

第3章 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの流れ

1. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの流れおよび使用書類

【項目】	【使用書類】
1 要支援者からの利用申込	
2 契約	↓ ○重説 ○契約書 ○個人情報使用同意書 ○届出書 ○情報開示申請書
3 情報収集・課題整理	↓ 必須□利用者基本情報 □基本チェックリスト □主治医意見書・認定調査票 □アセスメントシート(事業所で使用しているもので可) 任意聴取(利用者像をより深める事ができるツール) □興味・関心チェックシート □バランス食事チェックシート(尼崎市独自様式) □課題整理総括表
4 計画書原案の作成	↓ ○計画書 (注) 厚生労働省より示されている標準様式
5 サービス担当者会議の開催	↓ ○サービス担当者会議の要点(経過記録に記載でも可)
6 計画書の内容説明・同意	↓ ○計画書
7 計画書の交付	↓ ○計画書 ○サービス利用票・別表
8 モニタリング	↓ ○経過記録
9 給付管理	↓ ○給付管理票 ○報酬請求書
10 介護報酬の請求・支払い	↓ ○介護給付費等支払額決定通知書
11 評価(支援計画の見直しなら3へ)	↓ ○評価表 ○経過記録
12 更新申請	↓ ○認定申請書 ○予診票
13 終了	↓ ○評価表 ○経過記録 ○未提出書類の提出

2. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの動き・留意点(指定介護予防支援事業所)

【動き】	【留意点】
1 要支援者からの利用申込	
☐ 相談の主訴の確認	
☐ 心身の状況、生活状況等の確認	
☐ 社会資源等の活用提案	
☐ 介護保険サービス利用の確認	
☐ 暫定利用の必要性の確認	
2 契約	○重説 ○契約書 ○個人情報使用同意書 ○届出書 ○情報開示申請書
☐ 被保険者証の確認	住所、認定審査会からの意見、給付制限に注意し確認する。
☐ 負担割合証の確認	契約時及び毎年(有効期間は8月～翌年7月)確認する。 (被保険者証の給付額減額が優先)
☐ 重要事項の説明	指定居宅介護支援事業所が行える事業は介護予防支援のみであり、介護予防ケアマネジメントへの変更に備えて包括Cと契約する。
☐ 契約書の説明、契約締結	
☐ 個人情報使用同意書の説明	
☐ 届出書の作成→提出	
3 情報収集・課題整理	【必ず作成または取得が必要】 ○利用者基本情報 ○基本チェックリスト ○主治医意見書・認定情報 ○アセスメントシート(事業所で使用しているもので可) 【任意聴取(利用者像をより深める事ができるツール)】 ○興味・関心チェックシート ○バランス食事チェックシート(尼崎市独自様式) ○課題整理総括表
☐ 主治医意見書・認定調査票を取得	利用者の同意を得て、介護保険事業担当の窓口へ情報開示申請書を提出し、主治医意見書・認定情報を取得する。
☐ 利用者宅訪問 利用者・家族と面接しアセスメントを実施	個人情報の収集を行う際には、要支援者等へ目的をわかりやすく説明し、同意を得る。 ○利用者基本情報 ○基本チェックリスト ○アセスメントシート ○興味・関心チェックシート ○バランス食事チェックシート
☐ 必要に応じて直接医師等から意見を聴取する	高齢者は複数の疾病を抱えている事が多く、主治医意見書を作成した医師以外の医師との連携も必要となる。医師との連携には「医師とケアマネジャーの連絡票」等を活用する。
☐ 背景や原因及び課題を分析、支援ニーズを特定し課題分析する	課題分析総括表などを活用しても良い。
4 計画書原案の作成	○計画書
☐ 計画書原案を作成	計画書(注)厚生労働省より示されている書式を使用する。
☐ 本人・家族と目標や具体策について合意し、共有する	要支援者等の状態を踏まえた目標を設定するとともに、利用者の自立に向けた目標志向型の計画策定を行う。
5 サービス担当者会議の開催	○サービス担当者会議の要点(経過記録に記載でも可)
☐ サービス担当者会議を開催し、専門的意見を聴取する	介護予防ケアマネジメント(委託プラン)となる場合、包括Cはサービス担当者会議に適時参加する。
☐ サービス提供事業者と連携・調整、サービス内容等を確認	

【動き】

【留意点】

6	計画書の内容説明・同意	○計画書
☐	利用者・家族に計画書を説明し、同意のうえ署名してもらう。	利用者へ原案を提示し説明する。要望・意見があれば修正する。
☐	サービス内容と費用を説明	訪問型・通所型サービスの月途中からの利用は日割計算となる。 (日割の算定方法についてはP.35参照)
7	計画書の交付	○計画書
☐	利用者・家族へ計画書を交付	
☐	同意を得た計画書の写しをサービス提供事業者へ交付	サービス提供事業者に対し、個別サービス計画の提出を求める。 ※個別サービス計画の提出については標準型訪問サービスを除く(作成義務がないため)。 ※個別サービス計画の保管については、必ずしも義務ではないが、提出を求め、提出を受けた記録を残し、計画書との整合性を確認する。
☐	サービス提供票・別票の写しをサービス事業者へ配布	訪問型サービス・通所型サービス・福祉用具貸与・通所リハビリを利用する際は初回・更新時と変更時に交付する。 その他の予防給付サービスの提供がある場合は毎月交付する。
8	モニタリング	○経過記録
☐	3ヵ月に1回は利用者宅を訪問し、面接	テレビ電話装置等を活用した面接を実施するための要件を満たし、文章による同意を得ることで3ヵ月の間に1回はテレビ電話装置等におけるモニタリングでの状況等の把握
☐	訪問しない月はサービス提供事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に状況について確認	サービス提供事業者からのサービス実施状況報告・連絡を踏まえて状況を確認する。
☐	モニタリングを行い、少なくとも1ヵ月に1回は結果を記録	
☐	計画書の見直しの必要があれば「評価」へ	
9	給付管理	○給付管理票 ○報酬請求書
☐	サービス提供事業者から送られてきた実績を確認	
☐	給付管理票作成、報酬請求書作成	
10	介護報酬の請求・支払い	○介護給付費等支払額決定通知書
☐	決定通知書等の内容を確認	
11	評価	○評価表 ○経過記録
☐	計画実施期間中、1年毎に評価を行う	利用者宅に訪問し、面談にて実施する。
☐	評価表を作成	評価の根拠となるアセスメント内容を記載したものを評価表と併せて保管しておく
☐	計画書の見直しの必要があれば3へ	
12	更新申請	○申請書 ○予診票
☐	介護保険課又は南北保健福祉センターで認定申請を行う	被保険者証、2号被保険者の場合は医療保険証(写し)を提示する。
☐	認定申請書に記載した主治医に予診票を提出	予診票の作成提出は利用者、家族または計画作成者が行う。
13	終了	○経過記録
☐	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを終了	介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの終了を包括Cへ報告する。包括Cは契約書等の終了事務を行う。

2. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの動き・留意点(委託・直プラン)

【動き】	【留意点】
1 要支援者からの利用申し込み	
☐ 相談の主訴の確認	
☐ 心身の状況、生活状況等の確認	
☐ 社会資源等の活用提案	
☐ 介護保険サービス利用の確認	
☐ 暫定利用の必要性確認	
2 契約	○重説 ○契約書 ○個人情報使用同意書 ○届出書 ○情報開示申請書
☐ 被保険者証の確認	住所、認定審査会からの意見、給付制に注意し確認する。
☐ 負担割合証の確認	契約時及び毎年(有効期間は8月～翌年7月)確認する。 (被保険者証の給付額減額が優先)
☐ 重要事項の説明	利用者の希望する居宅介護支援事業所が受託可能か確認する。
☐ 契約書の説明、契約締結	
☐ 個人情報使用同意書の説明	
☐ 届出書の作成→提出	
3 情報収集・課題整理	【必ず作成または取得が必要】 ○利用者基本情報 ○基本チェックリスト ○主治医意見書・認定情報 ○アセスメントシート(事業所で使用しているもので可) 【任意聴取(利用者像をより深める事ができるツール)】 ○興味・関心チェックシート ○バランス食事チェックシート(尼崎市独自様式) ○課題整理総括表
☐ 主治医意見書・認定調査票を取得	利用者の同意を得て、介護保険事業担当の窓口へ情報開示申請書を提出し、主治医意見書・認定情報を取得する。
☐ 利用者宅訪問 利用者・家族と面接しアセスメントを実施	個人情報の収集を行う際には、要支援者等へ目的をわかりやすく説明し、同意を得る。 ○利用者基本情報 ○基本チェックリスト ○アセスメントシート ○興味・関心チェックシート ○バランス食事チェックシート
☐ 必要に応じて直接医師等から意見を聴取する	高齢者は複数の疾病を抱えている事が多く、主治医意見書を作成した医師以外の医師との連携も必要となる。医師との連携には「医師とケアマネジャーの連絡票」等を活用する。
☐ 背景や原因及び課題を分析、支援ニーズを特定し課題分析する	課題分析総括表などを活用しても良い。
4 計画書原案の作成	○介護予防サービス・支援計画書
☐ 計画書原案を作成	計画書(注)厚生労働省より示されている書式を使用する。
☐ 本人・家族と目標や具体策について合意し、共有する	要支援者等の状態を踏まえた目標を設定するとともに、利用者の自立に向けた目標志向型の計画策定を行う。
5 サービス担当者会議の開催	○サービス担当者会議の要点(経過記録に記載でも可)
☐ サービス担当者会議を開催し、専門的意見を聴取する	委託プランの場合、包括Cはサービス担当者会議に適時参加する。
☐ サービス提供事業者と連携・調整、サービス内容等を確認	

【動き】	【留意点】
6 計画書の内容説明・同意	○計画書
☐ 利用者・家族に計画書を説明し、同意のうえ署名してもらう。	利用者へ原案を提示し説明する。要望・意見があれば修正する。委託プランの場合、包括Cはプラン原案の提出を受け、確認のうえで、(必要に応じ意見の記入を行い) 包括C名及び確認者名を記入し、計画書の承認を行う。
☐ サービス内容と費用を説明	訪問型・通所型サービスの月途中からの利用は日割計算となる。(日割の算定方法についてはP.35 参照)
7 計画書の交付	○計画書
☐ 利用者・家族へ計画書を交付	
☐ 同意を得た計画書の写しをサービス提供事業者に交付	サービス提供事業者に対し、個別サービス計画の提出を求める。 ※個別サービス計画の提出については標準型訪問サービスを除く(作成義務がないため)。 ※個別サービス計画の保管については、必ずしも義務ではないが、提出を求め、提出を受けた記録を残し、計画書との整合性を確認する。
☐ サービス提供票・別票の写しをサービス事業者に配布	訪問型サービス・通所型サービス・福祉用具貸与・通所リハビリを利用する際は初回・更新時と変更時に交付する。 その他の予防給付サービスの提供がある場合は毎月交付する。
8 モニタリング	○経過記録
☐ 3ヵ月に1回は利用者宅を訪問し、面接	テレビ電話装置等を活用した面接を実施するための要件を満たし、文章による同意を得ることで3ヵ月の間に1回はテレビ電話装置等におけるモニタリングでの状況等の把握
☐ 訪問しない月はサービス提供事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に状況について確認	サービス提供事業者からのサービス実施状況報告・連絡を踏まえて状況を確認する。
☐ モニタリングを行い、少なくとも1月に1回は結果を記録	
☐ 計画書の見直しの必要があれば「評価」へ	
9 給付管理	○給付管理票 ○報酬請求書
☐ サービス提供事業者から送られてきた実績を確認	毎月4日までに、包括Cに提出する。
☐ 給付管理票作成、報酬請求書作成	
10 介護報酬の請求・支払い	○介護給付費等支払額決定通知書
☐ 決定通知書等の内容を確認	修正等が必要な場合は、次月、包括Cに報告し、給付管理票等を提出する。
11 評価	○評価表 ○経過記録
☐ 計画実施期間中、1年毎に評価を行う	利用者宅に訪問し、面談にて実施する。
☐ 評価表を作成	評価表を作成し包括Cへ原本を提出する。評価の根拠となるアセスメント内容を経過記録等へ記載し併せて提出する。
☐ 計画書の見直しの必要があれば3へ	
12 更新申請	○申請書 ○予診票
☐ 介護保険課又は南北保健福祉センターで認定申請を行う	被保険者証、2号被保険者の場合は医療保険証(写し)を提示する。
☐ 認定申請書に記載した主治医に予診票を提出	予診票の作成提出は本人、家族又は計画作成者が行う。
13 終了	○経過記録
☐ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを終了	経過記録及び未提出の書類がある場合は併せて原本を提出する。

3. 各項の説明 (委託・介護予防支援事業所 共通)

(1) 要支援1・2の認定者からの利用申し込み

要介護認定申請の結果、要支援認定を受け、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを利用したいと相談があった場合、なぜ支援を必要としているのか主訴を確認し、併せて心身状況や家庭、住環境などを確認します。必要に応じて介護保険制度等の説明を行い、社会資源等を含めた多種多様な支援の提案を行います。介護保険制度の利用が必要な場合は希望するサービス等の確認および利用までの流れを説明します。

居宅介護支援事業所へ直接利用申し込みがあった場合

上記の対応に加えて、利用者の住所を担当する包括Cに連絡します。

【要介護者が要支援の認定に変わった場合】

包括Cへ円滑に引き継ぐために、その利用者から申出があった場合には、直近の居宅介護サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。(参考：指定介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第15条)

【要支援者が要介護の認定に変わった場合】

居宅介護支援事業所へ円滑に引き継ぐために、その利用者から申出があった場合には、介護予防支援事業所は利用者に対し、直近の計画書及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。(参考：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方法に関する基準第14条)

未認定者から相談があった場合

未認定者から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの依頼があった場合は主訴を確認し、介護保険制度、介護サービスの利用手順などを説明し、申請の代行等の支援を行います。

居宅介護支援事業所へ直接相談があり要支援認定が見込まれる場合は、住所地の包括Cへ連絡してください。

【認定申請に必要な書類等について】

・65歳以上の人は認定申請書に被保険者証(紛失の場合は、被保険者証再交付申請書の提出。本人以外の代行申請で行う場合は委任状も必要。)を添付し申請。

・2号被保険者(40歳から64歳の人)の新規申請時には、認定申請書に被保険者証交付申請書(第2号被保険者)、医療保険者証のコピーまたは、医療保険の資格が確認できる書面の添付が必要です。なお、「医療保険者証」「医療保険の資格が確認できる書面」のコピーについては、更新申請および区分変更申請時にも添付が必要です。本人以外の代行申請で行う場合は委任状も必要となります。

☆尼崎市ホームページにダウンロード可能な様式があります、確認してください。

掲載ページ⇒ トップページ > 市政情報 > 申請書ダウンロード > 高齢者支援(申請書) > 介護保険(申請書) もしくはID検索

1008652

検索



(2) 契約 (委託プランの場合)

重要事項の説明 ※包括Cが行います。

介護予防サービスの利用にあたり、包括Cは被保険者証を確認します。重要事項説明書を用いて介護予防の仕組みや包括Cの役割、介護予防ケアマネジメントの作成について説明します。説明を行い、介護予防支援・介護予防マネジメントの提供開始に同意された場合は、利用者は重要事項説明書に署名します。重要事項説明書は2部作成し利用者、包括Cが双方で保管します。

契約の締結 ※包括Cが行います。

計画書の作成について、利用者の同意が得られた後、利用者と包括Cの間で契約を行います。契約書は2部作成し、利用者と包括Cが双方で保管します。

ただし、契約内容の軽微な変更等で契約書式を改めるなど、本契約の内容に影響がないと包括Cが認める場合は居宅介護支援事業所の介護支援専門員に契約の事務を依頼します。

個人情報使用同意書の説明 ※包括Cが行います。

介護予防ケアプランの作成、介護予防サービスの利用等で利用者の心身・生活状態といった個人情報を扱うことになるため、契約に関して包括Cや委託先の居宅介護支援事業所(委託する場合に限る)に守秘義務があること、必要に応じて介護、医療等の関係機関に情報提供を行うことを説明し、利用者は「個人情報使用同意書」に署名をします。

届出書の提出

利用者は「届出書」を記入します。この「届出書」は包括Cの押印をしたうえで、被保険者証を添えて、利用者、包括C、もしくは委託先の居宅介護支援事業所に依頼し介護保険事業担当の窓口へ提出します。

なお、既に予防給付を受けている人が再度要支援の認定を受け、総合事業の介護予防ケアマネジメントに移行する際は届出を省略しますが、要支援者が非該当となり、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを利用する場合は「届出書」の提出が必要になります。

【負担割合証について】

毎年8月1日を基準日として、要介護・要支援認定を受けている方、事業対象者の方全員に利用者負担の割合を記載した「介護保険負担割合証」が交付されます(毎年7月中旬頃に一齐送付)。適用期間は基準日から翌年の7月31日までです。一齐送付時に要支援・要介護認定を受けていない方は、認定が決定した後に送付されます。

【(適用期間途中で)負担割合が変更となる場合】

①所得更正があった場合→適用開始日(基準日)に遡って新たな負担割合を適用

②世帯構成に変更があった場合

・第1号被保険者の住民異動、死亡等があった時→第1号被保険者の異動等があった月の翌月(住民異動等が月の初日である場合にはその月)から新たな負担割合を適用

③65歳になったとき

・第2号被保険者から第1号被保険者(65歳)になった方が判定により、負担割合が変更になる場合には誕生日月の翌月初日(誕生日が1日の場合にはその月)から新たな負担割合を適用

※負担割合が2割・3割となり実際の負担額が増えても、利用者の負担額には月額限度額があり、上限を超えた場合は高額介護サービス費が支給されます。

※給付額減額を受けている場合は、負担割合証に記載された利用者負担割合よりも、当該措置(給付制限の措置内容)が優先されます。

(2) 契約

(指定介護予防支援事業所の場合)

重要事項の説明 ※介護予防ケアマネジメントに備え包括Cも行います。

介護予防サービスの利用にあたり、居宅は被保険者証を確認します。重説を用いて介護予防の仕組みや、介護予防ケアマネジメントの作成について説明します。説明を行い、利用者が介護予防支援・介護予防マネジメントの提供開始に同意された場合は、重説に署名をもらいます。重説は2部作成し利用者、居宅の双方が保管します。

介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターが行う事業であるため、事前に包括Cと契約を行う事で、スムーズにケアマネジメントが行えるよう、委託契約を締結しておきます。

契約の締結 ※介護予防ケアマネジメントに備え包括Cも行います。

計画書の作成について、利用者の同意が得られた後、利用者と居宅の間で契約を行います。契約書は2部作成し利用者、居宅の双方が保管します。

ただし、契約内容の軽微な変更等で契約書式を改めるなど、本契約の内容に影響がないと包括Cが認める場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に契約の事務を依頼します。

個人情報使用同意書の説明 ※同様

介護予防ケアプランの作成、介護予防サービスの利用等で、利用者の心身・生活状態といった個人情報を扱うことになるため、契約に関して包括Cや委託先の居宅介護支援事業所(委託する場合に限る)に守秘義務があること、必要に応じて介護、医療等の関係機関に情報提供を行うことを説明し、利用者は「個人情報使用同意書」に署名します。

届出書の提出

利用者は「届出書」を記入します。この「届出書」に、被保険者証を添えて、利用者もしくは介護予防支援事業所に依頼し介護保険事業担当の窓口へ提出します。

なお、既に予防給付を受けている人が再度要支援の認定を受け、総合事業の介護予防ケアマネジメントに移行する際は「委託プランの場合」の「届出書の提出」と同様の手続きにより、介護保険事業担当の窓口へ提出が必要になります。(※事業対象者の実施機関は包括C)

【指定介護予防支援事業所による介護予防支援ケアプラン作成における留意点】

介護予防ケアプラン作成にあたっては、次の2つの通知を確認ください。

- ・令和6年3月11日付 尼崎市「指定居宅介護支援事業所が指定を受けて介護予防支援事業を実施する際の留意点について」
- ・令和6年4月1日付 尼崎市「介護予防の実施にあたってのQ & A」ケアプラン等について



(3) 情報収集・課題整理(アセスメント)

利用者及び家族と面談をしながら、要支援者等の状態の把握を行い、課題を分析します。個人情報の収集を行う際には、要支援者等へ目的をわかりやすく説明し、同意を得る必要があります。
計画書作成の情報収集・課題整理のため、①～④の書類は必ず作成、または取得してください。

- ①利用者基本情報（表面）（裏面）の作成
- ②基本チェックリストの実施
- ③主治医意見書・認定情報（※）を取得
必要に応じて医師等から意見を聴取する。
- ④アセスメントシート（事業所で使用しているもので可）の作成

包括Cまたは受託先居宅介護支援事業所が、介護保険事業担当へ「情報開示申請書」を提出し取得します。

尼崎市HP トップページ>くらし・手続き>高齢者支援>介護保険制度>要介護・要支援認定について
>要介護・要支援認定資料の情報開示 もしくはID検索

（
注）公的医療保険未加入の40歳以上65歳未満の生活保護受給者で、介護保険の特定疾病に該当する要支援・要介護認定者（みなし2号）の方の「主治医意見書」・「認定情報」は、居住地を担当する保健福祉センターの生活保護を担当する窓口より「介護認定資料の情報開示申請書」を取得し作成のうえ、担当ケースワーカーに提出してください。

1004136

検索



※主治医意見書・認定情報の取得について

要介護・要支援認定情報（「主治医意見書」・「認定調査票」）は、被保険者の認定結果ごと、原則1回の開示となります。

転居等により担当包括Cが変更となった場合は、前担当包括Cより、転居後の担当包括Cへ要介護・要支援認定情報を引継ぎます。

受託先居宅介護支援事業所が変更となる場合は、担当包括Cより要介護・要支援認定情報を引継ぎます。

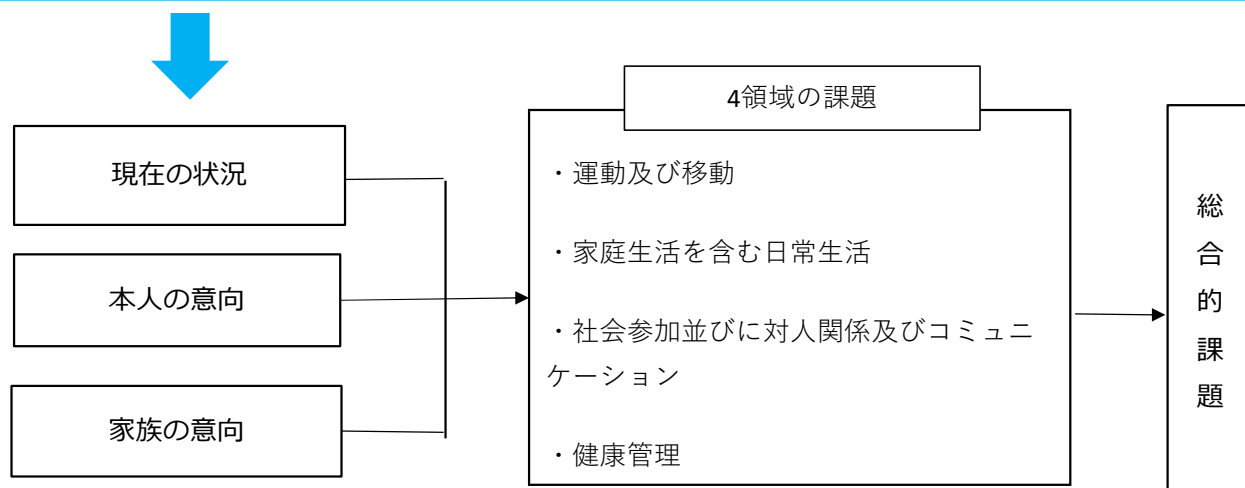
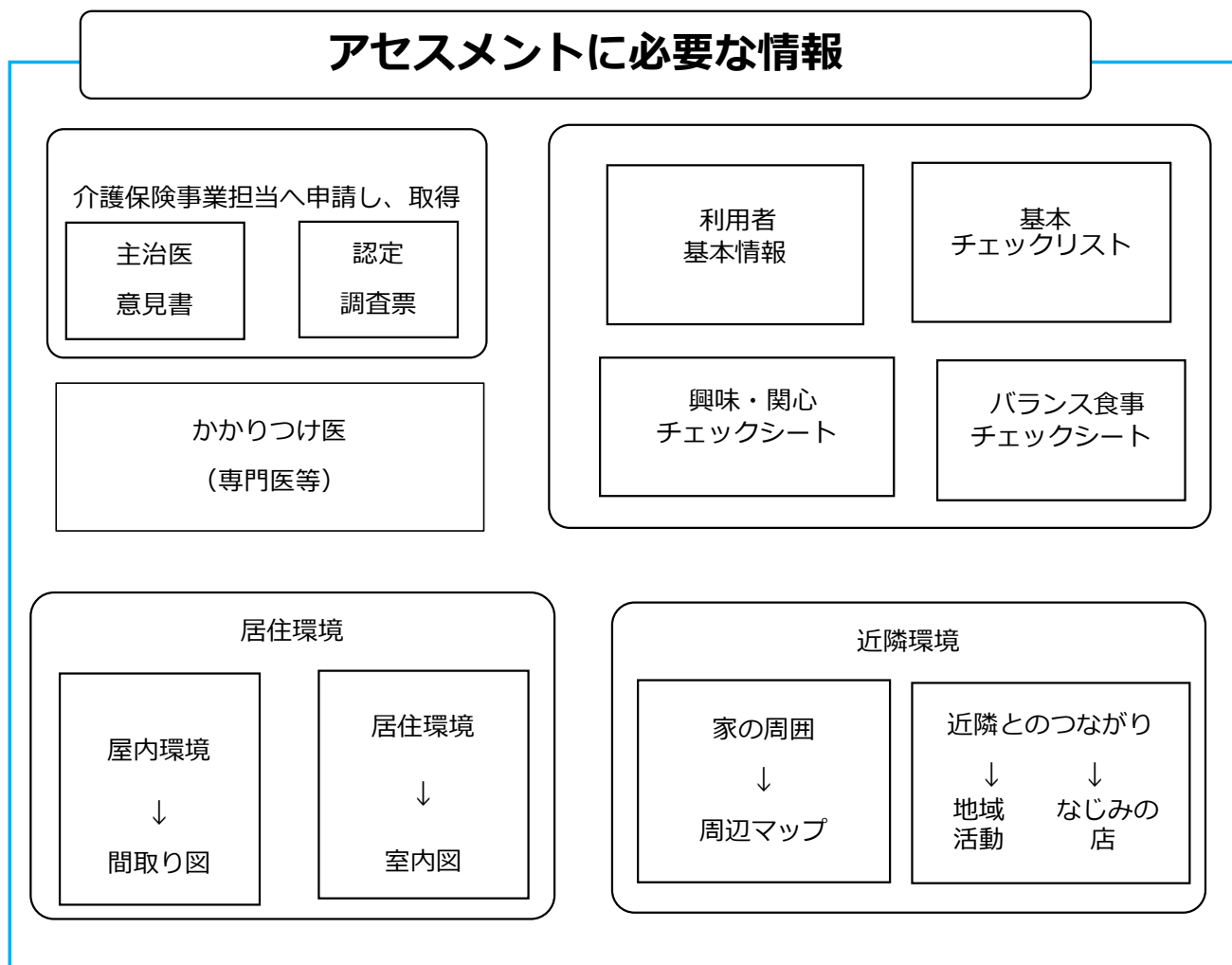
《医師との連携について》

医学的な所見から利用者の健康状態を確認したうえで、適切なサービスを決定する必要があることから、医師との連携は、高齢者の状態をアセスメントする上でとても重要です。

主治医意見書は介護予防ケアプラン作成過程において重要な役割を果たすため、主治医との連携が必要です。また、高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、主治医以外の医師との連携も必要です。

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などの医療系サービスを介護予防ケアプランに位置付ける場合には、医師による指示が必要です。

尼崎市医師会、尼崎市ケアマネジャー協会、尼崎市医療・介護連携支援センターあまつなぎが作成した「医師とケアマネジャー連絡票」を活用することも出来ます。尼崎市医療・介護連携支援センターあまつなぎのホームページよりダウンロードが可能です。



・アセスメントシート（事業所で使用しているもので可）なども用いて、アセスメントを実施する。アセスメント深めるツールとして興味・関心チェックシート、バランス食事チェックシート（尼崎市独自様式）などを用いることもできます。

・背景や原因及び課題を分析、支援ニーズを特定し課題分析をする際、必要に応じ課題整理総括表を活用してください。

(4) 計画書原案の作成

(注) 厚生労働省より示されている計画書の書式を使用します。

利用者等の状態を把握し、目標の設定、介護予防サービス等の利用方針を決定するために、支援内容に応じた計画書原案を作成します。

Point① 能力の見極めと今後の見通し

アセスメントの時点で、現状を「できる」「できない」「一部できる」「能力はあるが行っていない」に分類し、能力を見極めます。実際の能力を把握した上で、今後の改善の可能性とサービスを利用することで現状がどのように変化するか予想し、「改善」「維持」「悪化」の見通しを立ててみます。

Point ② 個別性を重視した適切なサービスの提供

介護予防ケアプラン作成においては、個別性を重視した適切なサービスの提供が必要です。利用者の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、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を提供することのないよう配慮しましょう。

Point③ 多様な資源の活用

セルフケア、家族の協力、近隣住民の見守りなどのインフォーマルサービスなど多様な資源を活用する事が重要です。

目標・具体策・利用サービスの決定

- ・利用者が主体的に取り組めるよう、課題に対する目標と具体策を提案します。利用者本人が目標を理解し、目標の達成に向け取り組んでいけるよう、具体的に介護予防サービス等の利用について検討します。
- ・利用者及び家族と面談しながら、本人・家族の目標や具体策、目標達成に必要な期間について合意し、共有します。
- ・（令和8年4月認定申請日以降のプランについて）尼崎市における介護予防ケアプランの期間は認定の有効期間とし、1年毎に評価を行い、目標設定、現状維持が行っていた場合は認定期間内の計画も可（ただし要支援認定者の場合は認定有効期間を超えない）とします。
- ・新しくサービスを利用する場合や状態が不安定なとき、サービス利用の目的などに応じて、3～6 か月といった短期間の目標を設定するなどし、必要に応じてケアプランの見直しを行い、利用者の状態像に合わせた支援を提供します。
- ・最終的な目標設定を合意する上で、計画作成者が提案した目標や具体策について、利用者・家族間で目標の受け止め方、意向、具体策などに相違点がないか確認を行います。

(5) サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催は、次の場合に開催します。

- ・新規申請・更新申請・区分変更申請・転入・サービス内容の変更等により、介護予防ケアプランを新たに作成する時、または変更する時。
- ・暫定プランで介護予防サービスを開始する時は、サービス開始前に必ず実施します。
- ・入院中に退院後のサービス調整が必要な場合には、退院前カンファレンスの実施に合わせてサービス担当者会議を行うこともあります。

サービス担当者会議は、次の4点を主な目的として開催します。

- ①利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解する。
- ②課題、生活機能向上の目標、支援方針・支援計画等を協議する。
- ③サービス事業所等の役割を相互に理解し、チーム形成・連携を図る。
- ④地域のフォーマル・インフォーマルサービス等について情報共有し、その役割を理解する。

その他、モニタリングのポイントや緊急時対応等のリスク管理を話し合います。

サービス担当者会議は計画書原案をもとに、各々の立場から専門的な見地からの意見を述べ、協議して計画書の原案を最終決定します。

軽微な変更の場合は、必ずしも実施しなければならないものではありません。

ケアマネジャーがサービス提供事業者へ個別で周知した方が良いと判断されるような場合は、開催を制限するものではありません。（(14)その他 軽微な変更について P. 44参照）

サービス担当者会議はケアマネジャーが関係者を招集します。

利用者、家族、ケアマネジャー、地域包括支援センター、サービス提供事業者、医師、歯科医師、薬剤師、インフォーマルサービスの提供者など、議題の内容に従い、効果的な検討ができるよう参加者を選定します。参加ができない担当者には事前にサービス担当者会議の意見を照会しておきます。照会内容・回答はチームで共有します。

医療系サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導等）の利用希望がある場合には、主治医等の指示があることを確認する必要があります。

利用者が地域包括支援センターの担当圏域外で生活している場合には、包括Cが出席できない場合があるため、ケアマネジャーは文書にて照会を依頼します。

集まりやすい場所で開催するように工夫しましょう。

基本的には、利用者の自宅で開催します。通所サービス等の担当者が利用者の実際の生活環境等を確認することで、提供するサービスでの個別支援に活かしやすくするためです。それ以外の開催場所としては、利用中のサービス事業者や主治医の診療所など、利用者と参加者の参加しやすい場所を考慮します。

サービス担当者会議を記録します。

サービス担当者会議録は経過記録に記録します。「サービス担当者会議の要点（4表）」等の別シートを用いて作成しても構いません。その場合、経過記録には「サービス担当者会議録 別途シートあり」等を記載します。

【サービス担当者会議録に必要な項目】

出席者(所属、職種、氏名)・開催日時・場所・目的・検討した項目・検討した内容(「文書照会の内容」「医療系サービスを位置づける場合、主治医等の意見を聞き取り」を含む)・今後の方針・残された課題

サービス担当者会議の流れ

【事前準備】

サービス担当者会議の出席者（利用者・家族・各担当者）に電話やメール・FAXで日程調整します。計画書原案を当日配布の人数分、コピーしておきます。

【当日】

司会はケアマネジャーが行います。基本的な会議の内容は次のとおりです。

- ① 出席者の紹介、挨拶
- ② 本日の会議の目的、検討内容を周知
自立支援に向けた目標の設定
- ③ ケアプラン原案の確認
- ④ 各担当者より専門的見地からの意見を聴取
- ⑤ 利用者・家族の意向を確認
- ⑥ 検討、支援方針の決定

【開催後】

サービス担当者会議録を作成します。

Point

次の場合は、必要性の検討・目標設定等のため、サービス担当者会議の前に包括Cへ相談ください。

★福祉用具貸与の例外給付

軽度者（要支援1・2、要介護1）に対して原則として、その状態像からみて使用が想定しにくいことから、介護報酬が算定できない福祉用具貸与の種目があります。

そのため例外給付が必要な場合には、サービス担当者会議で医師の意見を含めた多職種が必要性の確認を行い、記録に残すことがケアマネジメントの根拠となります。

軽度者に対する福祉用具の例外給付については、P. 50を確認してください。

★専門型訪問サービスの利用

認知症のため専門的な対応が必要である、あるいは身体介護を行う必要がある場合は、専門型訪問サービスを提供します。訪問型サービスの選択基準フロー（P. 6）を確認してください。

★介護予防訪問リハビリテーションの利用

介護予防訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされています。通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合には、算定ができません。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば通所系サービスを優先すべきということです。

そのため、訪問リハビリテーションの具体的な目標を設定し、目標が達成されれば通所系サービスへの切り替えも検討が必要です。

理学療法士等が行う介護予防訪問看護についても、同様の要件となります。

★その他

暫定プランでのサービス利用、家族同居で掃除や調理などの生活支援のために訪問型サービスを利用、標準型訪問サービスを週3回利用する場合にも事前に包括Cへご相談ください。

（６）計画書の内容説明・同意

利用者基本情報・基本チェックリスト・主治医意見書・認定調査票・アセスメントシート・計画書原案・支援経過記録（サービス担当者会議録を含む）を担当の包括Cへ提出します。

包括Cは計画書原案が適切に作成されているか、内容が妥当かどうか提出された書類を参考に確認を行います。

包括Cに承認を受けた介護予防ケアプラン原案を利用者・家族に説明します。利用者本人の同意が得られた場合、利用者の署名を受けます。

- ・専門用語の使用はできるだけ避け、わかりやすい言葉を用いて記載します。
- ・目標の基本は本人主体で「～できる」「～できるようになる」と具体的に記載します。

※尼崎市介護保険法に基づく指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例第6条第1項の規定に基づき、介護予防サービス計画は、5年間保存となります（委託元である包括Cが保管します）。

（７）計画書の交付

利用者の同意を得て確定した計画書を利用者及びサービス提供事業者に交付します。

サービス事業者に対し、個別サービス・加算項目にかかわる計画の提出を求め、計画の連動性や整合性について確認します。

※標準型訪問サービスは個別サービス計画の作成義務がないため、作成していない場合があります。

主治医等の意見を踏まえて作成した介護予防ケアプランは、意見を求めた医師等にも交付し、連携を図ります。

(8) モニタリング

モニタリングとは

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継続的に把握します。

介護予防ケアプランどおりに実行できているか確認します。

モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料にします。

利用者の心身の変化を早期にキャッチすることができ、介護予防ケアプランの変更の必要性に気づくなど、そうした過程を大切にすることにより、評価時の目標の未達成ということが少なくなり、小さな成功体験の積み重ねを促すことができるようになります。

モニタリングの視点

- ①利用者の生活状況に変化はないか。
- ②介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるか。
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ⑤利用者の自立支援につながっているか。
- ⑥その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

実施方法

★利用者へのモニタリング

少なくとも1ヵ月に1回実施します。また、サービス提供を開始する月の翌月から起算して3か月に1回は利用者の自宅に訪問、利用者とは面談を行います。

利用者宅に訪問しない月は、事業所への訪問等の方法により利用者に面接、面接が出来ない場合には電話等により利用者との連絡を1ヵ月に1回実施します。

※令和6年度介護報酬改定に伴うモニタリングの条件に該当する利用者とは文章による同意を得ることで6ヵ月の間に3ヵ月に1回の訪問によるモニタリングとは別に3ヵ月に1回は、テレビ電話装置等におけるモニタリングでの状況等の把握とすることができます。

★サービス提供事業者等からの情報に基づくモニタリング

サービス提供事業者等からの報告・連絡により実施します。

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、サービスの実施効果について把握するために行います。

本人の状態に変化があった場合や介護予防ケアプランの期間が終了する月は訪問をしてモニタリングを行い、再アセスメントする必要があります。

モニタリング実施状況は1月に1回はその結果を記録します。

☆サービス提供事業者等から提供を受けた服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活状況のうち必要な情報を利用者の同意を得て主治医、歯科医師、薬剤師に提供します。

例えば…薬が余っている。複数回の薬を一度に服用している。薬が重複している。体重の増減や食事回数に変化がある。皮膚に湿疹等がある。下痢や便秘が続いている。

(9) 給付管理業務

《給付管理業務の流れ》 (委託の場合)

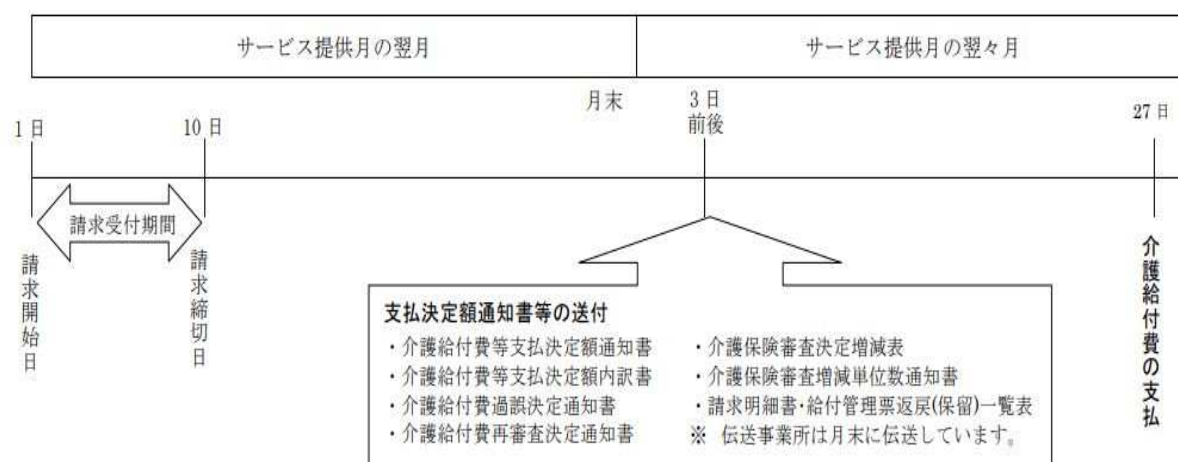
- ① 1ヵ月単位で個々の利用者の「サービス利用票」「サービス利用票別表」作成
サービス利用票別表で、利用者の利用する支給限度額の管理を行う。
- ② サービス提供事業者との調整
「サービス提供票」「サービス提供票別表」を作成しサービス提供事業者に交付する。
- ③ サービス実施内容確認
サービス利用票とサービス提供事業者から送られた利用実績に違いがないか確認する。
- ④ 給付管理票、報酬請求書を作成
サービス提供事業者からの利用実績と作成した「給付管理票」に違いがないか確認する。
- ⑤ 担当包括Cに4日までに提出（毎月の4日が日曜・祝日の場合はその前日まで）
以下の場合にはサービス利用票、サービス利用票別表を提出する。
 - ・ 計画作成時に提出したサービス利用票、サービス利用票別表に変更がある場合
 - ・ 月額報酬ではなく、回数ごとに費用請求するサービス（訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ等）の利用の場合は毎回提出する
 - ・ 短期入所等利用により日割りが発生する場合
 - ・ 区分支給限度額を超える場合
- ⑥ 翌々月末ごろ、国保連より原案作成(委託)料が支払われる
支払い決定額通知書等を確認する。

国保連の支払いに際し、給付管理票とサービス提供事業者が提出した介護給付費明細書を突き合わせて整合性を確認します。給付管理票と介護給付費明細書の内容に相違があれば、サービス提供事業者に報酬が支払われないことになります。包括Cに提出する前に、内容に誤りがないか確認してください。

返戻や保留となった明細書等については、サービス提供事業者を確認、調整、修正し再請求を行います。

《国保連合会の処理日程について》

1. 事業所の請求から介護給付費（総合事業費）支払まで



給付制限について

介護予防支援

①予防給付のみ利用 (例) 介護予防通所リハビリ → 給付制限適用

②予防給付＋総合事業 (例) 介護予防訪問看護 と 訪問型サービス
 ↓ ↓
 給付制限適用 給付制限なし

介護予防ケアマネジメント (総合事業)

①訪問型サービス、通所型サービス → 給付制限なし

事業対象者

①総合事業のみ利用可能 → 給付制限なし

【給付制限とは】

介護保険制度では、保険料の負担を公平に保つために、一定期間保険料を納めていない（滞納）場合には、特別な事情がない限り、介護サービスの給付制限を受けることになります。

①保険料を1年以上納めていないと

介護サービス・介護予防サービスを利用したとき、利用者が介護費用をいったん全額自分で支払わなければなりません。その後、申請して認められた場合は、保険給付分（費用の7割、8割又は9割）を介護保険から支払うという取扱いになります。これを「**保険給付に係る支払方法の変更（償還払い化）**」といい、一時的に多額の費用が必要となります。

②保険料を1年6カ月以上納めていないと

一時的に保険給付分が差し止められます。この状態で引き続き保険料を納めないと、差し止められた保険給付分から滞納保険料に保険給付分を充てます。これを「**保険給付の支払いの一部差し止め**」といいます。

③保険料を2年以上納めていないと

保険料の納付は、通常2年で時効が成立し、保険料を納めたくても納めることができなくなります。（時効が成立すると、この滞納保険料を納めることはできません）時効になると、保険給付の割合が引き下げられます。サービスを利用するときの利用者負担が、1割又は2割の方は3割に、3割の方は4割に引き上げられます（「**給付額減額措置**」）。また、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費及び特定入所者介護サービス費は支給されなくなります。なお、こうした扱いになる期間は、未納期間（額）に応じて決まりますので、時効になった保険料以外の保険料に滞納が少ないほどその措置期間は短くなります。

詳しくは、介護保険事業担当 保険料担当 TEL6489-6376

サービス種類コード

事業所所在地	事業所指定	尼崎市の被保険者へのサービス提供	B市の被保険者へのサービス提供	B市の施設に居住する 尼崎市の住所地特例者へのサービス提供	尼崎市の施設に居住する B市の住所地特例者へのサービス提供
尼崎市	尼崎市の指定を受けている場合	尼崎市のサービスコードにより請求	-	-	尼崎市のサービスコードにより請求
	B市の指定を受けている場合	-	B市のサービスコードにより請求	B市のサービスコードにより請求	-
B市	尼崎市の指定を受けている場合	尼崎市のサービスコードにより請求	-	-	尼崎市のサービスコードにより請求
	B市の指定を受けている場合	-	B市のサービスコードにより請求	B市のサービスコードにより請求	-

※ 他市町村(表のB市)の総合事業のサービスコード等は、他市町村へ問い合わせください。

ケアプラン作成料

	予防給付	総合事業		
	介護予防支援	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C
対象者	要支援者で 予防給付を利用	要支援者で第1号事業 のみを利用	事業対象者	要支援1・2 事業対象者
報酬	基本単位 442単位※ 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位			基本単位309単位 ※
	指定居宅介護支援事業者が 行う場合 基本単位 472単位			
区分支給 限度額	要支援1 (5,032単位)	要支援2 (10,531単位)	事業対象者	(5,032単位)

尼崎市は5級地、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの地域単価は10.7円
居宅介護支援事業所に支払われる原案作成料の割合は80.68%です。

初回加算

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る一連の手順（(3)情報収集・課題整理～(7)計画の交付）を適切に行った上で、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの両方とも、次の①又は②のいずれかに該当する場合に算定できます。

- ①当該利用者について、過去2月以上、介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費のいずれもが算定されていない場合
 - ②要介護者が、要支援認定を受けた場合又は事業対象者となった場合
- ※包括Cの変更がなく、委託先の居宅介護支援事業所の変更のみの場合は初回加算は算定できません。

委託連携加算

包括Cから居宅介護支援事業所に委託する際に、包括Cが居宅介護支援事業所に当該利用者に係る必要な情報を提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力をを行い、支援経過等に記録した場合は、初回に限り算定できます。※包括Cへお問い合わせください。

月額包括報酬の日割の算定方法

(令和3年4月27日 厚生労働省事務連絡より抜粋)

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。

月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

対象事由と起算日

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日(※2)
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス(標準型・専門型) ・通所型サービス	・区分変更(要支援1⇔要支援2)(通所型サービス(独自のみ)) ・区分変更(事業対象者→要支援)(通所型サービス(独自のみ))	変更日
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	・利用者との契約開始契約日	契約日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	・区分変更(要支援1⇔要支援2)(通所型サービス(独自のみ)) ・区分変更(要支援1⇔要支援2)(通所型サービス(独自のみ))	変更日
	・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・利用者との契約解除	契約解除日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了	終了日
介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	・日割は行わない ・月の途中で、事業所の変更がある場合は、変更後の事業所のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額定額報酬の算定を可能とする。	—

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日(※2)
介護予防通所リハビリテーション	開 始	・ 区分変更（要支援1⇔要支援2）	変更日
		・ 区分変更（要介護→要支援）	契約日
		・ サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)	
		・ 事業開始（指定有効期間開始）	
		・ 事業所指定効力停止の解除	
		・ 介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
		・ 介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
		・ 介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所（※1）	退所日の翌日
	終 了	・ 公費適用の有効期間開始	開始日
		・ 生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
		・ 区分変更（要支援1⇔要支援2）	変更日
		・ 区分変更（要支援→要介護）	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
		・ サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)	
		・ 事業廃止（指定有効期間満了）	入居日の前日
		・ 事業所指定効力停止の開始	
		・ 介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
		・ 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始（※1）	
・ 介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）	入所日の前日		
・ 公費適用の有効期間終了	終了日		
日割計算用サービスコードがない加算及び減算		・ 日割は行わない ・ 月の途中で、事業所の変更がある場合は、変更後の事業所のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・ 月の途中で、要介護度(要支援含む)に変更がある場合は、月末における要介護度(要支援含む)に応じた報酬を算定するものとする。 ・ 月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・ 月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額定額報酬の算定を可能とする。 (月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様)	—

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額報酬の算定を可能とする。なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

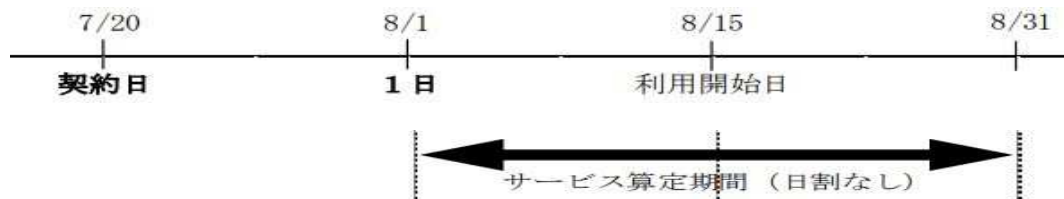
【日割り算定の例】

- 1 総合事業対象の訪問型サービス、通所型サービスは月途中での契約日から日割りで算定。また月途中で契約解除については、契約解除日を起算日として日割り算定。

①契約日と同月にサービスを利用した場合



②契約日の翌月からサービスの利用が開始された場合



③月途中で契約解除した場合



- 2 月内に短期入所サービスを利用した場合は、利用日数を減じて得た日数により日割り算定。

①8月に介護予防短期入所生活介護を3日（2泊3日）、訪問型サービスを利用した場合

訪問型サービス・日割単位数×28日（31日－3日）で算定

- 3 入院により訪問型サービス、通所型サービスの利用が中断し、月途中で利用を再開した場合は、日割り算定はしない。入院に伴い利用契約を解除した場合は日割り算定。

住所地特例

介護保険制度は原則として、住民票上の市町村が保険者となり介護保険に加入する仕組みとなっています。

特例措置として、住民票を入所または入居等で他市町村の施設等に変更した場合は、施設所在地の市町村ではなく住所変更前の市町村が引き続き保険者として介護保険制度を利用します。なお、要介護認定を受けていなくても、この制度の対象となります。

対象となる施設

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム※地域密着型施設は除く）、介護老人保健施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム（地域密着型施設は除く）、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

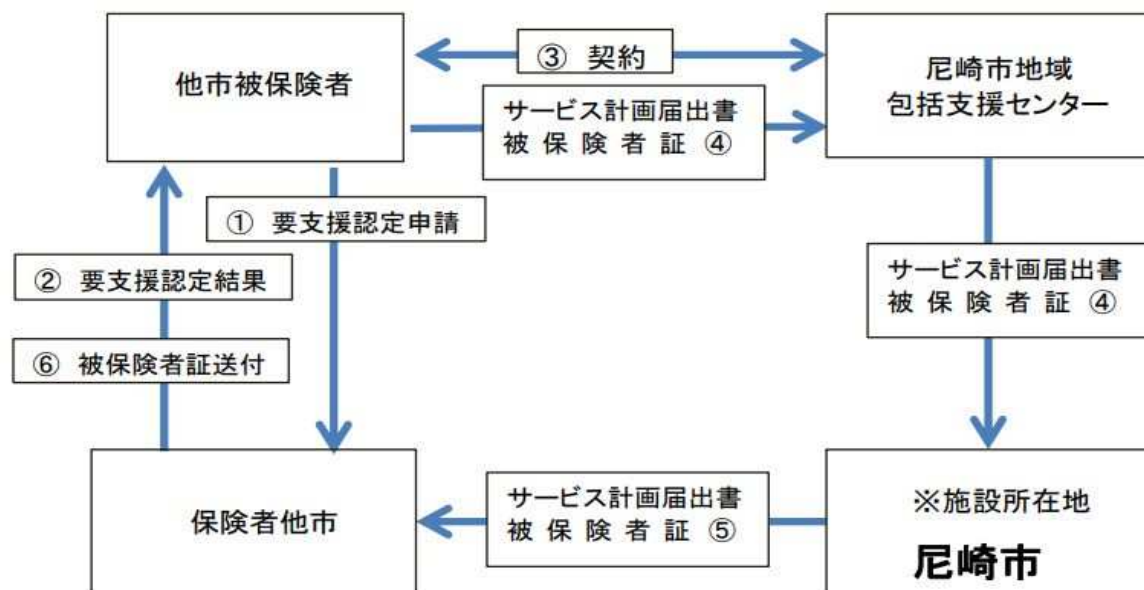
☆尼崎市内の住所地特例対象施設一覧は尼崎市ホームページで確認ができます。

掲載ページ⇒ トップページ > くらし・手続き > 高齢者支援 > 介護保険制度のしくみ
> 住所地特例対象施設（介護保険）もしくはID検索

1004113

検索

【要支援・事業対象者のサービス利用までの流れ】



①他市の保険者に要支援認定申請を行います。

②認定後、結果通知書とともに「被保険者証」が自宅に届きます。

③住所地を管轄する尼崎市の包括Cと介護予防支援契約を行います。

④利用者、または包括C、委託を受けた居宅介護支援事業所が「届出書」と「被保険者証」を尼崎市介護保険課に届出を行います。（届出様式や添付書類については他市保険者に事前に確認のうえで提出してください。）

⑤尼崎市から他市保険者に「届出書」と「被保険者証」等を送付します。

⑥他市保険者は必要事項を記載した「被保険者証」を自宅に送付します。

※尼崎市が対象とする総合事業サービスを位置づける場合は、尼崎市の指定を受けている事業所であることが必要です。

第三者行為

交通事故や暴力行為など、第三者（加害者）の行為から被害を受け、介護保険サービスが必要になった場合、保険者である尼崎市に届出が必要です。

第三者（加害者）の行為により介護保険サービスが必要な場合は、その費用は第三者（加害者）が負担するのが原則です。

第三者（加害者）の行為により利用された介護保険サービスの費用は、尼崎市へ届出をすることによって一時的に介護保険で保険者負担額の給付の立て替えを行い、後日、第三者（加害者）に対して立て替えた保険者負担額の請求を行います。

☆尼崎市ホームページで提出書類等が確認できます。

掲載ページ⇒トップページ>くらし・手続き>高齢者支援 >介護保険制度 >

介護保険を使って利用できる

サービスの種類と費用負担 >交通事故などが原因で介護が必要になった場合は

もしくはID検索

1004144

検索

第一号事業による共生型サービス

65歳に到達するまでに当該指定共生型サービス事業所において障害福祉サービスを利用していた人が、引き続き同じ事業所を利用する場合は請求等の手続きが異なります。

対象サービス

- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス

給付管理・請求（国保連には請求できません）

- ・給付管理票各明細書等（通常、総合事業で使用しているものと同じ）
- ・介護予防・日常生活支援総合事業費請求書



介護保険事業担当へ毎月10日までに提出

☆共生型介護予防・日常生活支援総合事業費請求書は尼崎市ホームページからダウンロードできます。

掲載ページ⇒トップページ>くらし・手続き>高齢者支援>介護保険支援>介護保険制度のしくみ>

尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業 もしくはID検索

1004120

検索

(10) 介護報酬の請求・支払いについて

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの委託費は、包括Cと兵庫県内の居宅介護支援事業所が介護予防サービス・支援計画作成一部委任契約を交わし、介護保険課に「代理受領委任状」を届け出ることによって国保連から居宅介護支援事業所に直接支払われます。「代理受領委任状」は包括Cに提出し、各包括Cから介護保険事業担当へ提出します。

介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の請求・支払いについて

実施方法	請求	支払い	「代理受領委任状」の提出
包括C直接実施	包括C⇒国保連	国保連⇒包括C	不要
包括Cから県内居宅介護支援事業所へ委託	県内居宅介護支援事業所⇒包括C⇒国保連	国保連⇒包括C・県内居宅介護支援事業所	必要
包括Cから県外居宅介護支援事業所へ委託	県外居宅介護支援事業所⇒包括C⇒国保連	国保連⇒包括C⇒県外居宅介護支援事業所	不要

兵庫県外の居宅介護支援事業所・住所地特例者の場合

包括Cから金融機関に振り込む際の手数料を差し引いた委託料を指定口座に振り込みます。※県外用の請求書を使用します。

☆介護予防ケアマネジメント報酬請求書は尼崎市ホームページからダウンロードできます。

掲載ページ⇒トップページ>くらし・手続き>高齢者支援>高齢者支援>介護保険制度の

しくみ>尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業

もしくはID検索

介護給付費過誤申立（取下げ）について

国保連で審査が確定し、支払いが行われた内容について、請求誤りがあった場合に請求実績を取り下げる手続きです。

手続は尼崎市に「介護給付費過誤申立（取下げ）依頼書」を提出します。

過誤申立は通常過誤、同月過誤がありますが、特別な理由がない限りは通常過誤になります。

- ・通常過誤・・・取下げ処理が完了したことを「過誤決定通知書」で確認後、再度修正した正しい請求を行います。
- ・同月過誤・・・取下げと再請求を同月に行い差額のみを調整する方法です。

【手順】

- ①誤りが判明した場合は、包括Cに連絡
- ②包括Cが過誤申立依頼書を介護保険課事業担当へ提出
- ③介護保険事業担当から国保連に提出
- ④国保連が過誤申立てに基づき過誤処理を行う

【事業所の取下げ（過誤）依頼から国保連合会への再請求まで】

■通常過誤の場合



■同月過誤の場合



審査結果は国保連からデータで送られてきます。

国保連の審査が通らず返戻や保留となっている場合は、過誤申立はできません。

☆詳細は尼崎市ホームページで確認できます。

掲載ページ⇒トップページ＞産業・ビジネス＞各種事業者の方へ＞介護保険事業者等
 ＞介護保険事業担当からのお知らせ＞介護給付費過誤申立（取下げ）依頼書について
 もしくはID検索

兵庫県国保連合会ホームページ「介護給付費請求の手引き（審査支払結果帳票の解説）」
 返戻の原因や対処法について詳しく記載されていますので、ご確認ください。

(11) 評価

【評価の目的】

支援計画で設定された目標が達成されたか、支援が適切であったか、チェックするとともに、必要に応じて今後の支援計画書を見直すことにより、利用者の望む自立した生活に向けて、次の段階へ繋げていくことにあります。支援計画に変更修正が必要な場合は情報収集・課題分析を再度実施します。

【評価の方法】

計画作成者は自宅に訪問し、利用者や家族と一緒に評価を行います。その際はサービス提供事業者の意見を参考とし、日頃のモニタリングで得られた生活活動の変化にも着目します。

計画作成者は評価の内容を記載した評価表の作成も行います。

【目標の評価】

支援計画の目標ごとに具体的な達成状況を利用者や家族と評価を行います。

①達成の場合「どの程度目標が達成されたか?」「利用者の日常生活がどのように変化したか?」「サービスの効果にはどのようなものがあつたか?」等、計画作成者は利用者や家族と具体的に評価を行います。

②未達成の場合「目標の設定が妥当だったか?」「サービスの効果はどうだったか?」等、達成しなかった原因について利用者や家族の意見を確認し、それを踏まえ、達成しない原因に対する計画作成者の見解を明確にしていきます。

【評価後の方針】

①目標に対する今後の方針

評価により達成した目標、未達成の目標、それぞれに対して今後の方針を専門的観点を踏まえて、計画作成者が設定します。

②総合的な方針

今後の利用者の生活全体に対する総合的な支援の方向性について、計画作成者が専門的な視点から記入します。

【評価の時期】

①支援計画の期間が終了及び認定の有効期間内1年毎に実施	支援計画終了までに実施、評価期間終了までに実施
②支援計画を見直し・変更するとき	随時実施 利用者の状態変化、目標の修正、サービスの変更 など
③介護予防支援等の必要がなくなったとき	随時実施 サービス終了、自立(非該当)、要介護、入所、転居、逝去など

※評価表の『評価日』は実際に利用者と評価を行った日を記入

【方針決定】

包括Cは委託先の居宅から評価表の提出を受け、内容を確認します。包括Cは評価表の『地域包括支援センターの意見』にコメントや項目チェックを記入後、写しを計画作成者へ返却し今後の方針を共有します。

計画作成者が評価後に次の支援計画を実施する場合は、支援計画書の原案等も提出します。包括Cはそれらに評価結果が反映されているかの確認も行います。

○プランの継続／プランの変更／終了の考え方

支援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、評価の結果、退院後本人の状態や意向に変化がなく、改めて同じ支援計画書の目標、内容を実施する場合や、あともう少しで目標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はプラン継続となります。

支援期間終了後、次に支援計画書を作成する場合は、基本的に新たな目標が設定されるため、サービスに変更がなくても、プラン変更となります。

目標が達成した場合はステップアップした目標を、未達成の場合は目標の修正を次の支援計画作成で実施します。計画作成者は評価とその後のアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と思われる目標を提案することが重要となります。

支援計画により目標が達成され利用者が望む自立した生活が獲得されたなどにより、次の介護予防支援等の支援計画が必要ない場合は、終了となります。

計画作成者は必要に応じて、居宅介護サービスや地域資源などへの移行を支援します。また終了後利用者や家族が困らないように、支援の再開ができること、更新申請について説明をしておく必要があります。

(12) 更新申請

尼崎市は更新申請に関する案内や申請書の送付は行っていません。引く続き介護サービスの利用が必要な場合は、尼崎市ホームページから認定申請書をダウンロードし、更新申請を行う必要があります。

・申請は有効期限が終了する60日前より手続き可能です。計画作成者は期限内に更新認定結果が届くよう申請の支援を行います。

・公的医療保険未加入の40歳以上65歳未満の生活保護受給者で、介護保険の特定疾病に該当する要支援・要介護認定者（以下、みなし2号という）の被保険者は住所地を担当する保健福祉センターの生活保護の窓口へ申請します。計画作成者は担当ケースワーカーへ確認の連絡を行います。

・みなし2号から65歳到達する際には介護保険認定申請書に要介護認定・要支援認定結果通知書（保健福祉センターが発行した認定結果内容が記載されたA4の書類）のコピーを添付し介護保険課へ申請します。

注意：有効期間とは別に誕生日前日が1号到達日である旨の注意書きがあります。

(13) 終了

P. 55を確認のうえ、必要な書類を包括Cへ提出します。

(14) その他

軽微な変更について

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(平成11 年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」(以下「基準の解釈通知」という。)において、居宅サービスを変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準の第13条3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行うことを規定しているが、「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。」とされ、担当者が「軽微な変更」に該当すると判断した場合にはケアプラン作成にあたっての一連の業務を省略することができます。

(介護保険最新情報Vol. 959 「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」令和3年3月31日参照) (介護保険最新情報Vol. 1213 令和6年3月15日参照)

軽微な変更に該当すると判断した場合には、その判断の根拠を支援経過に記録し、変更箇所のある帳票を差し替えて、要支援者等に説明、交付し、包括Cに提出します。

【軽微な変更の判断基準】

「利用者の課題・目標・サービス内容に変更がないこと」を基準として軽微な変更

に該当するかを判断します。判断に迷うもの等については、担当包括Cへ事前に相談してください。

【軽微な変更として考えられる例】

事 例	内 容	包括への手続き
サービス提供回数の変更	利用者の課題や目標・サービスに変更がない、同一の事業所における週1回程度一時的な回数の増減。 緊急時や一時的な場合はケアプランの再作成は不要。 ただし、恒常的なサービスが必要なため支給区分の変更が必要な場合、翌月からケアプランの再作成を行う。	— (翌月に計画書を変更した場合は、計画書と利用票・利用票別表の提出)
福祉用具で同等の用具への変更	福祉用具の同一種目における、機能の変化を伴わない、単位数のみ異なる用具の変更。	利用票・利用票別表の提出
目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更	利用者の状況以外の原因による単なるサービス提供事業所の変更。	計画書の提出 利用票・利用票別表の提出
担当介護支援専門員の変更	契約している居宅支援事業所における担当介護支援専門員の変更。 ただし、新しい担当者が利用者をはじめ各サービス担当者	利用票・利用票別表の提出 担当介護支援専門員変更の報告

暫定ケアプラン

厚生労働省 平成18年4月改定関係Q&A vol.2

Q52 要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間いわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、またその際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。

（答）いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者が暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したもののみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

【暫定ケアプランが必要となるのは】

- （1）被保険者が新規に要介護等認定の申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合。
- （2）要介護等認定者が区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合。
- （3）要介護等認定者が更新申請を行い、認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合。

【暫定ケアプラン作成にあたっての留意事項】

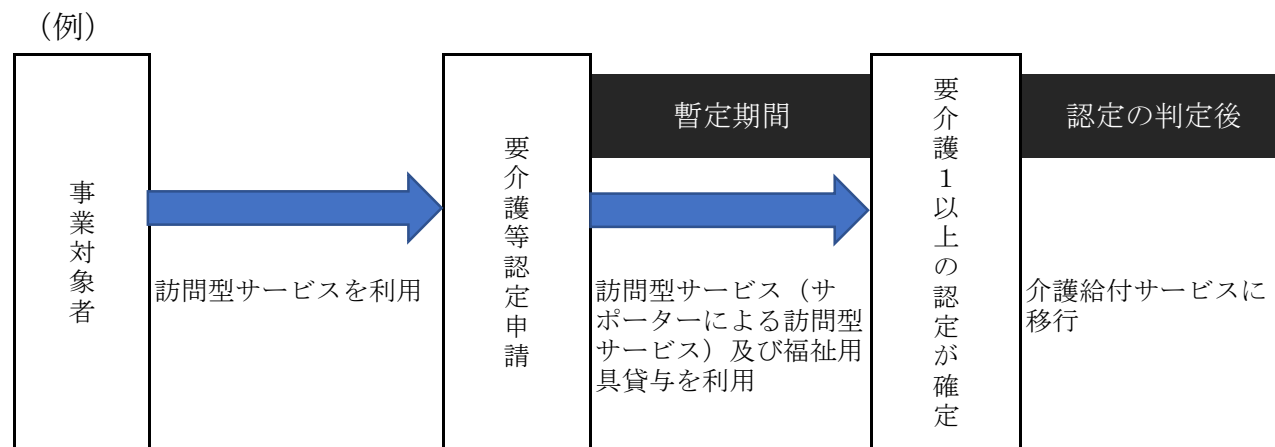
- （1）認定結果が非該当になったとき、又は暫定ケアプランに設定した要介護度よりも低くなった時には、介護サービスに要する費用の全部又は一部が自己負担になる場合があるため、あらかじめ利用者又は家族に十分な説明を行うこと。
- （2）認定結果が要介護認定、要支援認定のいずれになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業所と包括Cが相互に連携を取りながら暫定ケアプランを作成すること。
事前に居宅介護支援事業所が包括Cに連絡を行わず、認定結果が要支援となっても契約開始日の遡りは原則行えません。この場合、居宅介護支援事業所が作成した暫定ケアプランを、当該被保険者が自ら作成したものとみなします。暫定ケアプラン作成者は、当該被保険者に対し、手続き等の説明、申請に関する支援を行います。
自己作成の取り扱いについては、居宅（介護予防）サービス計画自己作成届出書に被保険者証（原本）を添え提出した上で、自己作成用のフェイスシートとサービス利用票と利用票別表（予定と実績入り）を介護保険課に提出する。
手続き等の問い合わせ先は介護保険課（給付適正化担当）へ。
- （3）生活保護受給者の場合には、担当ケースワーカーに必ず事前に暫定ケアプラン利用の承諾を得ること。

【事業対象者における暫定ケアプラン期間中のサービス利用について】

事業対象者が認定申請し、暫定ケアプランに基づき総合事業のサポーターによる訪問型サービスと予防給付を利用していたところ、要介護1以上と認定された場合、当該暫定期間中は次のいずれかの取扱いが可能です。

- ①申請日に遡って要介護者として取扱う。
- ②事業対象者としての取扱いを継続する。

ただし、介護給付と総合事業サービスは同時に利用することができないため、介護給付サービス、あるいは総合事業サービスのどちらかが全額自費となります。



⇒暫定期間中に総合事業による訪問型サービス（サポーターによる訪問型サービス）と介護給付による福祉用具貸与は同時に利用できないため、総合事業または介護給付いずれかのサービスのみ保険給付が可能となる。

【参考】

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年3月31日版】

問4 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、以下のような考え方となる。

- 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の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。

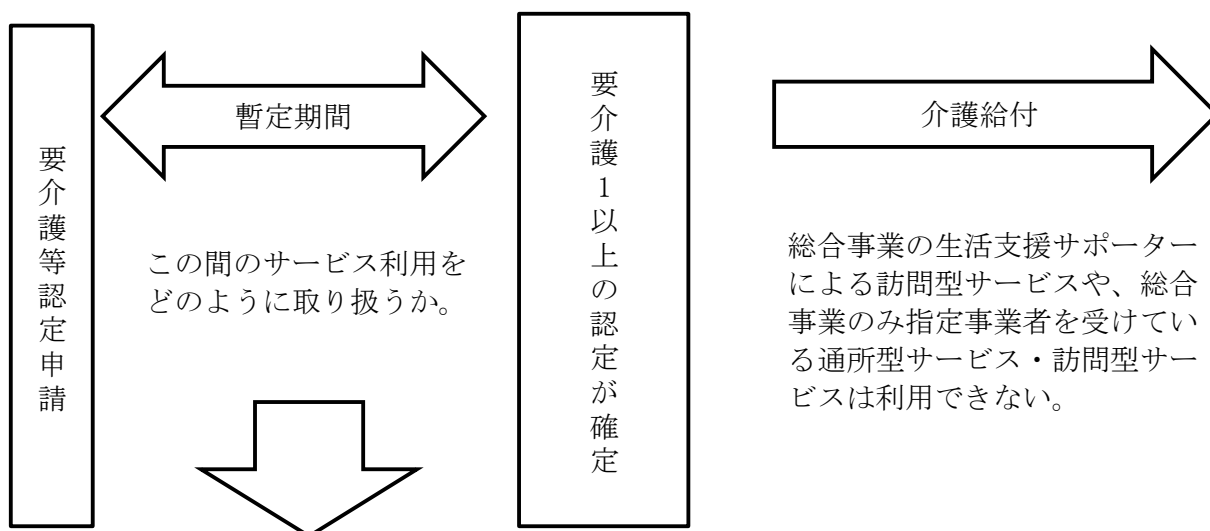
特に注意が必要な暫定プラン期間中のサービス利用について

総合事業の生活支援サポーターによる訪問型サービス、総合事業のみ、指定を受けている者しかサービス提供が出来ないため、通所型サービスまたは訪問型サービス（※）は、事業対象者や要支援を対象としていることで、要介護1以上の認定が確定された場合は、保険給付の対象にはなりません。そのため、暫定プランで総合事業の上記サービスを位置づける際は、特に注意が必要になります。

（※）事業所番号にアルファベットが含まれている。 28A〇〇〇〇〇〇〇〇

（例）要介護認定申請し、要支援見込みとして作成した暫定プランに基づき、総合事業の生活支援サポーターによる訪問型サービスと予防給付（介護予防福祉用具貸与・介護予防訪問看護・介護予防通所リハビリ・介護予防訪問リハビリ・介護予防短期入所など）を利用していたところ、要介護1以上と判定された。

（例）の場合、総合事業の生活支援サポーターによる訪問型サービスを利用しているため、要介護1以上の認定が確定された場合は、保険給付の対象にはなりません。



しかし、当該暫定期間中については、次のいずれかの取扱いが可能です。（参照「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年3月31日版】）

- ① 申請日に遡り要介護者として取扱うとした場合
→ 介護給付サービス（福祉用具貸与・訪問看護・訪問リハ・通所リハビリなど）は保険給付対象となるが、生活支援サポーターによる訪問介護サービスの費用は全額負担となる。
- ② 申請日から認定が確定するまでの間、総合事業の対象者として取扱うとした場合
→ 生活支援サポーターは総合事業として保険給付対象となるが、福祉用具など介護給付サービスは全額自己負担となる。



ケアマネジャーさんからの質問

【質問】

「要介護者の方が、更新申請中に暫定ケアプランで市外にある通所介護事業所を利用していましたが、認定結果が要支援でしたが、報酬請求はできますか？」

【回答】

①担当包括Cと事前に連絡・連携を図っていますか？

②利用していたサービス提供事業所は尼崎市の通所型サービス指定事業者ですか？
と質問を重ねることになります。

答えは①と②が○ならば、暫定ケアプラン中の報酬請求が可能です。
サービス提供事業所が尼崎市の指定事業者でない場合には全額自費となります。

他にも、住民票が尼崎市のまま市外在住となっている要介護者が、訪問介護または通所介護のサービスを利用し、区分変更や更新申請で要支援となったが、どうしたらよいか？とサービス提供事業所から市へ質問をされることもあります。

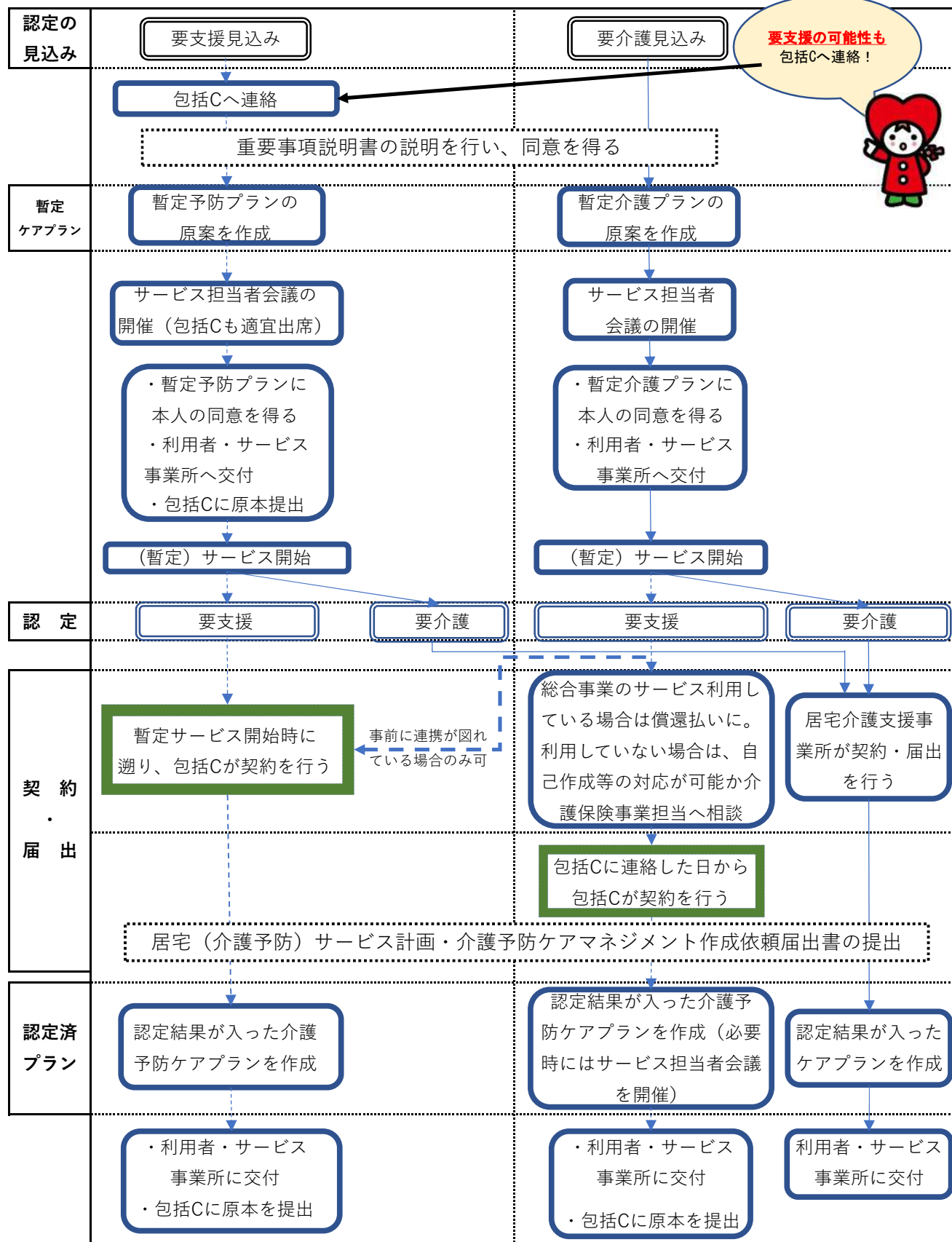
⇒尼崎市の指定事業者であれば、指定を受けた日以降の保険請求は可能となります。

暫定ケアプラン【フロー図】

居宅介護支援事業所の対応

包括Cの対応

※認定結果が要介護認定、要支援認定のいずれになるか判断できない場合には、必ず居宅介護支援事業所と包括Cが相互に連携を取り、暫定ケアプランを作成すること！



軽度者に対する福祉用具の例外給付について

次の福祉用具について、軽度者の方（要支援1・2、要介護1）に対して原則として、その状態像からみて使用が想定しにくいいため介護報酬の算定はできません。

- 1) 車いす及び車いす付属品
- 2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- 3) 床ずれ防止用具及び体位変換器
- 4) 認知症老人徘徊感知機器
- 5) 移動用リフト（つり具の部分を除く）

（注意）平成24年改正により追加

- 6) 自動排泄処理装置 の**本体部分**（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）

※6)については「要支援1・2、要介護1・2・3」の方に対して原則として介護報酬の算定はできません。

ただし、上記の福祉用具を必要とする場合について、軽度者の方の状態像によっては、介護報酬の算定が可能な場合がありますので、貸与が必要な場合には「軽度者の福祉用具貸与に関する判断について(P48)」「表1 (P49)」「表2 (P49)」を確認し、適切な介護報酬の算定が行われるよう手続きを行います。

対象者が、例外給付確認申請書の提出が必要な状態像に該当すると判断される場合は、「例外給付申請及び給付に際しての注意事項」を確認の上、確認申請に関する手続きを行います。

【提出書類（提出先 介護保険課 給付適正化担当）】

- 1) 介護保険福祉用具貸与例外給付確認申請書
- 2) 主治医の医学的所見（下記のいずれかの書類）
 - ・ 主治医意見書
 - ・ 診断書
 - ・ 主治医情報提供票
- 3) サービス計画書・サービス担当者会議記録（支援経過等）
介護予防サービス・支援計画書は、包括Cの承認を受けたものを提出してください。

「介護保険福祉用具貸与例外給付確認申請書」「主治医情報提供票」は尼崎市ホームページから確認できます。

掲載ページ⇒トップページ>産業・ビジネス>各種事業者の方へ>介護保険事業者等>介護保険事業担当からのお知らせ>軽度者に対する福祉用具貸与のご案内
もしくは ID検索

1006632

検索

【表 1】

対象外種目	状態像	認定調査の結果
ア) 車いす及び同付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1－7 歩 行→『できない』
	(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	該当する認定調査項目がないため、主治医から得た情報及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、ケアマネジャーが貸与可否を判断する。
イ) 特殊寝台及び同付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1－4 起き上がり→『できない』
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1－3 寝返り→『できない』
ウ) 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1－3 寝返り→『できない』
エ) 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者	
	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 3－1 意思の伝達→『できる』以外 または 基本調査 3－2～3－7 記憶・理解のいずれか→『できない』 または 基本調査 3－8～4－15 認知機能、精神・行動障害のいずれか→『ない』以外 その他、主治医意見書において認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	(2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 2－2 移動 →『全介助』以外
オ) 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1－8 立ち上がり→『できない』
	(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2－1 移乗→『一部介助』又は『全介助』
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	該当する認定調査項目がないため、主治医から得た情報及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、ケアマネジャーが貸与可否を判断する。
カ) 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	次のいずれにも該当する者	
	(1) 排便が全介助を必要とする者	基本調査 2－6 排便 →『全介助』
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2－1 移乗 →『全介助』

例外給付の対象となる状態像と事例【表2】

類型	対象となる状態像
(i) 状態の変化	疾病その他の原因により、 状態が変動しやすく 、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者。 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
(ii) 急性増悪	疾病その他の原因により、 状態が急速に悪化し 、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態に至ることが確実に見込まれる者。 (例 がん末期の急速な状態悪化)
(iii) 医師禁忌	疾病その他の原因により、 身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から 告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者。 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

上記表に示す状態の事例について

事例類型	必要となる福祉用具	事例内容（概略）
I 状態の変化	特殊寝台	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象（ON・OFF現象）が頻繁に起き、日によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	床ずれ防止用具	
	体位変換器	
	移動リフト	
	特殊寝台	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	床ずれ防止用具	
	体位変換器	
	移動リフト	
II 急性増悪	特殊寝台	末期がんで、認定調査時は何とか自立していても、急激に状態が悪化し、短期間に告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	床ずれ防止用具	
	体位変換器	
	移動リフト	
III 医師禁忌	特殊寝台	重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	特殊寝台	重度の心疾患で、特殊寝台の利用により、急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	特殊寝台	重度の逆流性食道炎（嚥下障害）で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	床ずれ防止用具	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの危険性を回避する必要がある。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。
	体位変換器	
	移動用リフト	人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。

4. 居宅介護支援事業者への一部委託について

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を居宅へ委託した場合でも、責任主体は包括Cにあります。

包括Cは、委託を受けた居宅が計画書原案を作成した際には、当該計画書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うことや、評価を行った場合には、当該評価の内容確認を行い、今後の方針等について必要な援助・指導を行うことが必要です。介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託をする場合でも、包括Cはケアマネジメント実施時の立会いや計画の確認等を通じ、個別のケースについて適切に関与します。（指定介護予防支援等・人員・運営等の基準）

委託の手続き

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を居宅に委託する場合、利用者の住所地を担当する包括Cは居宅と次の手続きを行います。

①介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書

介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書を2部作成し、包括Cと居宅は1部ずつ保管します。

②代理受領委任状（兵庫県以外の場合は不要）

居宅が必要事項を記載のうえ、包括Cが市へ提出する。代理受領委任の合意が得られている場合は、尼崎市からの委託を受けた「兵庫県国民健康保険団体連合会」が代行して、委託先の居宅へ直接、委託料を振り込みます。

代理受領委任ができない場合（※1）には、介護予防ケアマネジメント報酬請求書（県外用：振込先口座等の記載あり）（※2）を用いて請求を行います。包括Cから、振込手数料を差し引いた委託料を指定口座へ振り込みます。

※1 代理受領委任ができない場合とは

- ・事業所所在地が県外である場合
- ・県外の住所地特例者（介護保険証の保険者を確認）を担当する県内の委託先事業者

※2 介護予防ケアマネジメント報酬請求書は尼崎市ホームページからダウンロードできます。

掲載ページ⇒尼崎市トップページ >くらし・手続き>高齢者支援>介護保険制度>介護保険制度のしくみ >尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業 もしくは ID検索

1004120

検索



居宅に一部委託できる範囲

包括Cは居宅へ、次の業務内容の範囲で介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部を委託することができます。

- ① アセスメント（要介護・要支援認定資料の情報開示請求を含む）
 - ② 介護予防サービス・支援計画書原案の作成
 - ③ サービス担当者会議の開催
 - ④ 計画書の交付
 - ⑤ サービスの提供
 - ⑥ モニタリング
 - ⑦ 評価
 - ⑧ 給付管理票作成
 - ⑨ 委託連携に係る業務
- ①～⑨に係るその他日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整を含みます。

計画書の作成にあたっては、利用者が、生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、制度の趣旨やサービス提供方法等について、利用者やその家族に対し丁寧に説明する必要があります。

初回の計画書作成においては、包括Cが利用者面談に立ち会うことが基本です。ただし、受託先居宅介護支援事業者と日程の都合がつかない等の場合、包括Cは計画作成までに、自宅に限らず利用者面談を行い、本人の意向を確認のうえ、ケアプランについて受託先居宅介護支援事業者と調整します。また、居所が速隔地で利用者面談が困難な場合は、電話等の手段によって、本人の意向を確認します。

計画書原案の確認について

- ①受託先の居宅はサービス担当者会議後に、計画書原案を包括Cに提出します。
- ②包括Cは、受託先の居宅から計画書原案の提出を受け、
 - ・計画書原案の内容のチェック
 - ・（必要に応じ）意見欄に意見の記入
 - ・包括C名及び確認者名を記入
 - ・控え（コピー）をとり、原本を受託先居宅介護支援事業者へ渡します。
- ③受託先居宅介護支援事業者は、包括Cから原本を受けとった後、
 - ・利用者への計画書原案の説明
 - ・利用者による同意および原本への署名を受ける
 - ・利用者への交付
 - ・受託先の居宅で署名済み計画書のコピーを保管
 - ・サービス事業所へ交付以上を行い、原本を包括Cに提出します。
- ④包括Cは、受託先居宅介護支援事業者から原本の提出を受け、保管します。

【確認のポイント】

- ・必要書類が揃っているか。
- ・空欄や書き漏れがないか。
- ・アセスメントで確認した総合的課題や目標、サービス担当者会議で共有した内容がプランに反映されているか。
- ・必要に応じ、包括Cより計画書原案の修正及び再提出を求めます。