

介護予防・日常生活支援総合事業 の実施に係る取り扱いについて

目次

自分らしい暮らしの支援に向けたケアマネジメント及びサービス提供について……………	1
介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要……………	2
訪問型サービス……………	4
通所型サービス……………	7
訪問型サービス・通所型サービス共通項目……………	10
介護予防ケアマネジメント……………	12

白井市高齢者福祉課

平成30年1月

この資料に記載している単位は、現行の単位数で示してします。

国の報酬改定等により平成30年4月1日以降の単位数及び地域区分は変更となる場合があります。

自分らしい暮らしの支援に向けたケアマネジメント及びサービス提供について

白井市では、市民の皆さんが住み慣れた地域で自分らしい生活を継続していけるよう、介護予防を進めるとともに、介護保険サービスが適切に提供されることが重要と考えています。地域の中で元気に暮らす高齢者を増やすためには、より一層自立支援や要介護の重度化予防に焦点を当てたケアマネジメント及びサービス提供が重要となります。

その実現のために、ケアマネジメントの実施や個別サービス計画の作成に当たっては、次の5つの事項を必ず視点に加え、計画を作成してください。

1. 予後予測を立てる

利用者の状態像や生活課題を的確にとらえて、できない動作について何が原因でできないのかを見極め、できるようになりたいこと、できるようになりそうなことは何かという視点を持つことが自立支援の第一歩です。（丁寧なアセスメントに基づき、予後予測を立てましょう。）

2. できることは自分で、活動の機会を奪わない

自分でできることを自分でやるのは介護予防の視点からも大事なことです。利用者の活動の機会を奪わないような支援を心がけましょう。また、サービス提供の開始により地域とのつながりを切らないように支援してください。（ただ手伝うのではなく、利用者の活動の機会を支援するようなサービス内容の設定をしましょう。）

3. 自立を目指して限定的に

とくに急性期後の回復期等、サービスを利用することで本人のできることを増やしていくような支援を目指しましょう。期間限定的なサービス利用の視点をもつことで、自立を促していくことができます。また、慢性期であっても長期的な視点に基づき、できることを増やすように支援していくことを心がけましょう。

4. 本人の意欲を導き出す

計画作成、目標設定に利用者にも参画してもらい、目標達成による成功体験を積み重ねることで、利用者が自立に向けて「・・・したい」という意欲や自信を持てるよう支援を行なってください。また、介護予防の取り組みを生活の中にも取り入れ、自ら実施、評価できるようにすることも必要です。（利用者や家族の自立に向かおうとする意欲をいかに引き出すかが、ケアマネジメント成功の重要な要素の一つです。）

5. 地域の活動へつなぐ

目標が達成されたら、まだ改善されていない課題に向けた目標設定に変更すること、またはサービス提供を終了することも必要です。地域の活動や社会資源などにつなげる等、地域に戻ることに、地域に居続けることを考えましょう。

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

1 総合事業の目的

総合事業は、地域包括ケアシステムの中の生活支援・介護予防を担っていくもので、介護保険の要支援相当の高齢者に対し、効果的で効率的な支援を行います。

また、効果的な介護予防のケアマネジメントと自立支援に向けたサービスを提供することで、要支援状態からの自立の促進や重症化予防を図ることを目指します。

2 総合事業の内容と対象者

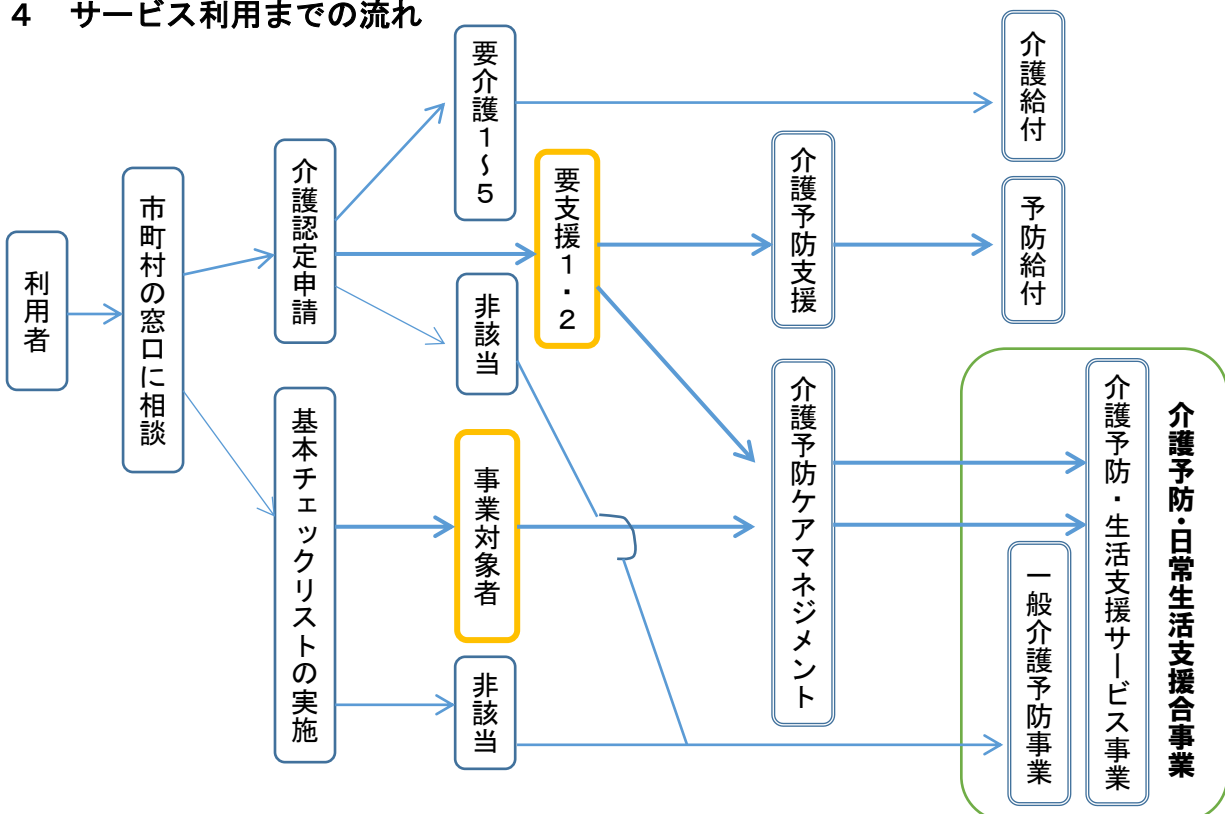
総合事業は、要支援の人が受けていた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスのほか、地域の実情に応じてNPOや住民等、様々な主体によるサービスを提供する「介護予防・生活支援サービス事業」と介護予防教室などを行う「一般介護予防事業」で構成されます。

	事業	対象者
総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	①要支援認定を受けた人 ②65歳以上で基本チェックリストにより事業対象者と判断された人
	一般介護予防事業	65歳以上のすべての高齢者

3 白井市で実施しているサービス

- 訪問型サービス（現行相当）
- 訪問型生活支援サービス（緩和型）
- 通所型サービス（現行相当）

4 サービス利用までの流れ



5 区分支給限度額

要支援者が総合事業を利用する場合には、現在適用されている予防給付の区分支給限度額の範囲内で、予防給付と総合事業を一体的に利用できます。基本チェックリストにより事業対象者と判断された方については、予防給付の要支援1の区分支給限度額と同じとなります。

○ 要支援1・事業対象者 = 5,003単位

○ 要支援2 = 10,473単位

なお、事業対象者のうち、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるようなケースについては、申請により一時的に要支援1の区分支給限度額を超えることも可能となります。

※事業対象者の「一時的な」区分支給限度額の変更の手続きについて

①総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

②介護予防サービス・支援計画書

③サービス担当者会議の要点

④アセスメントシート

①～④を白井市（高齢者福祉課介護保険班）に提出

訪問型サービス

訪問型サービスは、訪問型生活支援サービス（緩和した基準によるサービス）を中心に提供することとしていますので、適切なケアマネジメントのもと、サービスの選択を行ってください。専門的な対応等が必要な場合のみ現行相当サービスの提供が可能となります。

1 単位・加算減算

	サービス名称	単位	対象者
緩和した基準によるサービス	訪問型生活支援サービス(基本型)	1回につき177単位	事業対象者、要支援1・2 週2回までの30分から1時間未満の生活支援員による生活援助の提供が必要とされた者
	※各種加算・減算(初回加算)		
	訪問型生活支援サービス(一体型)	1回につき225単位	事業対象者、要支援1・2 週2回までの30分から1時間未満の訪問介護員による生活援助(自立生活支援のための見守りの援助(※老計第10号1-6参照)を含む)の提供が必要とされた者
	※各種加算・減算(初回加算、介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅳ、同一建物減算)		
現行相当サービス	訪問型サービス(Ⅰ)	1月につき1,168単位 1日につき38単位	事業対象者、要支援1・2 週1回程度の訪問型サービスが必要とされた者
	訪問型サービス(Ⅱ)	1月につき2,335単位 1日につき77単位	事業対象者、要支援1・2 週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者
	訪問型サービス(Ⅲ)	1月につき3,704単位 1日に月122単位	要支援2 週2回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者
	※各種加算・減算(初回加算、生活機能向上連携加算、介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅳ、サ責減算、同一建物減算など)は給付と同一 ※ショートステイ利用月、サービス開始月(月途中での開始の場合)等は日割りの扱いとなる。		

2 現行相当サービスの算定について

現行相当サービスの提供が必要なケースについては、把握のためサービス開始前に各地域包括支援センターにご連絡ください。

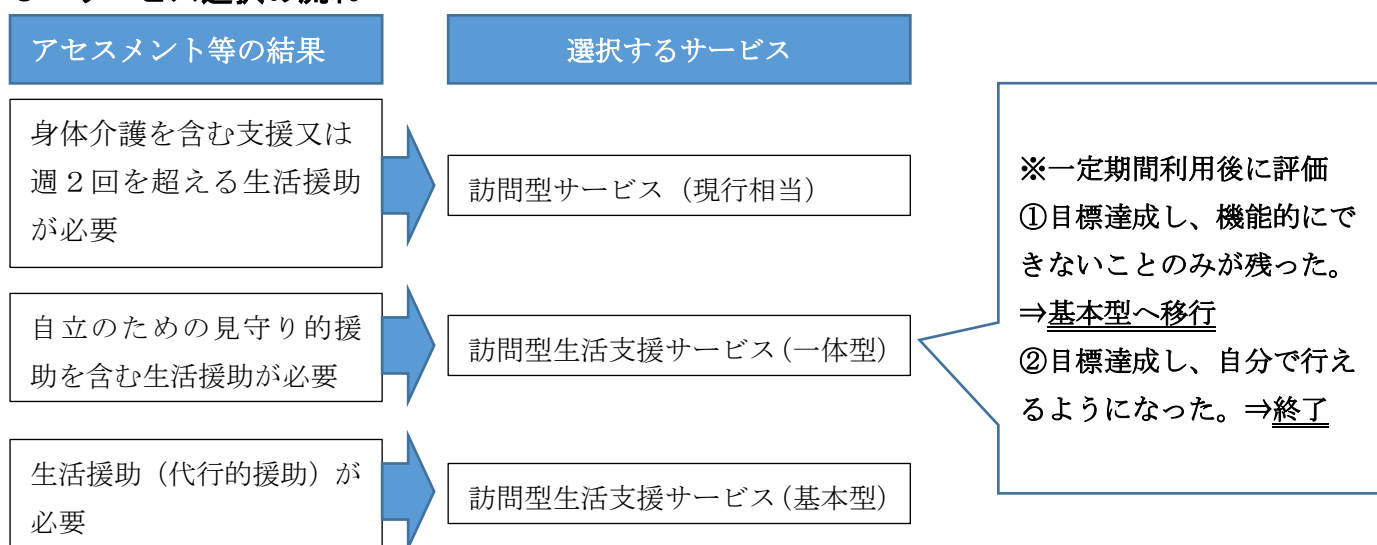
訪問型サービス(Ⅲ)の利用対象として、事業対象者も含まれていましたが、事業対象者の状態像、実績の状況から判断し、要支援2のみと変更します。

○現行相当サービスが必要とされる者とは適切なケアマネジメントを通じ、次に掲げるいずれかに該当するケースです。

- ①身体介護（※注1）を含む訪問サービスが必要なケース
- ②身体介護はないが、次のような訪問介護員による専門的対応が必要なケース
 - ・認知機能の低下等による専門的対応が必要な場合
 - ・退院直後で状態に応じた専門的な対応が必要な場合 等
- ③週2回を超えるサービス提供が必要なケース

※注1 老計第10号(平成12年3月17日通知)に規定される身体介護のうち、1-6「自立支援のための見守りの援助」を除いたものをいう。

3 サービス選択の流れ



<参考> 老計第10号訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等についてより抜粋

○自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

- ・利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ・入浴、行為などの見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防の為の声かけ、気分の確認などを含む）
- ・ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声掛けや見守り中心に必要な時だけ介助）
- ・移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ・車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- ・洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防などのための見守り・声かけを行う。
- ・認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

4 日割り請求について

現行相当の訪問型サービスについては、従来通り月額包括報酬となりますが、月途中で利用開始又は終了した場合は日割り計算での請求となります。日割り請求にかかる起算日などについては下表を参照してください。

月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について

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(みなし) ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(みなし) ・通所型サービス(独自) ※月額包括報酬の単位とした場合	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援) 	変更日
	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約開始 	契約日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)の場合) ・介護予防通所介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)の場合) 	契約解除日の翌日
	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援) 	変更日
	<ul style="list-style-type: none"> ・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)
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約解除 	契約解除日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護の契約開始(月額報酬対象サービスが、訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)の場合) ・介護予防通所介護の契約開始(月額報酬対象サービスが、通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)の場合) 	サービス提供日の前日
	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・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

「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)平成28年3月31日厚生労働省事務連絡」より抜粋

通所型サービス

総合事業利用者の費用負担の公平性を担保するため、介護予防通所介護相当サービスの単位は、月額包括報酬から1回当たりの単位設定とし、利用実績に応じた支払いへ変更します。

1 単位

【現行（平成30年3月31日まで）】

区分・対象	所定単位数
要支援1・事業対象者（週1回）	1, 647単位/月
要支援2・事業対象者（週2回）	3, 377単位/月



【平成30年4月1日から】

認定区分	所定単位数
事業対象者（原則週1回まで）	378単位/回
	月5回以上の場合 1, 647単位/月
要支援1	378単位/回
	月5回以上の場合 1, 647単位/月
要支援2	389単位/回
	月9回以上の場合 3, 377単位/月

2 報酬の算定

単位数は認定区分に応じて設定し、サービス提供実績に基づいて報酬を算定します。加算・減算については所定単位数とは別に算定します。

利用者の状態により、当初の認定区分において想定していたサービス提供頻度に変動があったとしても、月途中での認定区分の変更は必要ありません。翌月以降、利用者の状態に応じた介護予防サービス・支援計画書及び介護予防計画の変更が必要であるかを検討してください。

例① 要支援1の利用者に週1回のサービス提供を予定していたが、状態の悪化に伴い1カ月8回サービスを提供した。

→1, 647単位

例② 要支援2の利用者に週2回のサービス提供を予定していたが、状態の改善に伴い1カ月4回サービスを提供した。

→389単位×4回

3 1週間のサービス利用回数の設定方法について

適切なアセスメント及びサービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見を勘案して、標準的に想定される1週間当たりの回数を設定し、介護予防サービス・支援計画書に回数を記載してください。

ただし、事業対象者については、原則週1回までの利用となります。

4 事業対象者で週2回利用する方の取り扱い

事業対象者については、原則週1回の利用となります。担当する介護支援専門員が、週2回程度の利用を必要と判断した場合は、事前に自立支援型地域ケア会議で、週2回程度の利用の必要性について評価を受けてください。（自立支援型地域ケア会議にかける前に利用を開始したい場合は、白井市地域包括支援センター（直営）にご相談ください。）

事業対象者で週2回利用可能となった場合の単位は次のとおりです。

認定区分	単位
事業対象者（週2回程度）	378単位/回
	月9回以上の場合 3,377単位/月

現状での利用者（事業対象者）のうち、4/1以降も週2回の利用が必要とされるケース、または、4/1以降利用を開始するケースについては、2/15（木）AM、3/13（火）PMに自立支援型地域ケア会議を実施しますので、事前に白井市地域包括支援センター（直営）へ連絡のうえ、会議実施日の2日前までに必要書類の提出をお願いします。
※詳細はP13～14を参照

※要支援2の利用者についても、必要な回数の見直し、設定をお願いします。

5 加算減算

定員超過による減算 所定単位数×70/100	1回につき	
職員人員欠如による減算 所定単位数×70/100		
同一建物に居住する者又は同一建物から通所する利用者に係る減算	1月につき	
（1）事業対象者・要支援1		-376単位
（2）事業対象者（週2回程度）・要支援2		-752単位
生活機能向上グループ活動加算		100単位
運動器機能向上加算		225単位
栄養改善加算		150単位
口腔機能向上加算		225単位
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）		
①運動器機能向上及び栄養改善		480単位
②運動器機能向上及び口腔機能向上		480単位
③栄養改善及び口腔機能向上		480単位
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）		
運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上		700単位
事業所評価加算		120単位

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ		1月につき
①事業対象者・要支援1	72単位	
②事業対象者（週2回程度）・要支援2	144単位	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ		
①事業対象者・要支援1	48単位	
②事業対象者（週2回程度）・要支援2	96単位	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
①事業対象者・要支援1	24単位	
②事業対象者（週2回程度）・要支援2	48単位	
介護職員処遇改善加算		
（1）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の59/1000	
（2）介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の43/1000	
（3）介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の23/1000	
（4）介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	（3）で算定した単位数の90%	
（5）介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	（3）で算定した単位数の80%	

訪問型サービス・通所型サービス共通項目

1 サービスコード

総合事業のみなし指定の有効期間が平成 30 年 3 月 31 日に満了することから、現行相当サービスにおけるのみなし指定事業所のサービス種類コードが以下のとおり変更となります。

【現行】

	平成 27 年 3 月 31 日までに介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けたのみなし指定事業所	平成 27 年 4 月 1 日以降に総合事業の指定を受けた事業所
介護予防訪問介護相当サービスの種類コード	A1	A2
訪問型生活支援サービスの種類コード		A3
介護予防通所介護相当サービスの種類コード	A5	A6



【平成 30 年 4 月 1 日～】

	総合事業の指定を受けているすべての事業所
介護予防訪問介護相当サービスの種類コード	A2
訪問型生活支援サービスの種類コード	A3
介護予防通所介護相当サービスの種類コード	A6

コードについては、「白井市」のホームページに掲載します。

【掲載場所】

ホーム>健康・福祉・医療>介護保険>介護サービス事業者の皆様へ>介護予防・日常生活支援総合事業単位数
(<http://www.city.shiroi.chiba.jp/kenko/kaigo/ko2/1458115849695.html>)

2 サービス提供に当たって

地域包括支援センター等が利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、介護予防サービス・支援計画において設定された目標の達成状況に応じて必要な程度の時間を設定して、指定事業者が作成する介護予防計画に位置づけてください。

- サービス提供は、利用者の介護予防に資するよう、その目的を設定し、計画的に行わなければなりません。また、利用者ができる限り、要介護状態とならない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常に意識してサービス提供するように努めてください。
- サービス提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることやその他の様々な方法により、利用者が主体的に参加するよう適切な働きかけに努めてください。
- 定期的に評価を行い、サービス内容等の見直しを行ってください。

4 単位数変更に伴う契約書・重要事項説明書・運営規程の見直しについて

単位数の変更に伴い、以下の書類の見直しを行ってください。

(1) 契約書

契約書に具体的な利用金額を定めている場合は、契約書を改めて取り直すか、変更契約書を作成してください。契約書に具体的な利用金額を明記していない場合は、改めて契約書を取り直す必要はありません。

なお、契約書等に「介護保険法に基づく第1号訪問事業」、又は「介護保険法に基づく第1号通所事業」等総合事業を実施している文言が追加されているか確認してください。

(2) 重要事項説明書

重要事項説明書の料金表を改めて作成し、利用者又はその家族に説明したうえで利用者の同意（署名または記名・押印）を得てください。

料金表を別表で定めている場合は、重要事項説明書自体を改めて作成する必要はありませんが、改定後の料金表（別表）を提示し、利用者又は家族に説明したうえで、利用者の同意（署名又は記名・押印）を得てください。

(3) 運営規程

運営規程の記載内容を変更した場合は、白井市（高齢者福祉課介護保険班）へ変更届を提出してください。

(4) キャンセル料について

月額包括報酬（定額制）では、「キャンセルがあった場合も介護報酬上は定額どおりの算定がなされていることを踏まえると、キャンセル料の設定は想定しがたい」（平成18年4月改定関係 Q&A (Vol.1)）とされていましたが、1回当たりの単位においては、キャンセル料の内容を重要事項説明書（又は契約書）に定め、利用者又はその家族に説明し、利用者の同意（署名又は記名・押印）を得ることで、キャンセル料を徴収することも可能です。

介護予防ケアマネジメント

利用者の状態やその置かれている環境等に応じて、生活課題に着目した目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施・評価できるよう支援します。

1 対象者

- (1) 要支援認定を受けた人
- (2) 65歳以上で基本チェックリストにより事業対象者と判断された人

2 考え方「自分らしい暮らしの実現」

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、利用者が有している生活機能の維持・改善が図れるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけます。

1 ページ目に掲載した「自分らしい暮らしの支援に向けたケアマネジメント及びサービス提供について」を参照し、5つのポイントを視点に加えた計画の作成をお願いします。

*プランの立て方・考え方は、介護予防支援と同じです。

3 介護予防ケアマネジメントの実施主体

利用者本人が居住する地域を担当する地域包括支援センターにおいて実施します。

次の場合は、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託できることとしています。

- ①要支援認定者に対する介護予防ケアマネジメント（従来の介護予防支援と同様）
- ②要支援認定者が認定有効期間満了後に更新の認定申請を行わず、基本チェックリストにより事業対象者となった場合
- ③基本チェックリストにより事業対象者と判断された方に対する、1クール(概ね6か月)終了後のケアプランの継続、変更の時点以後（初回は地域包括支援センターが実施）

4 通所型サービスの単位変更に伴うサービス利用回数の変更について

- (1) 変更時期

平成30年4月1日

- (2) サービス利用回数変更によるケアプランの変更について

ア 事業対象者及び要支援2で週2回→週1回に変更の場合
⇒「軽微な変更」に該当すると判断します。

今回の見直しに伴い、ケアプランの期間中に回数の変更を行う場合は、一連の業務（①アセスメント、②サービス担当者会議、③利用者説明・同意、④ケアプランの交付）の省略は可能とします（サービス担当者会議を開いた方が良いと判断した場合でも、全事業所を招集せずに、直接の担当以外は意見照会とすることも可能）。

イ 事業対象者で週2回→週2回のままの場合

⇒自立支援型地域ケア会議にかけ、その結果を踏まえた利用回数とします。

ウ 事業対象者で週1回→週2回に変更の場合

⇒自立支援型地域ケア会議にかけ、その結果を踏まえた利用回数とします。

(3) サービスの必要性の確認と検討

要支援認定者・事業対象者ともに、サービスの必要性が記載されていないケアプランについては、次の事項について、再度確認・検討してください。

- ①通所サービスがなぜ必要なのか、その理由が介護予防サービス・支援計画書の「アセスメント領域と現在の状況」に明確に記されていること。
- ②サービス担当者会議において上記サービスが必要な理由が検討され、決定したプロセスが「介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」に記録されていること。（サービス担当者会議の要点でも可）
- ③更新・プラン変更の場合は、評価・再アセスメントの上で、継続・変更の方向性が示されていること。

<参考>

○自立支援型地域ケア会議について

1 目的

白井市においては、次の3点を目的として、自立支援型地域ケア会議（以下「会議」という。）を実施しています。（平成29年度はモデル的に実施）

- ① 介護保険法の理念である「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」を実現する。
- ② 介護保険のケアマネジメントの平準化及びスキルアップを実現する。
- ③ 計画作成者及びサービス提供事業所のOJTを進める。

会議では、計画作成者より課題分析・目標設定等の概況説明を受け、主としてアドバイザーからの意見・提案・助言を受け、振り返ることにより、在宅生活の充実に向けた支援となっているか、自立支援・生活機能向上に向けたケアマネジメントになっているか等の効果を検証していく場としています。

※効果

- ①自立支援の視点を定着させることにより、アセスメント力の向上とケアマネジメントのスキルアップ及びサービスの質の向上を図る。
- ②会議の検討過程で見えてくる、不足している社会資源を発見する機能や地域の課題を抽出する。

2 会議の運営方針

(1) 時間配分

1 事例につきアセスメント・ケアプランの確認を5分程度、ケアプランの作成者より概要説明を5分程度、全参加者からの質問・意見のとりまとめを20分で行い、1 事例あたり合計30分を原則とする。詳細な内容は下記参照。

担当	所要時間	内容	ポイント
全員	約5分	アセスメント・ケアプラン確認	参加者全員で、配布資料を確認 自らの専門分野を中心に内容チェック
計画作成者	約5分	事例概況など説明改善可能な状況を説明し、 <u>対応方針策を示す。</u>	現在の状況・状態について「利用者基本情報」から簡潔に説明「生活機能評価表」の事後予測もしくは「課題整理統括票」の見通しから改善可能なポイントを説明し、「ケアプラン」から作成担当者が考えた対応方針策を示す。
アドバイザー	約20分	全参加者から質問 自立に向けた意見・提案 必要な助言	課題を明確にするための質問を行う（質問の趣旨・理由を合わせ伝える） 考えられる課題を整理する。 各専門職種がアセスメントやケアプランの内容に対して介護予防の理念に基づき、自立に向けた具体的な提案を行う。
司会者	約2分	まとめ	ケアの方針（3か月から6か月後までの）を確認し、決定事項などをまとめ、共通認識を確認。 今後必要とされた事項についていつまでに誰が何をどのように行うか等具体的に確認。 まとめの際に、助言者からのアドバイスをまとめるだけでなく、会議で出されたアドバイスや意見を踏まえ、プランに位置づけた支援計画をどう調整できるのかの視点でまとめる。

(2) 使用する様式等

- 利用者基本情報
- 基本チェックリスト
- 生活機能評価表（別紙1参照）
- 介護予防サービス・支援計画書
- サービス個別計画書

◎白井市の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおける評価及び評価期間
について

《平成 30 年 1 月》

1. 評価について

《評価の目的と視点》

モニタリングやサービス事業者からの報告等を基に、一定期間後に利用者の状態を評価します。その目的は介護予防ケアプランで設定した目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後の介護予防ケアプランを見直すことにより、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

《評価の実施方法》

評価を行う際には、利用者の状況を適切に把握し、利用者や家族の意見を聴取する必要があるため、利用者宅を訪問して行います。

サービス事業者からの報告等から運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観の変化などを把握することができます。これらを集約し、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

《評価の反映》

評価結果を基に今後の方針を検討し、より利用者にとって適切なものとなるよう介護予防ケアプランの見直しを行います。

評価を踏まえて、次の目標や支援内容を設定し、利用者の思う自立した生活に段階的に近づけていくことが必要です。

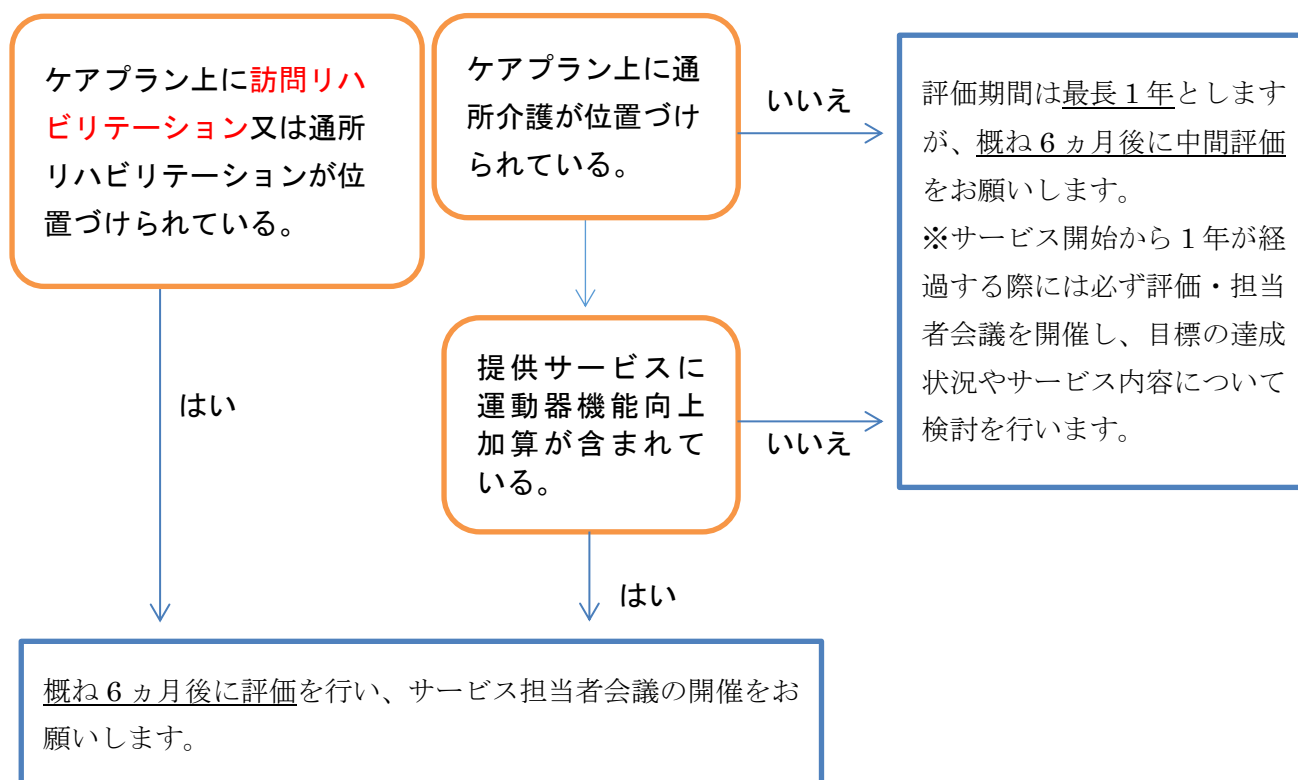
※利用者に対して、その状態の改善、悪化に応じて、要支援・要介護状態から自立までの状態変化に応じたサービス移行があり得ることを、あらかじめ説明しておくことが各制度の円滑な利用に当たって大切です。

2. 評価期間について

評価期間：最長1年

- ただし、概ね6ヵ月で中間評価を行うこと。
- サービス開始から1年が経過する際には、必ず評価・担当者会議を開催し、目標の達成状況やサービス内容について検討を行うこと。
- なお、**リハビリテーションを目的としたサービス**や**運動器機能向上加算**のついているサービスについては、概ね6ヵ月後に評価を行い、サービス担当者会議を開催すること。

【評価に関する確認フロー】



〈中間評価の取り扱いについて〉

介護予防サービス・支援計画書に定めた支援計画の期間の途中における評価（以下「中間的な評価」）に関しては、介護予防支援業務の担当職員は、介護予防サービス・支援計画書で定めた各事項について支援の実施状況及びその結果等を介護予防支援経過記録に記載することで中間的な評価とすることが可能であり、必ずしも介護予防サービス・支援評価表を使用する必要はありません。なお、介護予防支援経過記録への支援の実施状況の記載は1月に1回は行うこととし、計画期間内における中間的な評価を容易に行うことができるようにしてください。 「介護予防支援業務の実施にあたり重点化・効率化が可能な事項について」より抜粋

〈評価等に伴う業務（抜粋）と必要帳票〉

	サービス利用月	中間評価	評価月
運動器機能向上加算あり			概ね6ヵ月後
上記以外のサービス		概ね6ヵ月後	目標期間終了月
モニタリング	毎月、通所サービス事業所訪問や利用者への電話連絡等の方法により、利用者の状況を把握する（利用者変化があった時などは利用者宅を訪問） <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">モニタリング結果記録 (支援経過に記録で可)</div>	利用者宅を訪問し、面接 ※目標期間終了月、3ヶ月に1回、又は利用者に着しい変化があったときは、利用者宅への訪問を行う。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">モニタリング結果記録 (支援経過に記録で可)</div>	利用者宅を訪問し、面接 ※目標期間終了月、3ヶ月に1回、又は利用者に着しい変化があったときは、利用者宅への訪問を行う。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">モニタリング結果記録 (支援経過に記録で可)</div>
評価	<div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;">【その他留意点】 ※運動器機能向上加算のあるサービスについては、概ね6ヵ月の評価後、その他のサービスは評価期間終了後に地域包括支援センターに帳票を提出する。 ※状態の変化やサービス利用状況に応じて必要時にサービス担当者会議を開催する。</div>	【中間評価】 モニタリング及び訪問・面接の結果を踏まえて中間評価を行う。 必要に応じて、ケアプランの見直し。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">中間評価記録 (支援経過に記録)</div>	【評価】 モニタリング及び訪問・面接の結果を踏まえて評価を行う。 評価は目標期間終了月に行う。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">・介護予防支援・サービス評価表 ・介護予防支援経過記録</div> 【ケアプランの見直し】 <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">・基本チェックリスト ・介護予防サービス計画書（原案）</div> 【サービス担当者会議の開催】