

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援について

地域包括ケア推進課では、介護保険制度の適正な運営を図るため、一連のケアマネジメントプロセスや適切な介護報酬請求等の観点から、あんしんケアセンターに対し、定期的に運営指導（旧：実地指導）・ケアマネジメントの点検を行っています。

令和4年度は、介護保険法（平成9年法律第123号）第23条、24条及び115条の27に基づき、3事業所に対し運営指導を行いました。

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の実施にあたり、以下に記載のとおり、特にご注意いただきたい点についてお知らせいたします。

ケアマネジメントの実施にあたっては、以下の点に十分ご留意いただき、適切なケアマネジメントに実施に努めていただきますよう、お願いいたします。

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援にあたり、特にご注意いただきたい点

1 アセスメント、介護予防サービス・支援計画原案作成

(1) 課題分析では、利用者だけでなく、その家族の意欲・意向を踏まえて、利用者が抱えている問題を明らかにし、利用者が自立した日常生活を送ることができるように、支援すべき総合的な課題を把握してください。

(2) 介護予防サービス・支援計画の作成においては、利用者自身が取り組む行動や導入すべきサービスを計画に位置付けるだけでなく、家族の協力や地域のインフォーマルサービスも位置付けてください。

インフォーマルサービスの検討にあたっては、「千葉市の生活支援サイト（※）」も積極的にご活用ください。

【（参考）千葉市の生活支援サイト】

※お住いの近くの「交流の場」や「家事援助」、「見守り支援」、「外出支援」などのサービスをインターネット上で簡単に検索することができます。以下のQRコードからご覧ください。



<QRコード>

千葉市の生活支援サイト

検索

(3) 初回の介護予防サービス・支援計画の期間は6か月以内としてください。

介護予防サービス計画の期間は原則6か月以内とし、目標が達成可能な期間とする。その後、状態が安定し、悪化の可能性が低い場合には、期間を最長1年とすることも可能とする。

（委託の場合はあんしんケアセンターに相談し、合意した場合に限る）

「平成25年度千葉市介護保険事業説明会（集団指導）より」

2 サービス担当者会議

- (1) 介護予防サービス・支援計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者がやむを得ない理由でサービス担当者会議に参加できない場合は、照会により専門的見地からの意見を求めること。
- (2) 介護予防サービス・支援計画の目標期間終了時には、担当者会議を開催すること。
- (3) ケアプラン変更の際は、原則として担当者会議を含む、ケアプラン作成にあたっての一連の業務を行う必要があります。

一方で、ケアプランの「軽微な内容の変更」に該当する場合は、上記一連の業務を省略することが可能とされるケースがあります。

「軽微な内容の変更」に該当するか否かは、「介護保険最新情報 vol.959 (※)」をご確認のうえ、個別具体的にご判断ください。

※・・・「令和3年3月31日付 居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて」

<認定期間中の担当者会議について>

要支援認定期間内において、介護予防サービス・支援計画の目標期間の終了に伴い、ケアプランの変更を行う場合(※)は、原則として担当者会議を行う必要があります。

(※)「プラン変更を行う場合」については、資料1参照。

3 モニタリング

- (1) 「少なくとも、サービス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態に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者面接をしてください。
- (2) 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り通所サービス事業所を訪問する等の方法により、利用者と面接をするように努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を行ってください。
- (3) 当該月の介護予防サービスの実施状況の確認ができる適正な時期にモニタリングを実施してください。
- (4) 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録してください。
- (5) モニタリングの記録においては、利用者の生活状況等だけではなく、介護予防サービス・支援計画の実施状況について記録してください。
- (6) 介護予防サービス・支援計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者に対して、個別サービス計画の提出を求めてください。
- (7) 介護予防サービス・支援計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者に対して、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を月に1回は聴取してください（介護予防福祉用具貸与等のサービスも含まれます）。

4 医療サービスとの併用

- (1) 介護予防サービス・支援計画に介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護等の医療サービスを位置付ける際は、利用者の同意を得たうえでサービスの必要性について、医師の意見を求めてください。
- (2) 通所サービスの利用が可能な方について、介護予防訪問看護（リハビリ）の利用する際には、妥当性を十分検討してください。
検討の結果、訪問看護が必要と判断する場合は、医師の意見を含め、その理由を介護予防サービス・支援計画書に記載してください。

5 福祉用具貸与

- (1) 軽度者に対して福祉用具を貸与するときは、本市が定める手続きを経たものであるか確認してください。
- (2) 介護予防福祉用具貸与を継続して位置付ける場合は、サービス担当者会議にて継続の必要性について検証し、継続が必要な場合には、その理由を介護予防サービス・支援計画に記載してください。

6 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの委託

指定居宅介護支援事業者への委託に当たっては、以下の事項について確認をしてください。

(1) あんしんケアセンター

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る責任主体はあんしんケアセンターとなります。

委託をした指定居宅介護支援事業所が、介護予防サービス計画原案（ケアプランの原案）を作成した際には、当該介護予防サービス・計画原案が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行ってください。

また、委託をした指定居宅介護支援事業所が評価を行った際には、当該評価の内容について確認を行い、今後の方針等について、必要な援助・指導を行ってください。

(2) 指定居宅介護支援事業者

委託を受けた場合は、ケアマネジメントの一連の業務（利用者への説明、アセスメント、サービス担当者会議、ケアプランの説明及び同意、評価等）を適正に行ってください。

また、上記書類は、委託元のあんしんケアセンターに提出してください。

7 新型コロナウイルス感染症に係る取り扱い

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の実施にあたっては、厚生労働省から随時発信されている「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」に基づき、ご対応くださいますようお願いいたします。

資料1

No. _____

評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

利用者氏名 _____ 様

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
<p>「プラン継続・プラン変更・終了」欄の考え方</p> <p>◇サービスに変更がなくても、基本的には、新たな目標が設定されるため、「プラン変更」を選択する。 <small>(目標達成の場合: 次の段階の目標設定を検討/目標未達成の場合: 達成可能な目標に見直す)</small></p> <p>◇「プラン継続」は、例えば、介護予防サービス・支援計画期間中に一時的な入院等があり、サービス利用ができなかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ介護予防サービス・支援計画の目標、内容を実施する場合や、あと少して目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合など。</p> <p>◇プラン終了に関しては、サービスが不要になり、次の介護予防サービス・支援計画を作成する必要がない場合を選択する。</p>						

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

