

大津市介護予防支援・総合事業計画者マニュアル



令和7年4月
大津市長寿福祉課

はじめに

大津市では、地域包括支援センターの業務のうち、指定介護予防支援事業者としての業務（介護予防支援業務）および事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントに関する業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託して実施しております。

本マニュアルには、その業務についての標準的な事務手続きを中心に記載しておりますので、その主旨をご理解いただき、ご活用ください。

令和7年4月

＊大津市では、「地域包括支援センター」の愛称を「あんしん長寿相談所」としています。

目 次

1. 基本方針	1
2. 実施上の留意事項	1
3. 事業対象者の取り扱いについて	2
4. 業務の内容	2
相談から業務委託まで	2
利用者基本情報の把握・アセスメント・計画の作成	3
サービス担当者会議の開催	4
モニタリングと評価	6
給付管理業務	7
委託終了の事務手続き	7
(表 1) 介護予防支援及び総合事業ケアマネジメント必要書類一覧	9
(表 2) 介護予防支援及び総合事業ケアマネジメントの 関係書類取り扱いについて (委託分)	10
(フロー図) 介護予防支援・総合事業ケアマネジメントの流れ	11

資 料

資料 1 軽度者における福祉用具貸与について

- ① 特殊寝台・特殊寝台付属品
- ② 床ずれ防止用具・体位変換器
- ③ 認知症老人徘徊感知機器
- ④ 車いす・車いす付属品
- ⑤ 移動用リフト (段差解消機)
- ⑥ 移動用リフト (昇降座椅子)
- ⑦ 移動用リフト (段差解消機・昇降座椅子以外)

(参考 1) 軽度者レンタル連絡表

(参考 2) 軽度者の福祉用具貸与 (確認依頼書の提出について)

資料 2 利用者の転居等の異動およびその他サービスの利用の終了の対応について

資料 3 暫定ケアプランの取り扱いについて

- ① 被保険者が介護保険申請 (新規) を行った場合のケアプランの流れ
- ② 要支援認定者が区分変更申請を行った場合のケアプランの流れ
- ③ 暫定ケアプランに関する Q & A

1. 基本方針

要支援認定者および事業対象者（以下「利用者」という）が「要介護状態となることをできる限り防ぐ」「要支援状態になってもそれ以上悪化しないようにする」ため、以下の取り組みを実施する。

- ・利用者が自分の介護予防、健康の維持・増進に意識を持ち、介護予防に対する具体的目標を設定し、目標達成へ向けて取り組めるよう支援する。
- ・生活の中で生じる困りごとを補うためのサービスを当てはめるだけではなく、利用者の自立支援に資するために、心身の状況、置かれている環境、本人及びその家族の希望等を勘案し、生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援する。

2. 実施上の留意事項

- （１）介護保険法及び関係法令、「（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〈厚生労働省令第３７号〉」やガイドライン等を含む）を遵守するとともに、これらに基づいて業務を実施する。
- （２）大津市個人情報保護条例等を遵守し、住民の重要な個人情報の取り扱いに十分注意する。地域包括支援センター及びその業務の一部を委託されている居宅介護支援事業者が運営する指定居宅介護支援事業所（以下「委託事業所」という）においては、個人情報を記録した書類や情報端末の管理、介護支援専門員等が持ち出す磁気媒体について、個人情報の保護及び漏洩を防ぐ万全の措置を講じる。
- （３）業務を実施するにあたり、各事業者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることから、あらかじめ利用者から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の了承を得ておく。
- （４）委託事業所においては、大津市と居宅介護支援事業者の間で締結する「介護予防サービス計画作成委託契約書」に基づき、中立・公正にその業務を実施する。
- （５）委託事業所においては、大津市が採用しているブレインシステムに利用申請し、可能な限りＷｅｂによる請求事務を実施する。担当ケアマネジャーは、サービス利用前に利用票及び利用票別表を地域包括支援センターに提出し、事前に承認を受ける必要がある。これを以下、承認プランとする。
- （６）サービス利用希望者の住民票が大津市にない場合、住民票のある市町村（保険者）にその取り扱いについて問い合わせをする。

3. 事業対象者の取り扱いについて

(1) 事業対象者の申請について

〔必要書類〕

- ① 総合事業利用申請書
- ② 基本チェックリスト（オレンジ色）
- ③ 届出書

〔申請の流れ〕

申請の受付は担当地域包括支援センターにて行う。

地域包括支援センターはその必要性を判断し、長寿福祉課へ提出する。

利用開始日は、担当地域包括支援センターが申請書を受理した日とする。

(2) 事業対象者の取り下げについて

事業対象者としてサービス利用しなくなった場合、新規要介護認定の申請をした場合、又、新規で同時申請をした結果、要支援・要介護認定が出た場合については、「総合事業申請取り下げ書」を事業対象者の被保険者証を添えて長寿福祉課へ提出する。

ただし、死亡や市外転居の場合は、取り下げ書は不要である。

4. 業務の内容

相談から業務委託まで

(1) サービス利用に関する相談

利用者もしくはその家族（以下「利用者等」という）から相談を受けた地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に業務委託の依頼をする。要介護から要支援になった等、居宅介護支援事業所が直接相談をうけた場合は、担当地域包括支援センターに連絡する。

- 要支援の場合、黄色の基本チェックリスト裏面の「介護予防サービスのご利用について」の記載により同意を得て、担当地域包括支援センターから委託居宅介護支援事業所に認定調査情報を開示する。ただし、主治医意見書については、記入した医師の開示同意のある場合に限る。基本チェックリストが未提出の場合は、本人に提出するように促す。開示情報は、個人情報の流出を防ぐ為に複写・転写は厳禁とする。
- 事業対象者の場合、申請時には、すでにオレンジ色の基本チェックリストを提出している。委託居宅介護支援事業所がオレンジ色の基本チェックリストの写しを持っていない場合は、担当地域包括支援センターへ申し出ることにより、写しを受け取る。

(2) 認定更新に関する協力

担当ケアマネジャーは、利用者が更新申請や、区分変更申請を行う際に、申請を代行するなど、その他必要な支援を行う。

利用者基本情報の把握・アセスメント・サービス計画の作成

(1) 基本情報の把握、アセスメント、介護予防サービス・支援計画原案の作成

担当ケアマネジャーは、訪問にて利用者等の状態の把握・アセスメントを行い、課題・目標の設定、サービスの利用方針の決定をする。その上で介護予防サービス・支援計画原案を作成する。

■ 介護保険被保険者証の認定情報および介護保険負担割合証の確認と共に、生活保護の受給についても確認する。

■ 個人情報の収集を行う際には、利用者等にその目的を分かりやすく説明し、同意を得た上で進める。

■ 基本情報は、災害等に備えて、家族等の連絡先を確認し、変更があれば更新する。

■ 介護予防サービス・支援計画書の作成に当たっての留意点

- ・利用者等の主体的な取り組みも含めて課題と目標を設定する。利用者等との適切なコミュニケーションにより主体的な取り組みを引き出し、課題に対する目標と具体策を設定する。
- ・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するだけでなく、セルフケア能力(健康観、疾病への認識、受診・服薬管理行動等)、家族の協力、インフォーマルサービス(近隣者の見守りや支援・サロン・趣味活動・民間サービス等)を積極的に把握し、活用する。
- ・利用者の状態のみに着目するのではなく、要介護状態に至る直接的及び間接的な原因にも着目し、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービスの提供にならないように設定する。又、サービス事業所の選択においても、公正・中立な観点でその利用者に合ったものを広く紹介し選択してもらえるようにする。
- ・期間設定については、自立支援の効果を期待するにあたり、適切であるか十分検討する。計画期間は最大1年とし、評価を行う。要支援認定者はプラン変更時と介護認定更新時に計画作成を行う。ただし、要支援認定者で計画期間中にサービス変更等により計画変更した際に残りの認定期間が1年～1年2か月である場合には、1年を超える計画(最大1年2か月まで)を作成してもよい。たとえば、認定期間が2年の場合、10か月時点で計画変更する場合は1年2か月の計画を作成してもよい。事業対象者の計画変更時の期間は最大1年間とする。
- ・同一事業所内での担当ケアマネジャー交代時は、「支援経過記録」への記載と、後任の担当ケアマネジャーが作成した介護予防サービス・支援計画書(終了期間は前任者の計画書と同じとする)が必要である。その場合、評価表は不要である。計画の期間を延ばす場合には、評価表・サービス担当者会議の開催が必要である。

■ サービスの実施は、利用者本人を含めたサービス担当者会議の開催を経て行う。

＊サービス担当者会議の目的に合わせた参加者の要請を行う。

(2) 介護予防サービス・支援計画書原案の検討と確認

担当ケアマネジャーと担当地域包括支援センター職員で適切な介護予防サービス・支援計画の検討と確認を行う。

〔担当地域包括支援センターへの提出書類〕 ※P.9 必要書類一覧参照

サービス担当者会議の開催

担当ケアマネジャーは、利用者等、介護予防サービス提供者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、担当地域包括支援センター職員等とサービス担当者会議を開催する。

- 利用者とその家族の生活全体及び、介護予防サービス・支援計画書の生活目標や課題を共有し、目標達成のための役割分担を行う。
- 会議の内容は「介護予防支援経過記録」に記載し、担当地域包括支援センターへ議事録を提出する。なお、別様式での記録も可能である。
- 欠席者へは事前に照会し、本人のサービス利用時の状況とサービス提供者としての意見を聴取する。

(1) 開催場所について

原則、利用者の自宅とする。やむを得ない理由により、自宅で行えない場合は事前に担当地域包括支援センターに相談する。

サービス担当者会議をオンラインで行う場合には、家族を含む関係者間で対象者の現状の共有をはかった上で、利用者・家族との意思疎通が十分にとれるよう、留意すること。

(2) 開催時期について

- **新規・更新・区分変更申請時・計画開始時の開催**
 - ・新規の場合は、サービス開始前に実施する。
 - ・更新の場合は、要支援の認定を受けて介護予防サービス・支援計画を作成する場合、更新後の認定有効期間開始日までに実施することが望ましい。
 - ・区分変更申請等により、暫定でサービスを利用する場合は、サービス利用開始前にサービス担当者会議を実施する。なお、要支援認定を受ける可能性がある場合は、必ず担当地域包括支援センターに参加を求める。
 - ・暫定の場合は、認定結果が要支援に確定した際に、介護予防サービス・支援計画書を作成し、利用者および関係機関に発行し、担当地域包括支援センターに提出する。
 - ・認定結果が見込み違いの場合は、暫定の支援計画書（要介護）と、暫定のサービス担当者会議録、要支援の介護予防サービス・支援計画書を地域包括支援センターへ提出する。

■ **担当地域包括支援センター変更時**

- ・市内転居で担当地域包括支援センターが変更になる場合は、サービス開始前に実施する。

■ **臨時的開催**

- ・利用者の状態に変化があり、介護予防サービス・支援計画の変更が必要な場合についても、サービス担当者会議が必要である。
- ・軽微な変更の場合は、別紙参照の上、サービス担当者会議の開催の有無を決定する。

〔担当地域包括支援センターへの提出書類〕 ※P.9 必要書類一覧参照

(3) **介護予防サービス・支援計画原案の説明・同意**

- 担当ケアマネジャーは、利用者等に介護予防サービス・支援計画原案を提示し、説明を行う。利用者等の意見を聞き、必要な修正を加えた上で、「介護予防サービス・支援計画書」の本人同意欄に署名または記名・押印を受ける。利用者が自筆で署名した場合は、押印は不要。
- サービス担当者会議に参加した地域包括支援センターの職員は、地域包括支援センター記入欄への意見記入、署名を行い、その場で「介護予防サービス・支援計画書」を担当ケアマネジャーに手渡す。

(4) **サービス提供事業者等への書類の交付**

- 担当ケアマネジャーは「介護予防サービス・支援計画書（アセスメント票含む）」の原本の写しを取り、利用者およびサービス提供事業者へ交付し、担当地域包括支援センターに原本を返却する。
また、サービス内容や利用予定がわかるもの（「サービス提供票」、「提供票別表」等）を交付する。
- 介護予防サービス・支援計画書に基づき、サービス提供事業者から提出された「個別介護予防サービス・支援計画」と、加算サービス利用においては、「加算サービスに関する計画書」に基づき、両計画の連動性、整合性を確認する。また、担当地域包括支援センターにも提出する。
- 介護予防サービス・支援計画書の作成にあたり、意見を求めた主治医に対し、介護予防サービス・支援計画書を交付する等の連携を行う。
- 介護予防サービス・支援計画作成からサービス提供の過程においては、当該意見書を作成した主治医との連携が重要になる。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリ

テーション、介護予防訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導等の医療系サービスが組み込まれた場合や、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付においては、医師と適宜相談・連携を図ること。

- 入退院時における医療機関との連携については、入退院時情報提供書を用い適宜連絡を取り、情報収集を行うことで、退院後もサービスが円滑に利用できるようにする。

モニタリングと評価

(1) モニタリング

サービスの評価期間終了月及びサービス提供開始月の翌月から起算して3か月に1回、自宅への訪問を通じて本人との面接を実施する。また、訪問しない月においては、可能な限り利用されている通所サービス事業所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の状態を確認する。

- ◇ 状況の変化があった場合等必要に応じて利用者宅を訪問して面接を行う。
- ◇ 区分変更を行う場合は、事前に担当地域包括支援センターに相談する。
- ◇ 「介護予防支援経過記録」は毎月のモニタリング状況を記録し、少なくとも3か月に1回は、担当地域包括支援センターへ提出する。
- ◇ サービス事業所から毎月1回モニタリング結果を入手し、介護予防支援経過に記載する。介護予防支援経過に記載しない場合は、モニタリング結果を担当地域包括支援センターに提出する。
- ◇ ケアマネジャーは、栄養改善加算・口腔機能向上加算を算定している事業所が、必要月毎に評価し、報告があることを確認する。報告が無い場合は提供事業所への報告を依頼する。
- ◇ オンラインの活用について
以下の3点全てに該当する場合であって、少なくとも6か月に1回利用者の居宅を訪問し、面接するときは、訪問しない期間において、オンラインを活用して利用者に面接することができる。
 - 1) オンラインを活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
 - 2) サービス担当者会議等で、利用者の心身の状態が安定し、オンラインを活用しての意思疎通が可能であること、関係者の合意を得ていること。
 - 3) 介護予防サービス・支援計画に位置づけた期間が終了する月でないこと。

(2) 評価

事業対象者は計画作成時から1年毎に必ず基本チェックリストで本人の状態を客観的に評価し、サービスの継続について決定する。

要支援の場合も、チェックリストを活用した客観的な評価が望ましい。

担当ケアマネジャーは、サービス評価期間の終了月に評価を行い、「サービス評価表」を担当地域包括支援センターに提出する。地域包括支援センターでは、「サービス評価表」の確認を行い、今後の方針を決定する。

■ 評価表の提出時期について

- ・介護予防サービス・支援計画期間終了時
- ・介護予防サービス・支援計画変更時
- ・担当ケアマネジャー交代時

＊同一事業所内での交代であれば、評価は不要（「支援経過記録」に記載）。事業所が変わる場合は評価および介護予防サービス・支援計画が必要となる。また、委託事業所から地域包括支援センター直営になる場合も必要。

- ・介護予防サービス終了時

〔担当地域包括支援センターへの提出書類〕 ※P.9 必要書類一覧参照

給付管理業務

- 委託事業所は、新規および更新、サービス変更時は、承認プランの入力が必要であるため、担当地域包括支援センターへ、「サービス利用票」および「利用票別表」の提出を行う。

- 委託事業所は、総合事業Webで実績を入力する。Webの入力締切日は長寿福祉課が定めた給付日スケジュールを参照のこと。なお、Webで作成された給付管理票はそのまま国保連合会へ提出するため、必ず確認を行い間違えないように注意すること。

＊入力方法についての問い合わせ先：ブレインWeb専用ダイヤル 06-7777-6080

- 月遅れ請求（要介護認定遅れ等で）をする場合や区分変更申請時、サービス終了時、対象月にサービスの利用がない等の場合は、地域包括支援センターへ連絡する。
また、区分変更認定結果、要介護認定となった場合も連絡する。
- ショートステイ等、Webで入力できない場合は、実績の記載された「サービス利用票」および「利用票別表」を担当地域包括支援センターに、速やかに提出する。

委託終了時の事務手続き

（１） 委託ケース介護予防サービス終了における書類の取り扱いについて

- ・担当ケアマネジャーは、委託期間に発生した書類全てを担当地域包括支援センターへ

返却する。

- ・担当ケアマネジャーが所属する事業所を変更する場合は、書類全てを担当地域包括支援センターへ返却する。

(2) 契約解除申し出について

自動的に契約解除になる条件(※)以外で契約解除になる場合は、担当地域包括支援センターに連絡する。

■ 契約解除になる条件

- ・利用者が他市町村に転出した場合
- ・利用者が市内で転居し、担当包括支援センターが変更になった場合
- ・利用者が死亡した場合
- ・利用者が、要介護または非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護を利用した場合
- ・利用者が介護予防認知症対応型共同生活介護を利用した場合
- ・利用者が養護老人ホームに入所した場合