
その際、区分変更申請をするに至ったアセスメントの内容を評価表に記載
- ③**入院中に区分変更申請**を行った結果、要介護認定が下りて介護予防支援のサービスが終了した場合
：入院の時点、または区分変更申請を行うことが分かった時点で、評価を実施
ただし、入院中に計画期間が終了する場合は、計画の期間終了時点で評価を実施
- ④サービス利用を**中断している間に計画期間が終了**した場合
：計画の期間終了時点で評価を実施

その他、イレギュラーなケースがあった場合は、包括長森にご相談ください。

<書類原本の返却>

サービスが終了した利用者に関する資料は、終了時点から5年間、包括長森にて保管します。サービスが終了したら、下記書類の原本を包括長森に返却してください。

☆返却いただく書類

- (1) 利用者基本情報
- (2) 認定調査結果と主治医意見書
- (3) 介護保険被保険者証のコピー
- (4) 基本チェックリスト
- (5) 計画表
- (6) 評価表(※)
- (7) 支援経過記録

(※)

サービス終了時点の評価表も忘れずに

また、要支援の認定を持っている（または事業対象者）ものの、利用者の意向により長期間にわたり利用を中止している利用者についても、原本の返却をお願いします。

ただし、サービスを再開する見込みがあり、かつ、再開後ご担当をお願いできるケースは、そのまま原本をお持ちいただいても差し支えありません。その際は、包括長森に連絡を。



☆ご質問、追記の希望などありましたら、下記お問合せ先までご連絡ください。

問い合わせ先

岐阜市地域包括支援センター長森

〒500-8217

住 所：岐阜市塩町 2-32

電 話：058-245-2855

F A X：058-214-3170