

令和6年度 羽曳野市
介護予防ケアマネジメント
(第1号介護予防支援事業)
業務の手引き

※変更点や通知等の最新情報については、ケア倶楽部
(<https://carepro-navi.jp/habikino/StaffLogin/login>)にログインし確認してください。

羽曳野市介護予防支援室地域包括支援課

羽曳野市地域包括支援センター

羽曳野市西圏域地域包括支援センター

羽曳野市中圏域地域包括支援センター

令和6年4月

目次

第1章 介護予防・生活支援サービス事業

- 1 羽曳野市の基本方針・理念
 - 2 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の構成
 - 3 介護予防・生活支援サービス事業
 - (1) 対象者
 - (2) 介護予防・生活支援サービス事業
 - ① 訪問型サービス
 - ② 通所型サービス
・事業所の一覧について
 - ③ 介護予防ケアマネジメント
 - (3) 一般介護予防事業
 - ① スポット訪問について
 - ② モニタリング訪問について
- ・介護予防ケアマネジメントの種類と報酬

第2章 介護予防ケアマネジメントの手順

- 1 介護予防ケアマネジメントについて
- 2 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との委託契約
- 3 介護予防支援業務
 - (1) 介護予防支援業務の流れ
 - (2) 介護予防支援の手順
 - ① 個人契約の締結
※ 居宅届について
 - ② 現場型プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）
 - ㊦ 現場型プラン検討会議の目的
 - ㊧ 現場型プラン検討会議の対象者
 - ㊨ 対象外のケース
 - ㊩ 現場型プラン検討会議の日程調整
 - ㊪ 会議当日の流れ
 - ③ 予防プラン原案の作成
 - ④ サービス担当者会議・モニタリング・評価・プラン変更
＜介護予防サービス・支援計画表等の作成および地域包括支援センターへの提出物について＞
 - ⑤ 給付管理と委託料請求
【西圏域及び中圏域地域包括支援センターへの請求方法について】
【羽曳野市地域包括支援センターへの請求方法について】

- ⑥ 予防プランの終了
- ⑦ 暫定プランの取扱い

4 事業対象者の支給限度額について

第3章 予防給付関係

- 1 介護保険情報の提供・居宅届について
- 2 担当する地域包括支援センターが変更（圏域をまたぐ場合）となる転居の取り扱いについて
- 3 例外給付と軽度者に対する福祉用具貸与について

第4章 参考資料

【用語の定義】

用語	定義
ケアマネジャー	居宅介護支援専門員
予防プラン	介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン
総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業
個人契約書	指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業契約書
居宅届	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
プラン検討会議	自立支援型の地域ケア会議
介護保険証	介護保険被保険者証

第1章 介護予防・生活支援サービス事業

1. 羽曳野市の基本方針・理念

羽曳野市の介護予防ケアマネジメントにおける基本方針は下記のとおりです。

介護保険法第1条、2条、4条でも定められているように、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えて、「自立支援・重度化防止」の取組が重要になっています。自立支援とは、元気な方についてはその状態を引き続き維持できるように、また、介護が必要とする方にはその状態の改善・悪化防止に向け支援をすることです。

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者や事業対象者が現在の生活機能の維持・改善が図られるよう、本人の意欲に働きかけながら、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につながるよう働きかけていくことが重要です。できないことをただ補うサービスを提供するのではなく、本人が持っている能力を引き出し、本人の望む生活を維持できるように支援していきます。

介護保険法（抄）

（目的）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

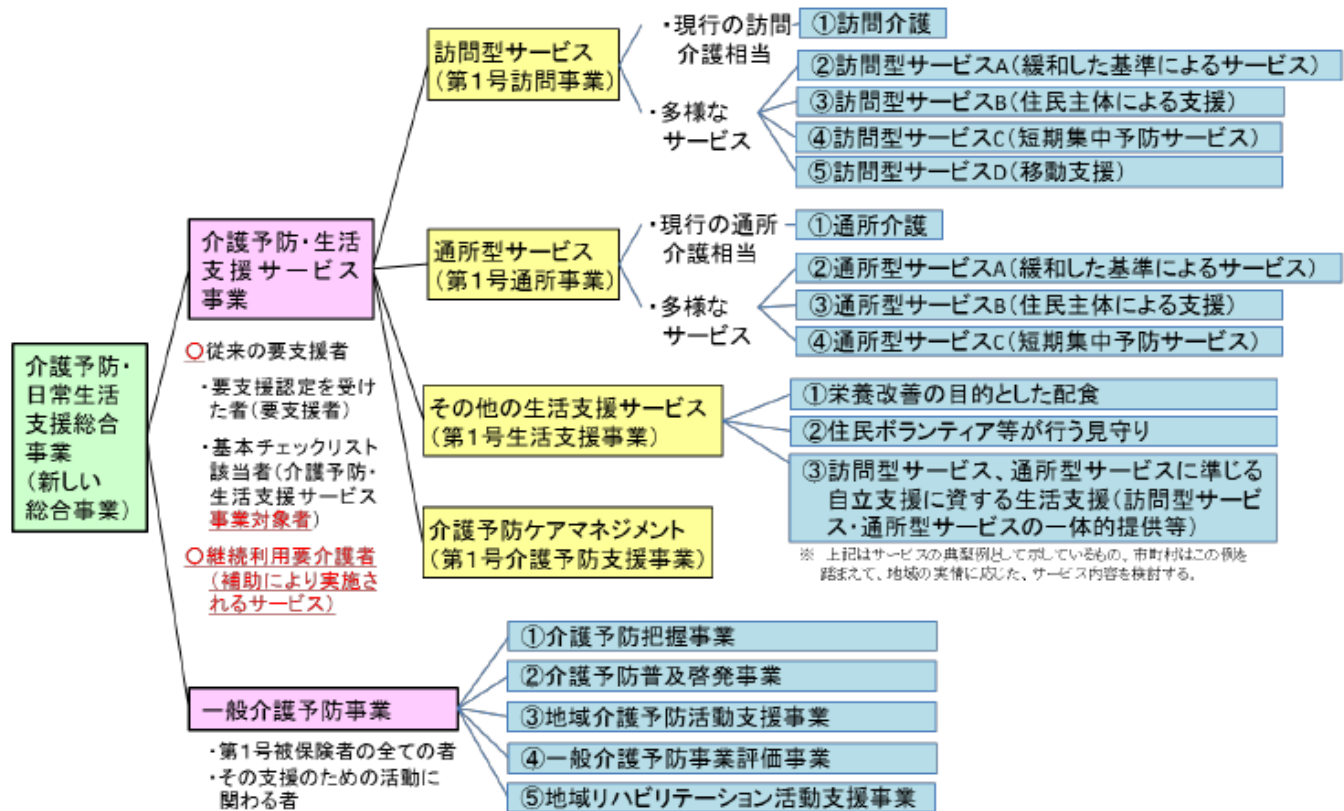
第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

2 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の構成

羽曳野市では、平成28年10月から介護予防・生活支援サービス事業を実施し、平成30年3月末をもって介護予防通所介護と介護予防訪問介護が総合事業へ完全移行しました。下表が総合事業の全体像で、事業を運営しながら制度の構築をすすめています。

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン』より 厚生労働省老健局振興課

3 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 対象者

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、要支援認定を受けた方と基本チェックリストによる判断でサービス利用が適当とされた方（事業対象者）です。

(2) 介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービス

基準	サービス種別	対象者とサービス提供の考え方
現行の訪問介護相当	介護予防訪問介護相当サービス	<ul style="list-style-type: none"> ○心身の状態が不安定等で専門職による介助や関わりが必要なケース。 ○自宅に訪問し、身体介護や生活援助を行います。 ※状態等を踏まえながら、「多様なサービス」の利用を促進
訪問型サービス	訪問型サービスA 【一体型】 (緩和した基準によるサービス)	○専門職による常時の介助を必要としていない方。
	訪問型サービスA 【単独型】 (緩和した基準によるサービス)	○自宅に訪問し、生活援助（老計第10号の範囲内）を行います。
	訪問型サービスB 1 (シルバー人材センターによる支援)	※状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進
	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者は、体力の改善に向けた支援が必要なケース・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等。 ○保健・医療の専門職が利用者の機能低下（運動機能・栄養状態・口腔機能の低下）の状況に応じて、状態改善の達成を目指す期限を明確に設定した上で、集中的に介入することで生活機能の改善・維持を図る。 ○基本的に運動と栄養の専門職はセットで介入 ※3～6か月の短期間で実施
	訪問型サービスD (移動支援サービス)	○通院又は日用品等の購入をする場合における送迎及び付き添い、または一般介護予防事業における住民主体の通いの場への送迎及び付き添いのうち、介護予防ケアマネジメントに基づくもの。

② 通所型サービス

	基準	サービス種別	対象者とサービス提供の考え方
通所型サービス	現行の通所介護相当	介護予防通所介護相当サービス	<p>○通所により専門職の指導を受けながら生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれる方。</p> <p>○「多様なサービス」の利用が難しい方</p> <p>○通所介護施設で、日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を行います。</p> <p>※状態等を踏まえながら、「多様なサービス」の利用を促進</p>
	多様なサービス	通所型サービスA【一体型】 (緩和した基準によるサービス)	○軽体操やレクリエーション、運動等の活動等を行います。
		通所型サービスA【単独型】 (緩和した基準によるサービス)	※状態等を踏まえながら、「多様なサービス」の利用を促進
		通所型サービスC (短期集中予防サービス)	<p>○対象者は、体力の改善に向けた支援が必要なケース・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等。</p> <p>○保健・医療の専門職が利用者の機能低下（運動機能・栄養状態・口腔機能の低下）の状況に応じて、状態改善の達成を目指す期限を明確に設定した上で、集中的に介入することで生活機能の改善・維持を図る。</p> <p>※3～6か月の短期間で実施</p>

事業所の一覧について

通所型サービスと訪問型サービスのうち、現行相当サービスと緩和型サービスの事業所については、『羽曳野市 医療機関・介護サービス事業者検索システム』で検索してください。

また、いきいき百歳体操等の住民主体の通いの場や地域資源については、同システムの 카테고리『地域資源』から検索してください。

③ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぎ、遅らせる」「高齢者が要支援・要介護状態になっても、意欲を引き出しその悪化をできる限り防ぎ、遅らせる」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。介護支援専門員等が適切なアセスメントにより、利用者の状況を踏まえた目標を利用者とともに設定し、利用者がそれを理解したう

えで、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していく過程です。

(3) 一般介護予防事業

- ・地域リハビリテーション活動支援事業（要介護1～5を除く）

①スポット訪問について（運動、栄養、口腔）

専門職が利用者宅を訪問し、日常生活動作（ADL）への助言や、運動に関する助言、生活環境の整備に関する助言、栄養状態や調理方法等に不安を感じている高齢者への助言、口腔、嚥下状態等に不安を感じている高齢者への助言を行います。（訪問回数に限りあり）

（例）

- ・ケアマネジャーは、利用者に運動系の介護サービスの利用を勧めたいと考えているが、利用者や家族が運動の必要性を理解しない場合。
 - ・在宅生活を継続出来ているが、屋内での転倒リスクがあり、自宅環境の評価や助言が欲しい場合。
 - ・口腔に課題があるが、利用者や家族が課題に気づいていないと思われる場合。
 - ・体重減少が著しい、低栄養状態であると推測される場合。
 - ・セルフトレーニングで在宅生活の継続が可能な方への助言。
- ※いずれの場合でも、専門職は直接的な支援は行わず、口頭での説明・助言になります。利用にあたっては、羽曳野市地域包括支援課までご相談ください。
- ※可能であればケアマネジャーの同席をお願いします。

②モニタリング訪問について

短期集中予防サービス（通所型サービスC・訪問型サービスC）を終了した利用者に対し、概ね3か月後にリハビリテーション専門職が利用者宅を訪問します。

○対象外

- ・訪問または通所によるリハビリテーションを利用している場合。
- ・短期集中予防サービスを途中で中止した場合。
- ・短期集中予防サービス利用終了後に状態が著しく変化した場合。（例：要介護1以上の認定を受ける。入院する等。）

第2章 介護予防ケアマネジメントの手順

1 介護予防ケアマネジメントについて

要支援認定者や事業対象者が、現在の生活機能の維持・改善が図られるよう、本人の意欲に働きかけながら、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につながるよう働きかけていくことが重要です。また、本人の選択と同意に基づくサービス提供が前提です。

総合事業の利用にあたっては、現場型プラン検討会議を開催し、ケアマネジャーが専門職（理学療法士・作業療法士）から助言を得て、対象者の自立に向けた支援の方向性を検討します。

2 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との委託契約

居宅介護支援事業所が予防プランを作成する際は、その利用者を担当する圏域の地域包括支援センターと委託契約を締結する必要があります。ただし、指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所として指定を受け、その利用者を担当し介護予防支援（介護予防・日常生活支援総合事業における第1号介護予防支援事業は不可）を行う場合を除きます。

地域包括支援センターの名称	担当する圏域（小学校区）
羽曳野市地域包括支援センター	古市・古市南・駒ヶ谷・白鳥・西浦・西浦東
羽曳野市中圏域地域包括支援センター	はびきの埴生学園・羽曳が丘・埴生南
羽曳野市西圏域地域包括支援センター	丹比・高鷲・高鷲南・恵我之荘・高鷲北

3 介護予防支援業務

（1）介護予防支援業務の流れ

流れ 業務 の	業務の内容／必要な書類
相談	地域包括支援センターからの依頼の場合は、訪問面接の日程調整を行う。 利用者・家族からの相談の場合は、 <u>訪問面接の前に各圏域の地域包括支援センターに連絡する。※直接、指定介護予防支援事業所として担当される場合は連絡不要です（介護予防支援費（Ⅱ）を算定される場合）。</u> また、市からの求めが無い限り書類の提出も不要。
①個人契約の締結	利用者又はその家族に重要事項を説明し同意を得た上で、介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書・居宅届に必要事項を記入してもらう。 ・地域包括支援センターとケアマネジャーの役割について説明する。 ・個人情報の取扱いについて、利用者と家族の同意を得る。
	個人契約書（2通）・重要事項説明書（2通）・個人情報使用同意書・居宅届・介護保険被保険者証（事業対象者の場合は、基本チェックリスト）を各圏域の地域包括支援センターへ提出する。 ・提出時、「一部委託用 提出書類」の表紙をつける。

<p>② 現場型プラン検討会議</p>	<p>総合事業を利用する場合、利用者の自立した生活をめざすための支援を担当ケアマネジャー、リハビリテーション専門職、地域包括支援センター職員で検討する。</p> <p>※現場型プラン検討会議の対象外のケースは P14 を参照</p> <p>現場型プラン検討会議を行なう日が初回訪問日となっても問題ない。よって、“①個人契約の締結”を会議と同日に行うことも可能。</p> <p>※現場型プラン検討会議と短期集中型サービス利用の流れについては P15～16 を参照。 (介護予防支援費(Ⅱ)を算定される場合は、予防サービスと併用して総合事業を利用する場合でも、現場型プラン検討会議は不要。ただし、P8 のスポット訪問は利用できる。)</p>
<p>③ 予防プランの作成</p>	<p>利用者及び家族と面接しアセスメントの上、予防プランを作成する。(期間は最長 1 年)</p> <p>利用者基本情報、アセスメントシート、予防プラン、基本チェックリスト</p>
	<p>サービス担当者会議を行い、作成したアセスメント(裏表)の写しと予防プラン(原本)等を各圏域の地域包括支援センターに提出(P20 参照)し、内容の確認を受ける。確認後、予防プラン(原本)に包括確認印を押印し返却するので、利用者の署名後に予防プラン(写し)を各圏域の地域包括支援センターへ提出する。</p> <p>・提出時、「一部委託用 提出書類」の表紙をつける。(データは、“羽曳野市ウェブサイト→組織から探す→地域包括支援課→個人契約”に各圏域別にある。)</p>
<p>④ サービス担当者会議・モニタリング・評価・プラン変更</p>	<p>サービス担当者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防プラン原案をもとに、利用者、家族、サービス提供担当者が利用者の課題について共通認識をもつ。 ・生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議する。 ・利用者や家族、ケアマネジャーや各サービス事業所がそれぞれの役割を明確にする。 <p>モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1 回/1 か月は、電話やサービス事業者で利用者の状況を把握する。 ・1 回/3 か月は、利用者宅を訪問する。(テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いるなどの要件を満たしている場合は 1 回/6 か月) ・利用者自身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を継続的に把握し、予防プランで掲げた目標達成にむけて、利用者やサービス事業所などがどのように取り組んでいるかを把握する。 <p>評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・おおむね半年ごとに目標の達成状況を評価し、介護予防支援・サービス評価表を提出する。 ・評価と同時に再アセスメントが必要と判断された場合は再アセスメントの後、必要に応じて予防プランを再作成する。

委託料請求	⑤ 給付管理と	モニタリングやサービス事業所からの実績報告に基づいて給付管理票等を作成する。
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 中圏域及び西圏域の地域包括支援センターの場合は、給付管理票、委託料請求明細書、請求なし対象者名簿を、パスワードを設定した ZIP ファイルを作成し、電子メールで送信する。 ・ 3 圏域共通で、USB メモリ、もしくは書面（郵送可）にて窓口で提出する。 ・ <u>羽曳野市地域包括支援センターに限り、LoGo フォームによる請求可能。</u> <p>詳しくは、P22～23 を参照。</p>
の終了	⑥ 予防プラン	給付管理終了後、利用者に関する書類原本を各圏域の地域包括支援センターに返却する。
		提出時、「原本返却（表紙）」を表紙につける。

（２） 介護予防支援の手順

① 個人契約の締結

予防プラン作成にあたり、利用者が担当ケアマネジャーに対して複数のサービス事業者等の紹介を求めることが可能であることを、利用者又はその家族に対して懇切丁寧な説明を行って署名を得てください。

㊦ 契約締結

介護予防支援及び第 1 号介護予防支援の契約は、まず重要事項説明書をもとに説明を行います。説明年月日と契約締結日は、実際に説明を行い利用者の同意を得た日を記載してください。契約書の利用開始日については、基本的に契約締結日と同じ日付を記入します。

ただし、要介護見込でサービス利用しているが認定結果が要支援だった場合の利用開始日は、居宅届の開始・変更年月日もしくは区分変更日に遡った日付を記入します。また、更新申請の結果、認定日より先の日付において要介護から要支援になる場合は、要支援の認定有効期間の開始日を記入します。更新結果が遅れた場合も同様に認定有効期間の開始日を記入してください。

個人契約書と重要事項説明書は、2 部ずつ用意し利用者の署名押印をもらいます。個人契約書には、利用者・地域包括支援センターの割印、重要事項説明書には利用者・事業所の割印が必要です。個人契約書については、訂正印が使えませんが書き損じの無いようにお願いします。

代理人と代筆者との違いにご留意ください。この契約における代理人とは、成年後見人等を想定しています。ケアマネジャーの名前が記載されている場合は、取り直しとなりますのでご注意ください。（書き損じに備えて、複数枚印刷して持参されることをお勧めします。）なお、利用者が署名できない場合、家族やケアマネジャーによる代筆が可能で、その際、本人氏名の押印欄の横の余白に代筆者名と続柄（関係）を記入し押印の上、提出してください。

基本情報等に家族の連絡先を記入し各事業所と情報共有する場合、原則としてその家族の同意書が必要です。しかし、利用者と家族との関係が悪い、利用者が家族に同意書をもらうことを拒否しているなど、様々な事情により同意書がもらえない場合は、各圏域の地域包括支援センターへご相談ください。

① 届出等

新規の方は個人契約書 2 部・重要事項説明書 2 部・個人情報同意書・居宅届・介護保険証（事業対象者の場合は基本チェックリスト）を各圏域の地域包括支援センターへまとめて提出してください。押印忘れ・書類の不備・不足等があると受付できませんのでご注意ください。個人契約書に地域包括支援センターの印を押印し 1 部返却します。重要事項説明書の 1 部とセンター名が記載された介護保険証と一緒に利用者へ渡してください（介護保険証については、西圏域及び中圏域地域包括支援センターの場合は、センター名の印字が後日となります）。

居宅支援事業所の変更の場合は、重要事項説明書 2 部と居宅届を提出してください。

事業対象者から新規申請で要支援の認定になった場合は、居宅届と介護保険証を提出してください。また、要支援認定から事業対象者になった場合も同様です。

※居宅届について

下表は、居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の抜粋（右上のチェック欄）です。それぞれ、以下のように分類しますので、該当箇所には☑してください。

(要支援認定あり・予防給付含む)	→	<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成届出書	区 分 新規・変更
(要支援認定あり・総合事業のみ)	→	<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書 (予防認定は継続)	
(事業対象者)	→	<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書	

② 現場型プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）

㊦ 現場型プラン検討会議の目的

現場型プラン検討会議（地域ケア会議）で、利用者の自立した生活を目指すための課題をリハビリテーション専門職の視点で利用者の日常生活動作（ADL）や、運動に関する評価、生活環境に関すること等を検討し、ケアマネジャーのケアマネジメント力の向上を図り、利用者の自立支援に向けた必要なサービスを検討します。

地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は資料又は情報の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることについて規定されています。地域包括ケアシステムの構築を推進するためにご協力をお願いします。

㊧ 現場型プラン検討会議の対象者

- ・新規で総合事業のサービス（訪問型・通所型）もしくは総合事業のサービスを含む介護予防サービスを利用する事例
- ・介護予防サービスを開始後、6 か月以内に総合事業を利用する事例

㊦ 対象外のケース

- ・ 継続して総合事業のサービスを利用するケース
【更新時（要介護→要支援）（要支援→要支援）や転入継続】
- ・ 90 歳以上の高齢者が総合事業を利用する場合（サービス開始時に 90 歳以上）
- ・ 施設入所者
- ・ 過去に介護保険サービスを利用したことがあるケース
- ・ 障害サービス利用中の方が継続して総合事業を利用するケース
- ・ 悪性腫瘍の末期又は悪性腫瘍で抗がん剤の治療中
- ・ 認知症 ・ 人工透析
- ・ 精神疾患（統合失調症、双極性障害、うつ病等）
- ・ アルコールや高次脳機能障害により社会生活に問題が生じている
- ・ 難病（ALS、パーキンソン病等の神経・筋疾患等）
- ・ 間質性肺炎等の肺疾患の既往歴があり後遺症が強く残っている
- ・ 緑内障による視野狭窄など視力に課題のあるケース
- ・ 医療によるリハビリを受けている（期限が決まっていない場合）
- ・ 上記以外で、自立支援が困難なケースについては各圏域の地域包括支援センターに相談してください。

※注意点

- ・ 現場型プラン検討会議の内容は、後日リハビリテーション専門職から報告書をお渡ししますのでご確認ください。
- ・ サービスの体験利用等については、現場型プラン検討会議後に実施してください。

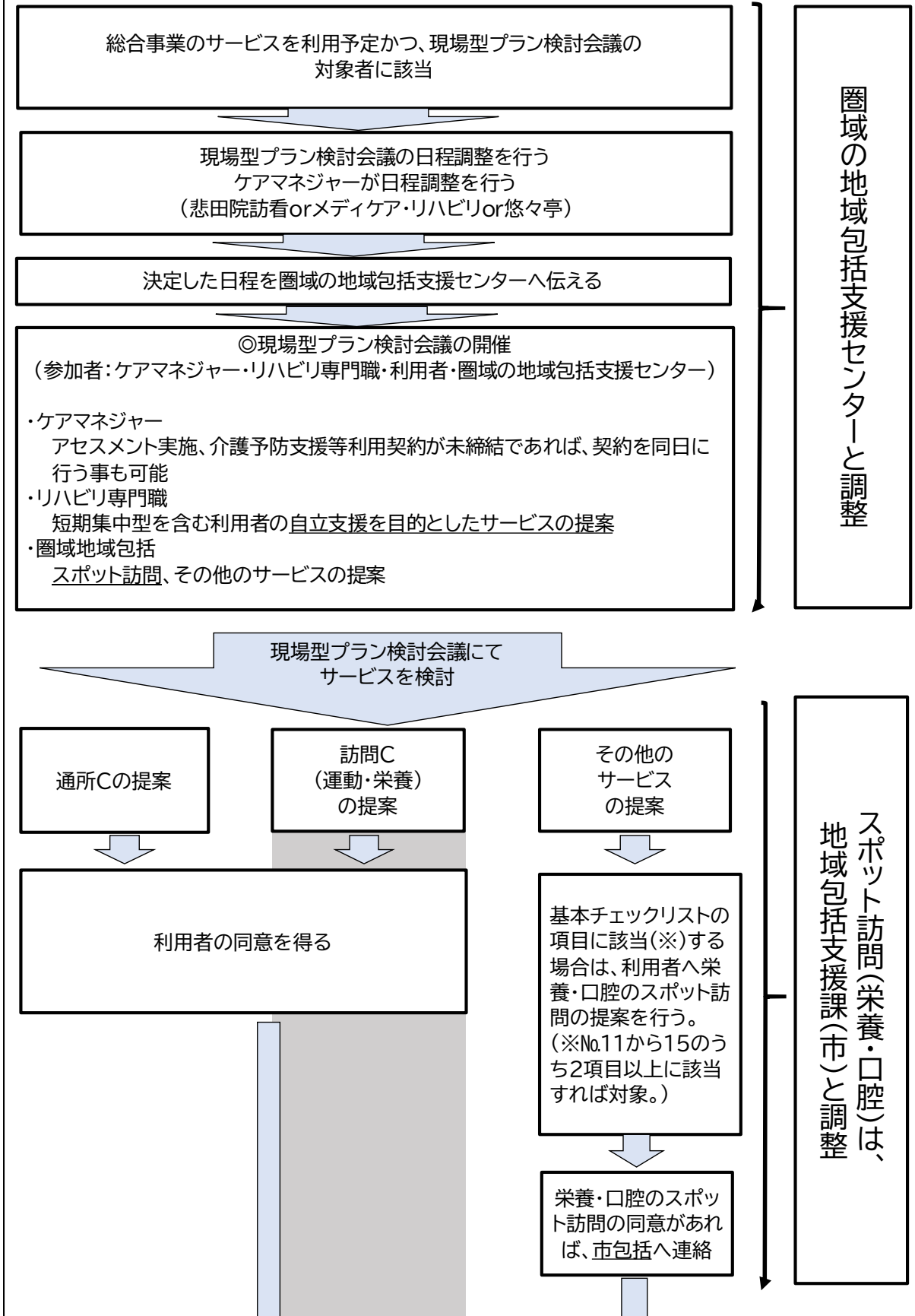
㊧ 現場型プラン検討会議の日程調整

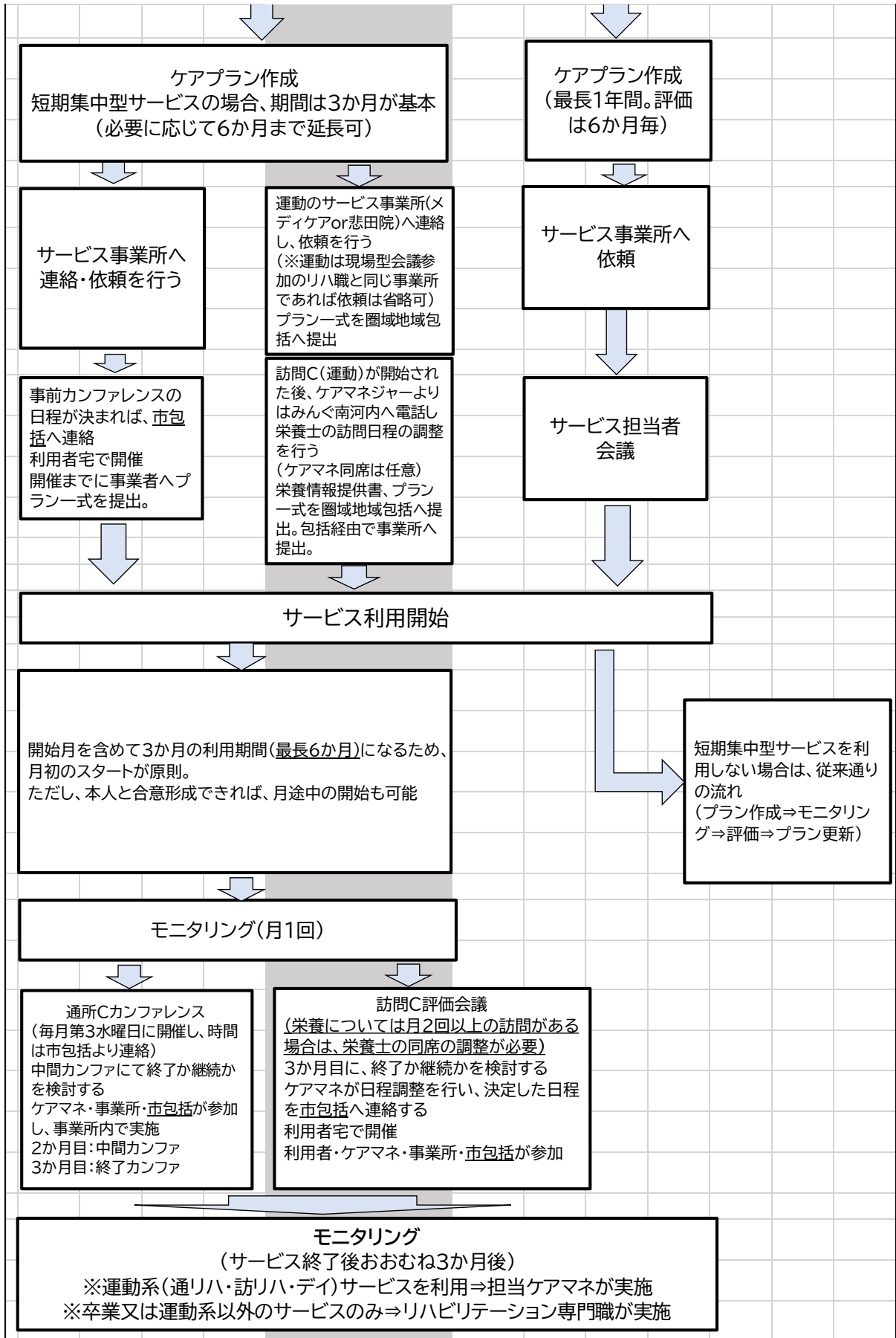
- ・ 個人契約を締結後（現場型プラン検討会議が契約締結と同日になることも可能）、現場型プラン検討会議の予約をメディケア・リハビリ or 悲田院訪問看護看護ステーション or 悠々亭にしてください。連絡先の一覧は、P18 を確認してください。
- ・ 会議当日に圏域の地域包括支援センター職員が立ち会いますので、日程が決まれば必ず連絡してください。
- ・ 詳しくは、次ページからの『現場型プラン検討会議と短期集中型サービス利用のフロー』を確認してください。

㊨ 会議当日の流れ

- ・ 各専門職の視点から利用者のアセスメントを多角的に行い、利用者への理解を深める。
- ・ どのような支援が利用者の自立支援につながるか各専門職からアドバイスを受け、各サービスの導入の仕方やインフォーマルサービスの活用などについて検討する。

現場型プラン検討会議と短期集中型サービス利用のフロー





現場型プラン検討会議・短期集中型サービス・スポット訪問事業者一覧

⑨各事業所への連絡については、下記に記載してある電話番号のみでお願いします。
 (※ただし、メディケア・リハビリ訪問看護ステーション羽曳野については、初回日程調整のみ担当者へ。初回以降は、サービス担当者の連絡先でOK)

【現場型プラン検討会議】・初回訪問の時に現場型プラン検討会議を実施することも可能です。

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
現場型プラン 検討会議	ケアマネ⇒事業者 (日程決まれば 各圏域の包括へ連絡)	メディケア・リハビリ訪問看護ステーション羽曳野	高原	072-950-3810
		四天王寺悲田院訪問看護ステーション	松藤	072-957-7514
		介護老人保健施設 悠々亭	吉田	072-953-1002

【訪問型サービスC】

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
運動	ケアマネ⇒事業者 (現場型プラン検討会議に出席した事業者 と同一の場合、連絡調整は不要)	メディケア・リハビリ訪問看護ステーション羽曳野	高原	072-950-3810
		四天王寺悲田院訪問看護ステーション	松藤	072-957-7514
栄養	ケアマネ⇒事業者 (利用が決まれば市包括へ連絡)	NPO法人 はみんぐ南河内	時岡	072-976-5255

※訪問型サービスCは、原則として運動と栄養がセットとなります。栄養の事業者へは栄養情報提供書(P17)とプラン一式を提出してください。
 栄養情報提供書のエクセルデータは、“羽曳野市ウェブサイト→組織から探す→地域包括支援課→ケアマネジメント業務→業務の手引き”にあり。
 ※訪問型サービスCの利用に決定し運動の必要が無い場合、栄養のみの訪問Cもあり得ます。
 ※3か月目(延長であれば6か月)の評価会議に羽曳野市地域包括支援課(072-947-3822)が同席しますので、日程が決まればお声がけください。
 ※(利用決定後、初回サービスまでに)基本情報・チェックリスト・アセスメント・プランを事業者に提出してください。提出方法は圏域包括経由です。

【通所型サービスC】

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
運動	ケアマネ⇒事業者 (事前カンファレンスの日程が決まれば 市包括へ連絡)	介護老人保健施設 悠々亭	吉田/谷口	072-953-1002

※開始する前の事前カンファレンスに同席しますので、悠々亭と日程調整後、羽曳野市地域包括支援課まで、お声がけください。
 ※(利用決定後、事前カンファレンスまでに)基本情報・チェックリスト・アセスメント・プランを事業者に直接提出してください。

【スポット訪問】

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
運動・栄養・口腔	ケアマネ⇒市包括		藤原	072-947-3822

※スポット訪問については、なるべく担当ケアマネの同席をお願いします。

訪問C 栄養 情報提供書

ケアマネ名		事業所名	
依頼日	令和	年	月 日
利用者名前			

現場型プラン検討会議での助言内容

利用者へ入るサービス

訪問C	事業所名		担当者名	
	曜日・時間	曜日	時間	～
	頻度	回	/ 週・月	
他サービス①	サービス名			
	曜日・時間	曜日	時間	～
他サービス②	サービス名			
	曜日・時間	曜日	時間	～

訪問C目標

(※把握されている場合のみ記入)

管理栄養士様へお願いしたいこと

その他連絡事項

③ 予防プラン原案の作成

㊦ 予防プランの作成における留意点について

- ・利用者のしたい生活（生活の目標）が達成されるためには「維持・改善すべき課題（目標）」の解決を図ることが大切です。目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場合や社会参加の場に通うことが大切です。
- ・事後予測の視点も大切です。利用者の自立に必要なサービスをプラン内に位置付けておきましょう。ただし、はじめからサービスありきではなく、ケアマネジメントに沿ったプランニングをしてください。
- ・インフォーマルサービスについても、プラン内に位置づけておきましょう。
- ・利用者と相談しながら、半年から1年で達成できそうな目標を1つか2つに絞って設定しましょう。
- ・現行相当サービスを利用する場合は、予防プランかサービス担当者会議の記録に現行相当サービスを選択した理由（必要性）を記入してください。緩和型サービスと区別するために予防プランに「介護予防通所介護相当サービス」「介護予防訪問介護相当サービス」と記載してください。
- ・訪問型サービスと通所型サービスのみの利用で状態が安定している場合、要支援認定を更新しなくても、基本チェックリストを行った結果、事業対象者に該当すれば継続的に利用が可能である事を説明してください（担当ケアマネジャーのアセスメントにより、医療系サービス等予防給付が必要になると予測される場合は更新申請を促してください）。更新せず、事業対象者として総合事業を継続利用する場合、現行相当サービスから緩和型サービスに移行できるかどうか判断するとともに、各圏域の地域包括支援センターに基本チェックリスト・介護保険証・居宅届を提出して、事業対象者としての介護保険証を受け取ってください。（中および西圏域地域包括支援センターは、後日のお渡しになります。）

㊧ 予防プランについて

・更新プランの提出について

介護保険の認定が遅れている場合でも、更新中に暫定での予防プラン原案を提出してください。プランの無い状態でサービスが提供されることの無いようにお願いします。

- ・予防プランの期間は最長1年です。おおむね6か月ごとに目標に対する評価をしてください。
- ・予防プランにおける「期間」の記入については例のとおりです。

〈 記載例 〉

サービス種別	事業所	期間
介護予防通所介護相当サービス 科学的介護推進体制加算 一体的サービス提供加算	△△△デイセンター 週2回	R6. 1. 1～R6. 12. 31 (6月評価・12月評価)

④ サービス担当者会議・モニタリング・評価・プラン変更

㉞ サービス担当者会議

目的

- ・利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ・地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解すること
- ・利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること
- ・利用者や家族、サービス事業者等の役割を相互に理解すること

開催時期

- ・新規に予防プランを作成した場合、予防プランを更新する場合、要支援の更新認定を受けた場合、予防プランを変更する場合、その他必要な場合に開催してください。

㉟ モニタリング

- ・月に1回は、訪問又は電話等でモニタリングを行います。利用者やキーパーソン等に著しい変化があった時にはその都度、また、少なくとも3か月に1回は居宅を訪問し利用者と面談を実施してください。(テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いた場合であっても、少なくとも6か月に1回は居宅を訪問し利用者と面談。)

㊱ 評価

- ・予防プランで設定され、サービス担当者会議で共有された目標に向けての到達度をおおむね6ヶ月ごとに評価します。毎月のモニタリングやサービス事業所からの報告等をふまえて、利用者の心身状況の変化に注目してください。
- ・目標を達成した場合、サービス終了となるか、新たな目標の設定(プランの見直し)をお願いします。

㊲ プラン変更(以下の場合等)

- ・予防プラン作成から1年経過し、引き続きサービスを利用する場合。
- ・介護保険更新申請の結果、引き続き要支援の認定となりサービス継続が必要な場合。
- ・利用者の心身状況や世帯内の変化により、サービスの再調整が必要となった場合。
- ・事業対象者が要支援見込みで介護保険申請する場合。
- ・要支援1⇔要支援2見込みで区分変更する場合。

＜介護予防サービス・支援計画表等の作成および地域包括支援センターへの提出物について＞

○→作成及び提出が必要 ×→作成及び提出は不要

令和6.4

	利用票・別表	基本情報	基本チェックリスト	アセスメント	支援計画表(プラン)	サービス担当者会議	評価表	備考
① 新規	○	○	○	○	○	○	×	・初めて総合事業のサービス(通所型サービス・訪問型サービス)を利用する場合や、サービス利用開始後、6か月以内に総合事業のサービスを追加する場合は、プラン検討会議(現場型)が必要になります。(対象外のケースを除く。)
② 更新プラン	○	×	○	○	○	○	○	・原則として、更新プランのサービス開始前に、評価表とプランに包括のコメント記入を受けるようにしてください。
③ プラン期間中の ・目標の変更 ・サービス種別の変更 ・サービス種別の追加 (例:デイからデイケアへ変更、デイやヘルパーが追加等)	○ ※	×	○	○	○	○	○	・利用者像の変化を伴わないサービス利用回数の増減や、サービス中止等によるサービス内容の変更の場合は、地域包括支援センターへ連絡ください。 軽微な取り扱いは、追記したプランのコピーの提出が必要です。 (※:単位数が変わらない場合は利用票・別表の提出は不要です。) ・判断が難しい場合などは、地域包括支援センターへ連絡してください。 (参考:介護保険最新情報Vol. 959 ケアプランの軽微な変更の内容について)
④ 終了時 (死亡・転居・要介護等)	すべての原本を各圏域の地域包括支援センターへ返却してください。 (返却書類を確認の上、原本返却(表紙)を添付してください。)							給付管理が終わり次第、原本返却(表紙)に記載されている書類を速やかに返却してください。

★お願い★ 上記の帳票を提出する際は、なるべく全ての帳票をそろえてご提出いただきたく思います。難しい場合は窓口にて相談ください。

＜支援計画書について＞

● サービス事業所の計画書(コピー)の提出は不要です。ただし、担当ケアマネジャーはサービス事業所が作成した個別支援計画書は保管しておいてください。

⑤ 給付管理と委託料請求

㊦ 給付管理

日割り請求について

月途中でサービス事業所が変更となる場合の考え方は次の例のとおりです。

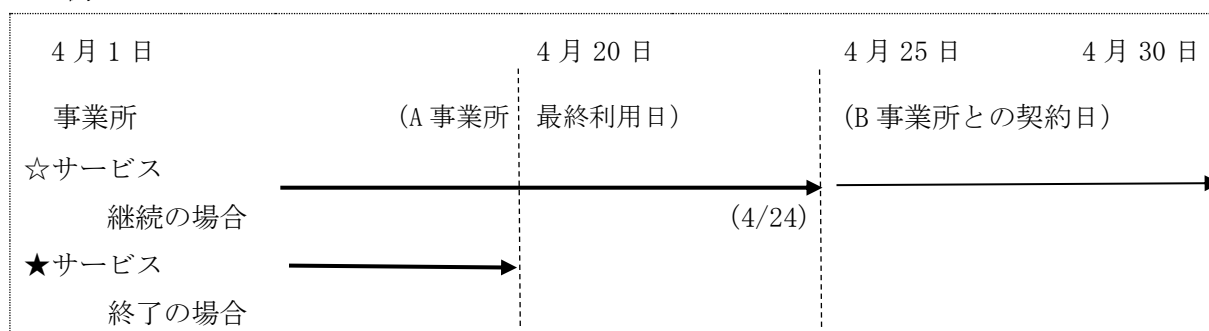
A 事業所から B 事業所に変更した場合<下記の例>の日割り計算について、
☆A 事業所の契約解除日は、最終利用日(4月20日)ではなく、B 事業所との契約日の前日(4月24日)となり、A 事業所は4月24日までの日割り請求となります。

★ただし、A 事業所のサービスが月途中で終了し、次の事業所の利用が無い場合は、A 事業所の最終利用日が契約解除日となり、契約解除日は4月20日となります。

※ 総合事業の現行相当は日割り計算になりますが、緩和型は回数による算定です。

※ 日割りについては、「介護保険事務処理システムに係る参考資料」(WAM NET)を確認してください。

< 例 >



㊧ 委託料請求

◇毎月、各事業所から提出されるデータを1つにまとめ、各圏域の地域包括支援センターから国民健康保険団体連合会に提出・請求しています。請求締切日の午後4時迄に(日時厳守)請求データを提出してください。(郵送の場合は必着をお願いします。)

次ページから圏域ごとの請求方法について明記しています。

【西圏域及び中圏域地域包括支援センターへの請求方法について】

★メールによる請求データの提出の場合

- ・メールで提出される際は、ZIP ファイル名に事業所名を明記してください。
- ・ZIP ファイルはパスワードを設定の上、下記の提出書類を格納してください。事業所専用番号については、事前にお知らせしています。漏洩のないように厳重な保管をお願いします。
- ・パスワード設定が無い場合、受付できませんのでご注意ください。
- ・メールの場合、〇〇〇ケアプランセンター（1月請求分）のように、件名に事業所名と請求月を明記してください。

○提出書類

- ・委託料請求明細書（予防・総合）
- ・給付管理票（CSV データ）
- ・請求なし対象者

○請求先メールアドレス

- ・羽曳野市西圏域地域包括支援センター
↳ chiikihokatsu@heartful-health.or.jp
- ・羽曳野市中圏域地域包括支援センター
↳ chiikihokatsu@shitennoji-fukushi.jp

○パスワードは、事業所専用番号（3桁・固定）＋請求月（2桁）の5桁としてください。よって、パスワードは毎月変更となります。事業所専用番号は別途通知しておりますので、不明な場合は各圏域の地域包括支援センターへ問い合わせしてください。

（例）事業所専用番号“999”、請求月“1月”（12月利用分）の場合のパスワードは“99901”です。

※注意：現行の Windows には、パスワード付きの ZIP ファイルを作成する機能はありませんので、フリーソフト（「7-ZIP」）や「Lhaplus」など）を利用してください。
圧縮方式は「ZIP ファイル」としてください。

★窓口での提出の場合

- ・給付管理票（CSV データ）は外部媒体（USB メモリ）、または書面（郵送可）で提出してください。郵送の場合は締切日に**必着**をお願いします。
- ・給付管理票を USB メモリで提出される場合、紛失等防止のため、USB メモリに必ず事業所名をつけてください。窓口で受付取り込み後、返却いたします。
- ・なお、FD での請求方法は令和 5 年 3 月請求（2 月利用分）をもって受付を終了しました。

★注意事項

- ・圏域ごとに提出資料を作成した上で提出してください。エラーが出て取り込みできません。
- ・委託料請求明細書は、介護予防サービスと総合事業サービスに分けてください。特に介護予防サービスと総合事業サービスを併用している場合、介護予防サービスを利用しない月は、総合事業での請求となりますのでご注意ください。

【羽曳野市地域包括支援センターへの請求方法について】

★LoGo フォームによる請求方法

事業所専用の ID とパスワードにて専用の URL にログインし、請求に関するデータを登録する事で請求することが可能です。請求マニュアル、ID とパスワードは別途送付しています。

○LoGo フォームのショート URL <https://logoform.jp/f/m5ML1>

○提出書類

- ・委託料請求明細書（予防・総合）
- ・給付管理票（CSV データ）
- ・請求なし対象者名簿

※電子メール受付の終了について

LoGo フォームの運用開始に伴い、令和 5 年 5 月請求（4 月利用分）をもって、電子メールによる受付を終了しました。

★窓口での提出の場合

- ・給付管理票（CSV データ）は外部媒体（USB メモリ）、または書面（郵送可）で提出してください。郵送の場合は締切日に**必着**をお願いします。
- ・給付管理票を USB メモリで提出される場合、紛失等防止のため、USB メモリ等に必ず事業所名をつけてください。窓口で受付取り込み後、**後日返却**（※1 参照）いたします。
- ・委託料請求明細書と請求なし対象者名簿は、書面で提出してください。
- ・なお、FD での請求方法は令和 5 年 3 月請求（2 月利用分）をもって受付を終了しました。

※1…令和 5 年 4 月請求（3 月利用分）より、USB メモリのウイルスチェックがセンター内で実施できなくなり、市役所の情報セキュリティ部門でのチェックに変更となります。

よって、USB メモリを一旦お預かりすることになりますので、USB メモリの返却在翌日以降になります。そのため、同日中に他圏域の地域包括支援センターへ請求データを提出される場合は、別途 USB メモリをご用意いただく必要があります。また、請求データに不備があった場合、事業所への連絡が遅くなります。

★注意事項

- ・各圏域ごとに提出資料を作成した上で提出してください。エラーが出て取り込みできません。
- ・委託料請求明細書は、介護予防サービスと総合事業サービスに分けてください。特に介護予防サービスと総合事業サービスを併用している場合、介護予防サービスを利用しない月は、総合事業での請求となりますのでご注意ください。

⑥ 予防プランの終了

次の㉗～㉙に該当した場合は、「原本返却（表紙）」を計画書等の帳票に添付し、最終の評価表を作成した上で、地域包括支援センターへ提出してください。

- ㉗ 目標を達成し、サービスを終了した場合
- ㉘ 更新の結果、要介護認定になった場合
- ㉙ 施設入所等により委託先居宅介護支援事業所が変更となった場合
- ㉚ 羽曳野市外へ転出した場合
- ㉛ 羽曳野市内で転居し、担当する地域包括支援センターが変更となる場合
- ㉜ 死亡した場合
- ㉝ 事業対象者であった者が基本チェックリストを行った結果、介護予防・日常生活支援総合事業の非該当になった場合

※ 原本とは、利用者の名前が明らかな帳票・書類全てです。個人情報となりますので、返却漏れないようにお願いします。

※ サービス提供事業所の計画書や評価表は、原本返却不要です。

※ サービス終了後、給付管理を行った後、速やかに原本返却してください。

⑦ 暫定プランの取扱い

㉗ 事業対象者から新規申請する場合や要支援見込みで区分変更するなど、暫定プランを作成する際は、各圏域の地域包括支援センターへ連絡を行った上、高年介護課に介護保険要介護認定関係情報提供申請書で認定結果情報の取り寄せを行ってください。また、事業対象者から介護保険申請する場合は、居宅届を提出してください。

㉘ 高年介護課から示された平成 30 年 3 月 23 日付「暫定ケアプランの取り扱いについて（通知）」のとおり、見込み違いとなった場合には居宅届の提出を遡ることが可能となります。それに伴い、居宅届の開始・変更年月日は区変日を記入してください。

㉙ 継続的な担当について

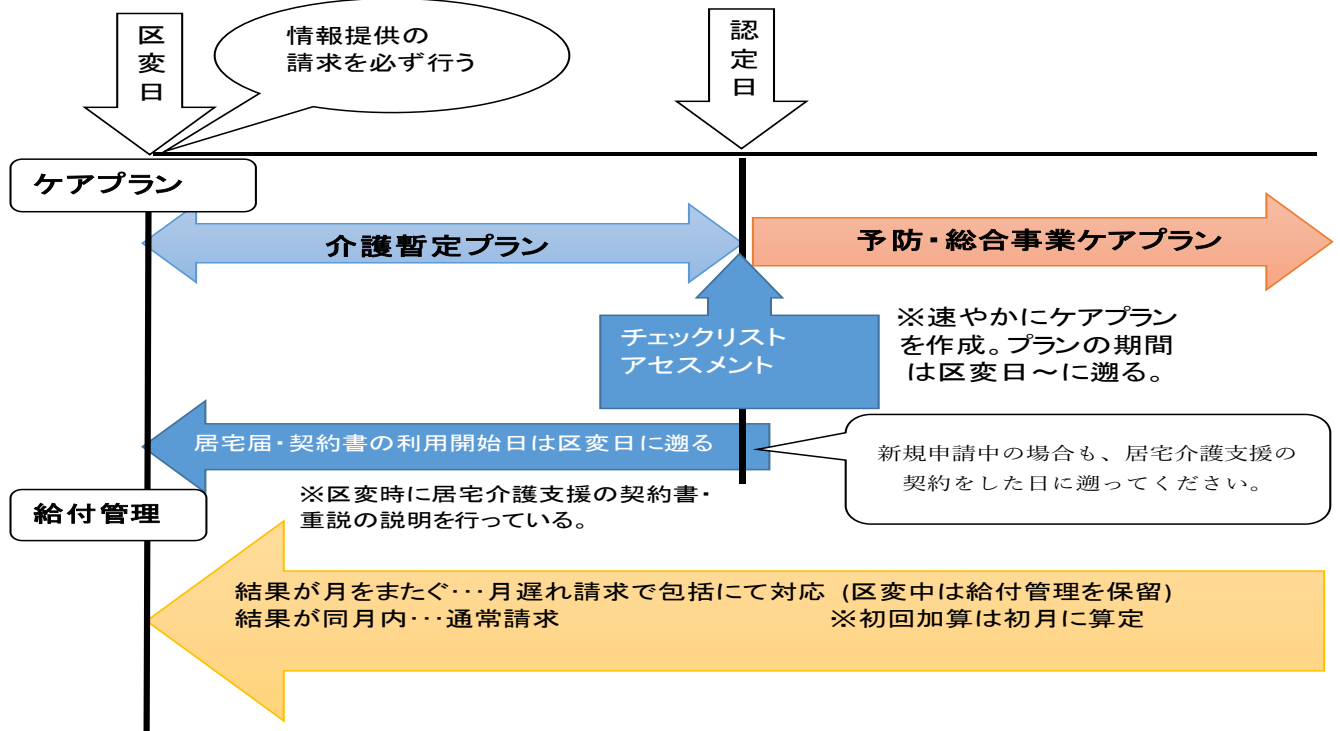
要介護見込みでサービスを導入し認定結果が要支援だった場合でも、引き続き担当して頂きますようお願いいたします。

㉚ 利用者が区分変更し、要介護と認定された場合、緩和型サービス、短期集中予防サービスは終了となります。

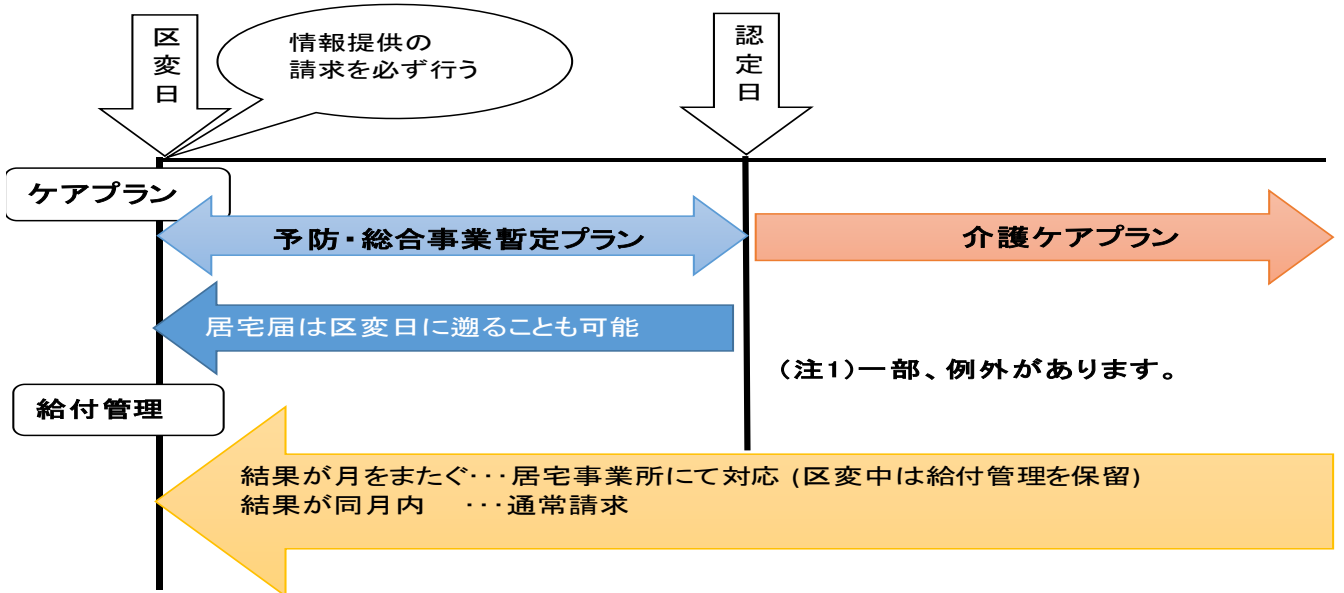
㉛ サービスの中止や長期入院については、請求時に「請求なし対象者名簿」にて地域包括支援センターにお知らせください。なお、「請求なし対象者名簿」については「予防給付」と「総合事業」で用紙を分ける必要はありません。

㊦ 区分変更及び暫定プランの取扱いについて

(ア) 介護見込み⇒支援



㊧ 支援見込み⇒介護



(注1)緩和型サービス・短期集中予防サービスを利用の場合は、対応方法が異なります。新規申請や区分変更時には必ず各圏域の地域包括支援センターまでご連絡ください。

※ (ア) の例において、羽曳野市の事業所指定を受けていない場合、居宅支援事業所・サービス事業所とも給付管理ができず、契約日も遡れないのでご注意ください。なお、指定には1か月以上の日数が掛かります。

4 事業対象者の支給限度額について事業対象者として認定を受けた被保険者の区分支給限度基準額は、原則として要支援1相当ですが、総合事業ガイドラインおよびQ&Aにより、利用者の状態（退院後で集中的にサービス利用することが自立支援につながるケースなど）によっては、要支援1の限度額を超えることが可能であるとされています。

羽曳野市では、一時的な変更の場合の支給限度額は要支援2相当の区分支給限度額とします。一時的に支給限度額を変更することで自立支援につながるケースについては、各圏域の地域包括支援センターで検討しますので、その場合は事前にご相談ください。なお、一時的な変更の場合は、毎月1日付け開始とし、最長6か月間の新しい予防プランが必要です。

羽曳野市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（抜粋）

（支給限度額）

第6条 居宅要支援被保険者が総合事業を利用する場合の支給限度額については、法第55条第2項の規定を準用する。

2 基準該当者が総合事業を利用する場合（指定事業者のサービスを利用する場合に限る。）の支給限度額は、要支援1に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額を基礎として法第55条第1項の規定により算定した額相当とする。

3 前項の規定にかかわらず、事業対象者が退院直後その他の場合であって、集中的にサービス利用することが自立支援につながると市長が認めた場合は、該当事業対象者の支給限度額は、要支援2に係る介護予防サービス費等区分支給限度額相当とすることができる。

第3章 予防給付について

介護予防ケアマネジメントと介護予防支援業務で共通する事項や、予防給付に関して特に質問の多い点について、下記にまとめます。

1 介護保険情報の提供・居宅届について

- (1) 主治医の意見書（写し）と認定調査票（写し）は、個人契約書や居宅届の提出等手続きを経た上で、高年介護課から各圏域の地域包括支援センターを経由して提供されます。契約書類一式を提出後、日数が経過しても手元に届かない場合は、各圏域の地域包括支援センターへお問い合わせください。
- (2) 各圏域の地域包括支援センターは、介護認定の結果を電話でお伝えできません。介護保険要介護認定関係情報提供申請書にて、高年介護課から直接取り寄せてください。
- (3) 2号みなしの方の認定情報や主治医の意見書等は、生活福祉課に直接請求してください。

2 担当する地域包括支援センターが変更（圏域をまたぐ場合）となる転居の取り扱いについて

羽曳野市内の転居に伴い住民票が異動する場合で担当の地域包括支援センターが変更となる場合は、利用者と転居先の地域包括支援センターとで、契約を再度締結する必要があります。（例：中圏域から西圏域へ異動の場合等）

- (1) 委託先居宅事業者は、転居元の地域包括支援センター（中圏域）へ利用者が転居する旨の連絡をします。
- (2) 転居元の地域包括支援センター（中圏域）が転居先の地域包括支援センター（西圏域）に連絡をとり、ケースの引継ぎ等を行います。
- (3) 転居先地域包括支援センター（西圏域）から委託先事業者に連絡をとり、契約締結や介護予防サービス・支援計画の見直しの調整等を行います。

【転居時の初回加算について】

転居により担当する地域包括支援センターが変更となった場合、委託事業者が同じでも転居先で介護予防サービス計画作成にあたっての一連の業務を行えば、初回加算は算定可です。

3 例外給付と軽度者レンタルについて

- (1) 要支援1、2の軽度者に対して福祉用具貸与を導入する場合、各圏域の地域包括支援センターが確認をする為、『軽度者に対する副用具貸与に関する確認票（1）』の提出をお願いします。ただし、車椅子及び車椅子付属品の“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”及び移動用リフト（つり具の部分除く）の“生活環境において段差の解消が必要と認められる者”に該当する方は確認票（2）の提出をお願いします。
- (2) 『(介護予防)福祉用具例外給付届出書』と『軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票』は、以下の時期に予防プランとあわせて提出してください。
 - ① 福祉用具貸与を導入する時
 - ② 介護認定の更新
 - ③ 区分変更時

ただし、軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票の注1、注2に該当する方のうち、上記①から③にあたる場合には、各圏域の地域包括支援センター職員がサービス担当者会議に参加しますので、事前にご連絡ください。

(3) 訪問型サービスで買い物・通院同行・外出介助をプランに位置付ける際は、ケアプランおよびサービス担当者会議の記録に利用が必要な理由を明記してください。

(4) 下記の福祉用具は基本的に介護度による保険給付の制限がありますが、下記のとおり例外があります。確認票の書式は、高年介護課のウェブサイトをご確認ください。

	福祉用具貸与例外給付届出書	軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票（1・2）
対象となる福祉用具	・特殊寝台及び特殊寝台付属品・床ずれ防止用具及び体位変換器・移動用リフト	・車いす及び車いす付属品・特殊寝台及び特殊寝台付属品・床ずれ防止用具及び体位変換器・徘徊探知器・移動用リフト・自動排泄処理装置（要支援1～要介護3）
対象者	要支援1 要支援2 要介護1	要支援1 要支援2 要介護1
対象者の状態	<p>・医師の医学的所見</p> <p>I 状態の変化 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によってまたは時間帯によって、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（パーキンソン病・重度の関節リウマチ等）</p> <p>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なることが確実に見込まれる者（末期がん等）</p> <p>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（重度の喘息発作。心疾患等）</p>	<p>・認定調査票の項目で該当する者（確認票1）</p> <p>・車いすと移動用リフトについては、認定調査票に該当する項目がないため、指定介護（介護予防）支援事業者が<u>必要性を確認・判断する。</u>（確認票2）</p> <p>→<u>要支援の利用者については、介護予防支援事業者である各圏域の地域包括支援センターが、必要性を確認・判断する。</u></p> <p>・初回導入時と認定の更新ごとのサービス担当者会議に<u>各圏域の地域包括支援センター職員が同席する。</u></p>
保険者への届出	<p>・必要</p> <p>・<u>各圏域地域包括支援センターが『福祉用具貸与例外給付届出書』を高年介護課に提出する。一部委託ケースの場合も各圏域地域包括支援センターが高年介護課に提出する。</u></p>	<p>・高年介護課（市）への提出は不要であるが、委託元の各圏域支援センターへの提出は必要。</p>
介護保険適用の基準日	<p>・高年介護課が発行する『指定（介護予防）福祉用具貸与費例外給付判断等確認書』に記載された<u>保険給付開始日。</u></p>	<p>・<u>各圏域の地域包括支援センターの職員がサービス担当者会議に出席し、必要性を確認し、必要と判断した場合。</u></p> <p>予防プランに加えて確認票1・2の提出が必要です。</p>
	<p>・例外給付と軽度者レンタルは制度の趣旨が異なり、どちらを優先するかの決まりはないので、両方該当する場合はどちらかの手続きでよい。</p>	

第4章 参考資料

- (1) 「地域包括支援センターの手引き」(厚生労働省ウェブサイト)
 - Ⅱ介護予防支援関係
 - 7 介護予防サービス計画を自ら作成する場合の取扱いについて
 - 8 介護予防サービスの実施上の留意事項について
- (2) 「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」

(老振発0605第1号平成27年6月5日)

「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」の一部改正について

(老認発0913第2号令和4年9月13日)
- (3) 「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインについて」の一部改正について

(老発0627第7号令和4年6月27日)
- (4) 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の一部改正について

(老振発 0330 第2号平成30年3月30日)
- (5) 「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について

(厚生労働省老健局振興課 事務連絡平成30年10月9日)
- (6) 「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料」 (WAM NET)
- (7) 「ケアマネジメントに関する基本方針」 (羽曳野市ウェブサイト・保健福祉部福祉指導監査室)
- (8) 「羽曳野市 介護サービス事業者集団指導」(羽曳野市ウェブサイト・保健福祉部福祉指導監査室)