

## 第3章 予防給付ケアマネジメントの概要

### 第3章の要点

- ・ 予防給付ケアマネジメントの具体的内容について理解する
- ・ 予防給付ケアマネジメントの留意点について理解する
- ・ 予防給付ケアマネジメントの全体の流れを理解する
- ・ 関係機関等との連携について理解する

## 第1節 予防給付ケアマネジメントの対象者およびサービス

### 1 対象者

予防給付は介護認定審査会において、介護の必要度の審査に加え高齢者の状態の維持・改善の可能性の観点からの審査が行われ、「要支援1」及び「要支援2」と判定された人が対象となります。

認定更新の際、これまで要介護1と判定されていても改善可能性の高い人は「要支援2」に判定されます。また、これまで「要支援2」と判定されていても、心身の状態が安定していない人や認知症等により予防給付の適切な利用が見込まれない人は、予防給付の対象から除外され「要介護1」と判定されます。

#### 【対象者の判定の流れ】

- ①介護の手間に関して要介護認定の審査判定（一次判定、二次判定）が行われます。ここで、要支援1及び要介護2～5と判断された場合には、この通り要介護状態区分が決定されます。
- ②審査判定で、「要介護1相当」と判定された人については、二次判定の過程において、さらに追加項目・特記事項・主治医意見書・参考指標（コンピュータを用いた認知機能や追加項目の評価結果）の内容から、状態の改善可能性を審査します。
- ③疾病や外傷等により心身の状態が安定していない状態や、認知機能や思考・感情等の障害などで予防給付の利用の理解が困難な状態像については「要介護1」と判定されます。廃用の程度が比較的軽度で、予防給付の利用が適切であると見込まれる状態像の場合は「要支援2」と判定されます。

### 2 予防給付のサービス

#### (1) サービスの種類

予防給付は「要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」を目的として実施する

ものです。要支援1及び要支援2の人を対象に行われ、その要支援状態の悪化の防止、さらには「非該当」への改善を目指しています。

予防給付は、介護予防を目的とした以下のサービスで構成されています。

予防給付のサービスは、生活不活発病等の予防の観点から、日常生活の活発化に資する通所系サービスに積極的な役割が期待されています。通所系サービスにおいては、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「生活機能向上グループ活動」が導入されています。

また、生活機能の維持・向上の観点から、予防訪問介護の役割も期待されています。

## 【予防給付の対象サービス】

### 《介護予防サービス》

- ①介護予防訪問介護
- ②介護予防訪問入浴介護
- ③介護予防訪問看護
- ④介護予防訪問リハビリテーション
- ⑤介護予防居宅療養管理指導
- ⑥介護予防通所介護
- ⑦介護予防通所リハビリテーション
- ⑧介護予防短期入所生活介護
- ⑨介護予防短期入所療養介護
- ⑩介護予防特定施設入居者生活介護
- ⑪介護予防福祉用具貸与
- ⑫特定介護予防福祉用具販売

### 《地域密着型介護予防サービス》

- ⑬介護予防認知症対応型通所介護
- ⑭介護予防小規模多機能型居宅介護
- ⑮介護予防認知症対応型共同生活介護

### 《介護予防支援》

### 《その他》

※介護予防住宅改修

(\*) 介護予防住宅改修については、区市町村への事前申請制度あり。

注：それぞれのサービスの報酬等については、p71～p88 参照

## (2) 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション

予防給付のサービスの中でも、介護予防の観点から特に理解すべきサービスとして、介護予防通所介護および介護予防通所リハビリテーションについて説明します。

介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションのいずれも、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとして位置づけられています。

運動器の機能向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別計画を作成し、適切なサービスを実施する。</li> <li>◆ストレッチング、用具やマシンを使った筋力トレーニング等</li> </ul>
栄養改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、低栄養状態の改善を図る。</li> </ul>
口腔機能の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスを実施する。</li> <li>◆口腔清掃の指導、口腔機能向上のための訓練（健口体操など）等</li> </ul>
生活機能向上グループ活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を実施する。</li> </ul>

### 【介護予防通所介護の関係法令】

介護保険法第8条2第7項 「介護予防通所介護とは、居宅要支援者について、その介護予防を目的として、老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、厚生労働省で定める期間にわたり、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと（介護予防認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）をいう。」

### 指定介護予防サービス等の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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 第96条より抜粋

「介護予防通所介護の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない」

## 【介護予防通所リハビリテーションの関係法令】

介護保険法第8条2第8項 「介護予防通所リハビリテーションとは、居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。」

### 指定介護予防サービス等の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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 第116条より抜粋

「介護予防通所リハビリテーションの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない」

### (3) 介護予防訪問介護

介護予防訪問介護については、本人の生活機能の維持・向上の観点から、利用者の状態等と踏まえて、必要なサービスの内容、提供期間、提供方法を明確にし、適切なケアマネジメントに基づいてサービスが実施されます。

#### 介護予防訪問介護の提供に当たっての留意点

- 適切なケアマネジメントに基づくサービス提供  
介護予防訪問介護は、①利用者が自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②家族や地域の支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合に、予防給付ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されます。
- 利用者の意欲向上  
本人ができる生活行為を増やし、日常生活の自立へ向けて支援する観点から、利用者の意欲を引き出しながらサービスを提供していくことが求められます。
- 支援内容の明確化  
介護予防訪問介護は、本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本に、サービスを提供することが求められます。このため、ホームヘルパーが利用者に代わって行う支援の内容は最小限とし、予防給付ケアマネジメントの過程で具体的に明確化する必要があります。

## 【介護予防訪問介護の関係法令】

### 指定介護予防サービス等の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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 第4条より抜粋

「介護予防訪問介護の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。」

介護保険法第8条2第2項 「介護予防訪問介護とは、居宅要支援者について、支援者について、その者の居宅において、その介護予防（身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。）を目的として、介護福祉士その他政令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって、厚生労働省令で定めるものをいう。」

## 第2節 予防給付ケアマネジメントの留意点

介護予防とは、単に運動機能や栄養状態といった特定の機能の改善だけではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人一人の高齢者が自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的に行われるものです。一人一人の生きがいや自己実現のための取組みを総合的に支援し、生活の質（QOL）の向上を目指すためには、以下の点に留意して予防給付ケアマネジメントを行います。

### (1) 利用者の主体的なサービス利用の推進

予防給付ケアマネジメントは、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、利用者の生活機能を向上させることを目指します。介護予防においては、利用者の意欲や主体的な取り組みがその効果に大きく影響するので、利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の意義についての理解を促すことが大切です。

その上で、利用者とともに、現在「できること」や「できるようになりたいこと」を発見し、利用者が意欲を高め、主体的にサービス利用をできるように、適切な働きかけをしましょう。利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、サービスへの依存を生み出し、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こす場合があります。「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを心がけましょう。

### (2) 明確な目標設定と目標の共有化

要支援者は、生活機能の低下の原因や状態に見合った内容のサービスを適切な時期に提供することにより、状態を維持又は改善できる可能性が高い人です。このため、予防給付ケアマネジメントにおいては、個々の利用者の状態に応じて必要な支援要素を決定し、この支援要素に

対応した適切なサービスを提供することが重要となります。

利用者の生活機能を向上させるための具体的な目標を設定し、その目標を利用者・家族及びサービス担当者が共有し、一体となって目標の実現を目指しましょう。

### (3) 包括的な支援の実施

予防給付ケアマネジメントにおいては、予防給付のサービスだけでなく、区市町村サービスや地域におけるインフォーマルなサポート等を活用した介護予防サービス計画を作成することが重要です。

介護予防一般高齢者施策や保健・医療サービス、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、福祉団体、ボランティアや民間団体（NPO、住民団体）等地域にある様々な社会資源を利用者ニーズに合わせて活用していきましょう。そのためには、多職種が協働できる社会環境の整備も重要です。地域における介護予防に向けた取り組みが推進できるよう、関係機関に働きかけ、地域ケアの体制づくりなどに取り組みましょう。

### (4) 適切なモニタリングと継続的なケアマネジメントの実施

利用者の状態が変化した場合には、その状態像に応じて支援内容を見直していくことが重要です。目標の達成状況等を適切に評価し、支援内容を定期的に見直す仕組みを構築しましょう。

また、生活機能が改善した場合の介護予防事業への移行や、状態の悪化に伴う介護給付への移行などについても、連続的で一貫したケアマネジメントのもとに実施できるよう心がけましょう。そして、状態が改善した場合にも、継続的に現状維持の支援に務めることが必要になります。

## 第3節 予防給付ケアマネジメントの流れ

### 1 地域包括支援センターによる介護予防支援の実施

適切なサービス利用により生活機能の維持・改善を目指す予防給付では、生活機能の適切な評価に基づき、本人の意欲を向上させて、できることを増やしていくことが求められます。

このようなケアマネジメントのプロセスを徹底するため、介護予防支援業務は地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者の指定を受けて実施します。この介護予防支援（予防給付ケアマネジメント）の提供は、地域包括支援センターに配置される専門職を中心に行われます。

なお、要支援者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を利用している場合は、当該介護サービス事業者に配置されている計画担当介護支援専門員が支援を担当します。

### 2 予防給付ケアマネジメントの全体プロセス

予防給付ケアマネジメントは、要介護・要支援認定において、要支援1又は要支援2と判定された者に対し、下記のプロセスにより行われます。

【予防給付ケアマネジメントの手順】 (居宅介護支援事業者に委託しない場合)

地域包括支援センター

プロセス	手 順	利用帳票
<b>1. 利用申込の受付</b> ●サービス利用の説明・申込	①要支援認定を受けた利用申込者が、地域包括支援センターに利用を申し込む。(原則として来所) ・重要事項説明書を交付・説明して同意を得る。 ・申込者は、利用申込書類に必要事項を記入。	「介護予防サービス計画作成依頼届出書」 「利用者基本情報」 「基本チェックリスト」
<b>2. 契約締結</b> ●契約書類の作成	②利用者と契約を締結 ・契約書類を作成し、利用者と契約する。 ・区市町村に届け出る。 ・個人情報の取扱いについての同意を得る。	「重要事項説明書」 「契約書」 等



地域包括支援センター

<b>3. アセスメント</b> ●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析	①利用者情報を把握 ・認定調査項目、主治医意見書を取り寄せる。 ・利用者基本情報、基本チェックリストを確認する。 ・アセスメント用情報収集シート等を活用して、利用者の状況を把握する。 ②利用者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析する。	「利用者基本情報」 「基本チェックリスト」 「主治医意見書」 「認定調査結果」 「情報収集シート」 等
--	--	---



地域包括支援センター

<b>4. 介護予防サービス計画の作成</b> ●目標、具体策、利用サービスなどの決定 ●利用者及び家族やサービス提供担当者などと共通認識	①利用者及び家族と面接しながら、「目標」や「具体策」を決定し、介護予防サービス計画原案を作成する。 ②サービス担当者会議の開催 ・利用者及び家族やサービス提供担当者等と介護予防サービス計画の内容や目標について共通認識を得る。 ③介護予防サービス計画原案について、利用者の同意を得た上で、介護予防サービス計画を利用者に交付する。	「介護予防サービス・支援計画表」 「介護予防支援経過記録」
---	--	----------------------------------



サービス提供事業所

<p>5. サービス提供</p>	<p>①事前アセスメント ・事業実施前にアセスメントを行い、個別介護計画を立てる。</p> <p>②サービスの実施 ・個別介護計画に基づき、サービスを提供する。 ・効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別介護計画を見直す。</p> <p>③事後アセスメント ・サービスの実施後、その効果についてサービス提供事業所でアセスメントし、その結果を地域包括支援センターに報告する。</p>	<p>「介護予防支援経過記録」</p>
------------------	--	---------------------



地域包括支援センター

<p>6. モニタリング ●計画実施状況の確認</p>	<p>①サービス提供事業所と連携し、サービスの実施状況を確認する。</p> <p>②必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により、計画の達成状況等を把握する。</p>	<p>「介護予防支援経過記録」</p>						
<p>7. 評価（介護予防サービス計画で定めた期間の終了時） ●目標達成状況の評価と今後の方針の決定</p>	<p>サービス提供事業所から事後アセスメントの報告を受け、その効果を評価し、次のサービスや事業につなぐ。</p> <table border="1" data-bbox="456 1223 1046 1433"> <tr> <td>維持</td> <td>予防給付の利用を継続</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>区分変更申請</td> </tr> <tr> <td>改善</td> <td>変更申請 / 二次予防事業へ移行 / 一次予防事業へ移行 / 利用を終了</td> </tr> </table>	維持	予防給付の利用を継続	悪化	区分変更申請	改善	変更申請 / 二次予防事業へ移行 / 一次予防事業へ移行 / 利用を終了	<p>「介護予防サービス・支援評価表」</p>
維持	予防給付の利用を継続							
悪化	区分変更申請							
改善	変更申請 / 二次予防事業へ移行 / 一次予防事業へ移行 / 利用を終了							



地域包括支援センター

<p>8. 給付管理</p>	<p>介護保険サービスの利用実績を確認し、所定の様式に記載する。</p>	<p>「給付管理票」</p>
<p>9. 介護報酬の請求</p>	<p>介護報酬に関する所定の書類を作成して介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領する。</p>	<p>「請求書」</p>

**【参考】 介護予防支援の報酬**

- ・介護予防支援費（基本単位） 412単位／月
- ・初回加算（新規に介護予防サービス計画を作成する場合） 300単位／月
- ・介護予防支援小規模多機能連携加算\* 300単位／月

\*介護予防小規模多機能を利用する前に計画作成の為の情報提供を行う等協力した場合に加算、ただし一利用者に対し6カ月以内の再加算は不可。

### 3 指定居宅介護支援事業者への業務委託

#### ① 業務委託の範囲

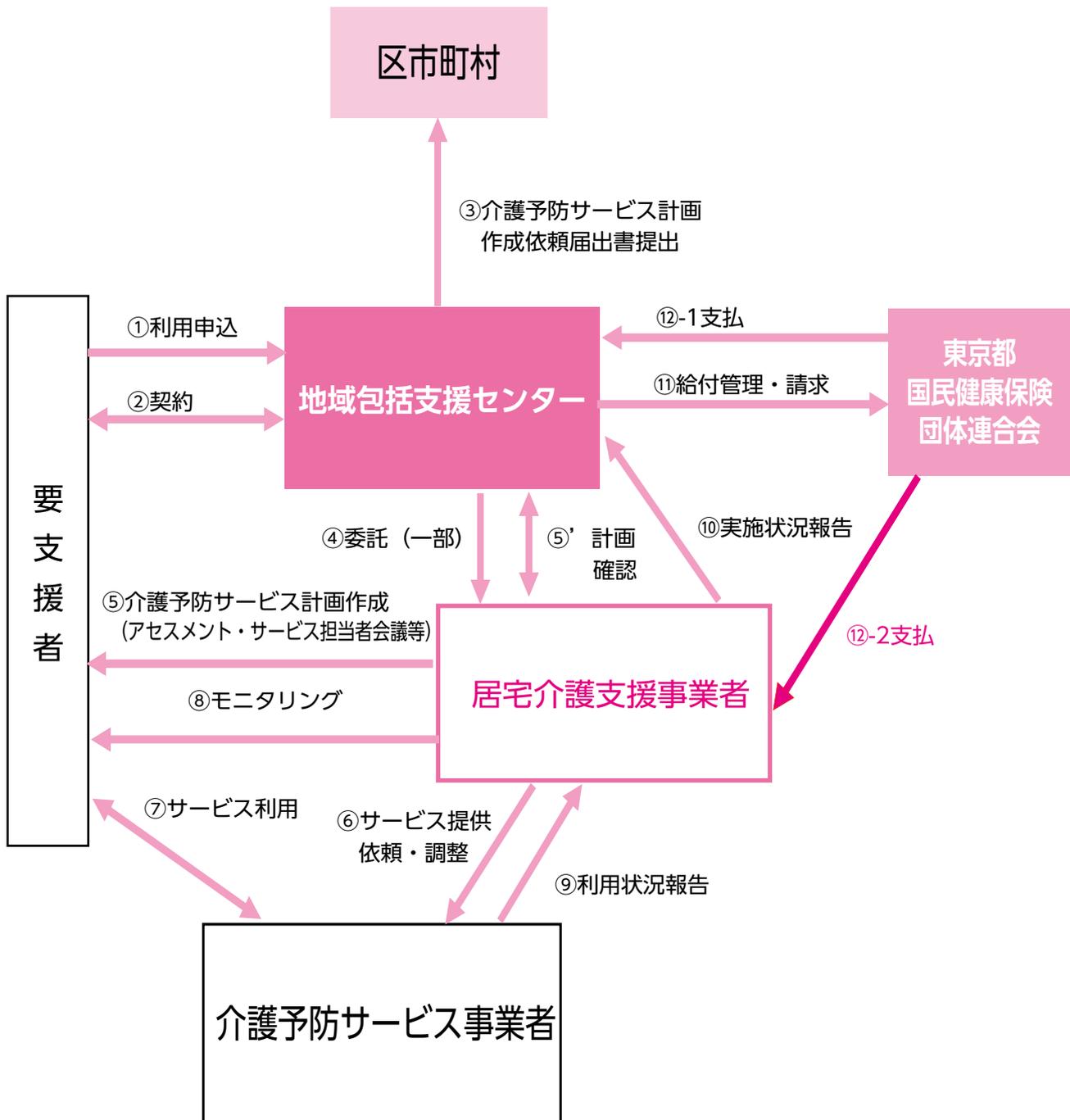
介護予防支援の提供は、地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者の指定を受けて行いますが、その業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができます。ただし、利用申込の受付、契約締結及び介護報酬の請求については、原則として地域包括支援センターが実施することとされています。また、業務の一部を委託する場合も、利用者との契約締結主体は地域包括支援センターであることから、最終的な責任は地域包括支援センターが負うこととなります。地域包括支援センターは、委託事業者が作成した介護予防サービス計画について適切性や内容の妥当性などを点検し、業務が適切に行われているかを確認する必要があります。

なお、委託業務の範囲や内容は、地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業者との契約の内容に基づきます。

#### ② 業務委託の要件

地域包括支援センターは、業務の委託に当たって、委託する業務の範囲及び委託先の指定居宅介護支援事業者の選定について、地域包括支援センター運営協議会の承認を得ることが必要です。委託先の指定居宅介護支援事業者は、中立性・公正性が担保され、介護予防支援業務を円滑に遂行できる能力のある事業者であることが要件になります。

# 介護予防サービス利用の流れ (居宅介護支援事業者への委託の場合)



## 予防給付ケアマネジメントのプロセス（居宅介護支援事業者へ委託する場合）

	地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）	居宅介護支援事業者
利用申込	<b>利用申込の受付</b> ・被保険者証を確認し、予防給付サービス利用について説明する ・重要事項説明書を交付・説明し、同意を得る ・利用申込書類（介護予防サービス計画作成依頼届出書等）を受け付ける	
契約締結	<b>利用申込者との契約締結</b> ・利用申込者と契約書類を取り交わし、介護予防サービス計画作成依頼届出書及び被保険者証を区市町村へ届ける ・利用者に介護予防支援業務の受託等について説明し、個人情報の取り扱いに対する同意を得る	
アセスメント	<b>利用者情報の入手</b> ・区市町村から認定調査結果、主治医意見書を入手する	
	<b>介護予防支援業務の委託（契約締結）</b>	
	・利用者基本情報、基本チェックリスト、アセスメント用情報収集シート等を用いて利用者の状況を確認し、アセスメントを行う ・利用者基本情報、基本チェックリスト、認定調査結果、主治医意見書等必要書類を交付し、介護予防支援業務を委託する	・必要書類を入手し、利用者宅を訪問する ・利用者の状況を踏まえ目標や具体的な支援策を提案し利用者と調整する
介護予防サービス計画原案の作成		<b>介護予防サービス計画原案の作成</b> ・アセスメントの結果を基に介護予防サービス計画原案を作成する ・介護予防サービス計画書原案に基づくサービス利用について、地域包括支援センター、サービス提供事業所等と調整する
サービス担当者会議の開催	・サービス担当者会議へ出席し、支援方針等を確認する ・介護予防サービス計画の妥当性について確認する（地域包括支援センター意見欄の記入・確認印の押印）	<b>サービス担当者会議の開催</b> ・利用者、家族、サービス提供担当者等関係者を集め、目標の共有化、役割分担の確認、専門的意見の聴取を行い、支援方針を協議する ・サービス担当者会議の後の介護予防サービス計画について地域包括支援センターの確認を得る
介護予防サービス計画の交付		<b>介護予防サービス計画書の説明</b> ・利用者や家族に地域包括支援センターの確認を受けた介護予防サービス計画の内容について説明し、同意を得る（同意欄への記名・押印） ※少なくとも目標、支援計画、本来行うべき支援ができない場合の当面の方針、総合的な方針欄については説明・同意を要する
		<b>介護予防サービス計画書の交付</b> ・利用者、サービス提供事業所、地域包括支援センターに介護予防サービス計画書を交付する
サービスの提供・モニタリング		<b>サービス提供事業所等との調整</b> ・介護予防サービス計画書に基づき適切にサービスが提供されるよう、サービス提供事業所等と連絡調整を行う ・サービス提供事業所における個別サービス計画の作成を指導する
		<b>モニタリング</b> ・必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により、介護予防サービス計画の実施状況を把握する ※サービス提供開始月は利用者宅を訪問し利用者の状況を確認する ※少なくとも3ヶ月に1回は利用者宅を訪問し面接する ※利用者宅を訪問しない月は、サービス提供事業所における面接、電話等により利用者の状況を確認する ・サービス提供事業所から、個別サービス計画に基づくサービス実施状況について少なくとも月に1度書面にて報告を受け、地域包括支援センターに報告する ・月に1度は、介護予防支援経過記録にモニタリングの結果を記録する ・利用者の状況に変化があった時は必ず利用者宅を訪問し、必要に応じて計画の見直しを行う

評価	
評価 (介護予防サービス計画で定めた期間の終了時)	<p>・居宅介護支援事業者が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言・指導を行う</p> <p>・介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、利用者宅を訪問し、計画の達成状況を把握する</p> <p>・介護予防サービス・支援評価表を作成し、地域包括支援センターに報告する</p>
給付管理	
給付管理	<p>・居宅介護支援事業者から送付された給付管理票（案）を確認する</p> <p>・月初めに前月のサービス利用実績を確認し、給付管理票（案）を作成し、地域包括支援センターに送付する</p>
介護報酬の請求・支払い	<p><b>介護報酬の請求</b></p> <p>・介護報酬請求書類を作成し、給付管理票とともに国民健康保険団体連合会に送付し、介護報酬の請求を行う</p> <p>・国民健康保険団体連合会から介護報酬を受領する</p>
	<p><b>介護予防支援業務に係る委託料の支払い</b></p> <p>・居宅介護支援事業所に介護予防支援業務に係る委託料を支払う</p> <p>・または、都外の居宅介護支援事業所に介護予防支援業務に係る委託料を支払う</p> <p>・地域包括支援センターから介護予防支援業務に係る委託料を受領する</p> <p>・または、東京都国民健康保険団体連合会から介護予防支援業務に係る委託料を受領する</p>

※ 上記に示した業務内容は、標準的な例であり、委託される業務の内容は、地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業者の間で締結される委託契約の内容による。

## 第4節 予防給付ケアマネジメントにおける連携

### 1 指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの連携

介護予防支援業務の実施に当たっては、地域包括支援センターと委託を受けた居宅介護支援事業所とが協働して、利用者を支援していくことが重要です。

居宅介護支援事業所は、次のような場合には、地域包括支援センターと連携する必要があります。

- ① 介護予防サービス計画作成にあたり、地域支援事業の利用が見込まれるとき
- ② サービス担当者会議（担当職員の出席）
- ③ 介護予防サービス計画に対する確認（地域包括支援センター意見欄の記入・押印）
- ④ 利用者同意を得て介護予防サービス計画が確定したとき（介護予防サービス計画の送付）
- ⑤ 利用者の状況が変化し、介護予防サービス計画を見直す必要が生じたとき
- ⑥ サービス提供事業所から個別介護計画に基づくサービス実施状況について報告を受けたとき（少なくとも1月に1回）
- ⑦ 月初めに前月分のサービス利用状況を確認したとき
- ⑧ 目標の達成状況を確認して介護予防サービス・支援評価表を作成したとき

### 2 関係機関との連携

#### (1) 情報の共有化

円滑かつ効果的に予防給付ケアマネジメントを実施していくためには、区市町村、サービス提供事業所、主治医、保健・医療・福祉の関係機関などとの連携が不可欠です。

サービス提供事業所等の関係者が援助目標やそれぞれの役割を理解して活動するために、介護予防サービス計画作成担当者は、アセスメントの内容や介護予防サービス計画の写しをサービス提供事業所に送付するなどして、情報の共有化を図ります。

ただし、個人情報の取り扱いに関して、事前に利用者又は家族の了解を得ておく必要があります。

## (2) 主治医との連携

予防給付においても、要介護認定での主治医意見書は重要な役割を果たすため、主治医との連携は不可欠です。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の利用が必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の意見を求め、その指示に基づいて介護予防サービス計画に位置づけることが必要です。また、医療サービス以外のサービスについても、当該サービス等にかかる主治医の医学的観点からの留意事項等を尊重して介護予防サービス計画に位置づけます。

なお、高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、主治医以外の医師も治療に関わっている場合があります。必要な場合は、主治医と相談の上、関係医師に意見を聞くなどの連携も必要になります。

## 3 介護予防事業等との継続性

要支援者の状態は、サービスの利用等により変化していきます。状態が改善すれば要支援・要介護認定において「非該当」となり介護予防事業の対象となりますし、逆に状態が悪化した場合は介護給付の対象になります。高齢者が地域において、安心して生活を継続していくためには、高齢者の状態にかかわらず、継続的・包括的に必要な支援が受けられるようにすることが大切です。そのためには、介護予防事業、予防給付、介護給付の制度間において、継続的なケアマネジメントが実施されるように、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等が連携していくことが必要になります。

要支援者が非該当となり二次予防事業を受けることになった場合、または二次予防事業の対象者が新たに要支援認定を受けた場合は、介護予防の考え方にに基づき、地域包括支援センターにおいて継続的に介護予防ケアマネジメントを実施します。

要支援者が、要介護状態に移行した場合には、地域包括支援センターは介護給付のケアマネジメントが円滑に実施できるよう、利用者に対し、居宅介護支援事業所の情報を提供するとともに、当該利用者のケアマネジメントを行うことになった居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て必要な情報を提供する等の連携をとります。

また、要介護者が要支援認定を受けた場合には、居宅介護支援事業者は地域包括支援センターと利用者との契約を支援するとともに、当該利用者に係る必要な情報を利用者の同意を得て地域包括支援センターに提供します。

# 地域づくりによる介護予防の推進

## 地域包括ケアシステムのなかで、介護予防を推進

