

初回型ケアマネジメント 手引き

堺市健康福祉局長寿社会部
地域包括ケア推進課

平成30年3月

目 次

| | |
|----------------------|---|
| 1. 初回型ケアマネジメントの概要 | 1 |
| 2. 初回型ケアマネジメントの業務・手続 | 1 |
| 3. 対象サービスの概要 | 3 |
| 【資料】 | |
| 初回型ケアマネジメント説明書 | 4 |
| ケアマネジメントシート | 6 |

1. 初回型ケアマネジメントの概要

初回型ケアマネジメントは、アセスメントの結果、「短期集中通所サービス」のみを利用することとなった場合に行うケアマネジメントです。

サービス利用開始時にケアマネジメント、3か月後にモニタリングを行います。

| 項目 | 内容 |
|-----|--|
| 対象者 | 要支援1・2、事業対象者 |
| 報酬 | 730単位×10.7 = <u>7,811円</u> (居宅介護支援事業所に委託したときの委託料：7,189円) ※ 3か月後のモニタリングを含めた報酬 |

2. 初回型ケアマネジメントの業務・手続

初回型ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託して実施した場合の手続きです。

(1) 委託依頼

地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託を依頼し、次の書類を交付します。

- ・介護予防サービス計画原案作成依頼書

(2) 説明・届出等

① 利用者に「初回型ケアマネジメント説明書」をもとに説明を行い、「初回型ケアマネジメント説明書」2通に利用者の署名押印をもらい、説明者が署名押印した上で、1通を利用者に交付します。

② 利用者に「介護予防サービス計画作成依頼届出書・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を記入してもらい、当該届出書と介護保険被保険者証を区役所介護保険担当課へ提出し、介護保険被保険者証に介護予防支援事業者の記載を受けます。

※ 要支援者は「介護予防サービス計画作成依頼届出書」、事業対象者は「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」となりますが、同じ様式です。

③ 要支援者の場合は、必要に応じて「資料提供依頼書」に「介護予防サービス計画原案作成依頼書(写)」を添付して提出し、「主治医意見(写)」「認定調査票及び特記事項(写)」の提供を受けます。

(3) ケアマネジメントシート等の作成

利用者の居宅にて、状態の把握、目標の設定、サービスの利用方針を決定し、必要書類を作成します。

- ・利用者基本情報(介護予防支援と同様式)
- ・基本チェックリスト(介護予防支援と同様式)
- ・【堺市介護予防版】アセスメント表(介護予防支援と同様式)
- ・ケアマネジメントシート

(4) 地域包括支援センターへの書類の提出

「初回型ケアマネジメント説明書」及び「(3)の書類」の原本を地域包括支援センターに提出し、確認を受けます。地域包括支援センターは確認印を押印し、原本を返却します。

(5) ケアマネジメントシートの説明・同意

- ① 利用者にケアマネジメントシートの説明を行い、本人同意欄に署名押印を受けます。
 - ② 地域包括支援センターに同意を得た「ケアマネジメントシート(写)」を提出します。
- ※ 業務を円滑に進めるため、地域包括支援センターにケアマネジメントシートを提出する前に、利用者に同意を得ることも可能です。

ただし、地域包括支援センターがケアマネジメントシートの修正を求めた場合は、再度同意を得る必要があります。

(6) サービス事業者への書類の交付

サービス事業者へ次の書類を交付し、サービス利用を開始します。

- ・基本チェックリスト(写)
- ・【堺市介護予防版】アセスメント表(写)
- ・ケアマネジメントシート(写)(1枚目のみで可)

(7) 初回型ケアマネジメント費の請求

(4)の地域包括支援センターの確認をもって、地域包括支援センターが請求手続きを行います。ただし、サービス利用につながらなかった場合は請求できませんので、必ず地域包括支援センターに連絡してください。

地域包括支援センターは、原則、サービス利用開始月の翌月に請求を行います。支払いは、国保連から直接居宅介護支援事業所にされます。

(8) モニタリング(おおむね3か月後)

サービスの終了時にモニタリングを行い、サービスの終了・延長をサービス事業所と検討し、判断します。その結果を記録し、地域包括支援センターに提出します。

※ モニタリングは、サービス終了時にサービス事業所、又は、サービス終了後に利用者の居宅において行うことが望ましい。

上記のとおり、初回型ケアマネジメントは業務を簡略化しており、契約書、サービス利用票・提供票、給付管理票は不要です。

短期集中通所サービスの『再利用』について

短期集中通所サービスを利用した高齢者は、原則、再度の利用はできません。

再度利用できるのは、次の場合です。

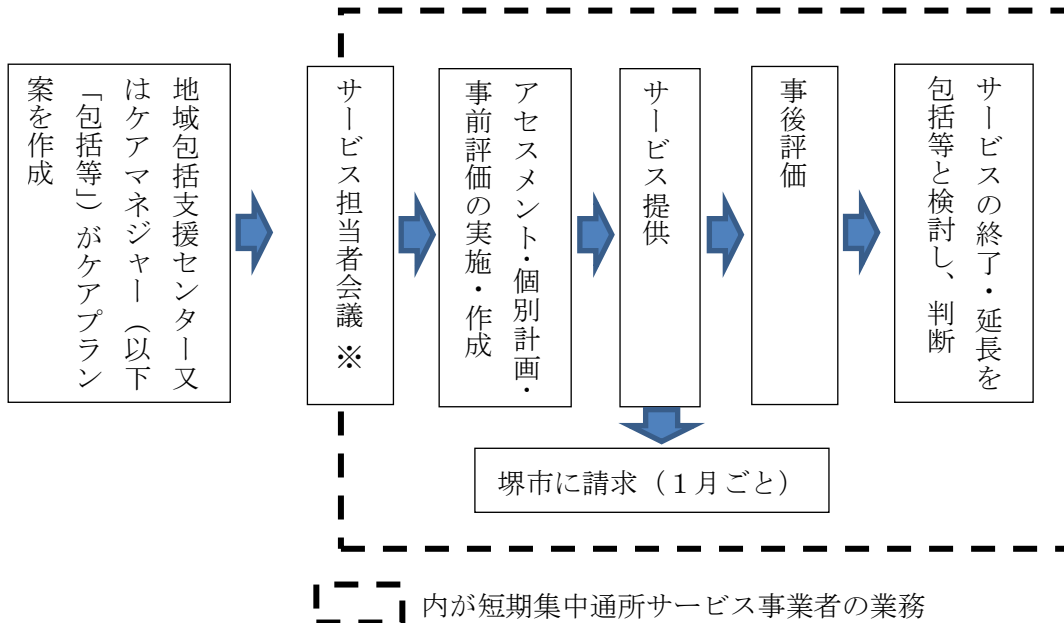
- ・認定申請(新規・区分変更・更新)を行い、要支援1～2と認定された場合
- ・明らかな状態変化のあった場合

3. 短期集中通所サービスの概要

(1) 概要

機能訓練指導員などによる、転倒予防や足腰の筋力保持・増進のための短期間の機能訓練。(週1～2回、1回あたり2時間程度、原則3か月12～24回で終了、必要に応じて3か月延長可能)

(2) サービスの流れ(概略)



※ サービス担当者会議は必要に応じて開催する。原則は不要。

(3) 算定

| 対象者 | 利用回数 | 報酬 | 算定単位 | 算定可能回数 |
|-----------------|------|-------------------|-------|---------------|
| 要支援1・2 事業対象者 | 週1回 | 293単位 (3,061円) | 1回につき | 3か月で 12回まで |
| 要支援1・2 事業対象者 | 週2回 | 293単位 (3,061円) | 1回につき | 3か月で 24回まで |

- ・送迎加算 片道につき、47単位(491円)
- ・初回訪問加算 1回につき、302単位(3,155円)

【利用者負担】

| 区分 | 利用者負担(1回につき) |
|---------|--------------|
| 生活保護受給者 | 0円 |
| その他 | 300円 |

初回型ケアマネジメント 説明書

1 初回型ケアマネジメントを提供する事業者

| | |
|--------------|--|
| 法人名 | |
| 事業所名 | ○第○地域包括支援センター |
| 所在地 (連絡先) | 堺市 (電話 072- FAX 072-) |
| 営業日 | 月曜日から金曜日 (土、日、祝日休み) 12月29日から翌年の1月3日までは休みとします。 |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後5時30分 |

※ 業務は居宅介護支援事業者に委託して行う場合があります。

2 初回型ケアマネジメントの内容

- (1) 利用者の心身の状況や環境に応じて、利用者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むことができるよう配慮して行います。
- (2) 利用者の生活上の課題を把握し、それを踏まえた目標を設定したケアプランを作成します。
- (3) ケアプラン作成後に利用者の心身の状況が変わった場合は、必要に応じてケアプランを作り直します。
- (4) サービス終了時 (おおむね3か月後) に訪問し、サービスの実施状況などを確認します。

3 利用料金

利用料金は発生しません。

4 秘密の保持と個人情報保護

- (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について、事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく、第三者に漏らしません。
この秘密を保持する義務は、サービスが終了した後も継続します。
- (2) 個人情報の保護について事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り用いませぬ。
- (3) 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

5 相談・苦情窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

| | |
|--------------------------------------|--|
| 【事業者の窓口】 ○第○ 地域包括支援センター | 堺市○区・・・・・・ 電話 072- FAX 072- 受付時間 午前 時 分～午後 時 分 |
| 【市町村の窓口】 堺市役所 地域包括ケア推進課 | 堺市堺区南瓦町3-1 電話 072-228-0375 FAX 072-228-8918 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 |

【説明確認欄】

平成 年 月 日

初回型ケアマネジメントの実施にあたり、利用者に説明しました。

| | | |
|-----|-------|---|
| 事業者 | 事業所名 | |
| | 電話番号 | |
| | 説明者氏名 | 印 |

※ 業務を委託した場合は、居宅介護支援事業者が説明します。

この説明書の内容の説明を事業者から確かに受けました。

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代筆者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | |
|----------|--|
| 利用者との関係 | |
| 代筆の必要な理由 | |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

ケアマネジメントシート（短期集中通所サービス用）

《作成者》

作成日 年 月 日

| | | | |
|------|--|------|--|
| 事業所名 | | 担当者名 | |
|------|--|------|--|

《基本情報》

| | | | | |
|---------------|---|------|-----------|--|
| ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 氏名 | | 生年月日 | T・S 年 月 日 | |
| 住所 | | 電話 | | |
| 認定情報 | 事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日《前回の要介護度 》 （事業対象者のときは、基本チェックリスト実施日） | | | |
| 基本チェックリスト該当項目 | 運動 ・ 栄養 ・ 口腔 ・ 物忘れ ・ 閉じこもり ・ うつ | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所・連絡先 | 電話 | | |

《利用にあたり留意すべき病歴・既往歴》

| 年月日 | 病名 | 医療機関名 | 電話 | 備考 |
|-----|----|-------|----|----|
| | | | | |

《課題・目標》

| | |
|----------------------------|--|
| 日常生活上の課題 | |
| 課題に対する目標 (サービスを利用しての目標) | |

《サービス利用》

| | | | |
|------|--|------|----------------------------------|
| 事業所名 | | 電話 | |
| 利用予定 | | 自己負担 | ・ その他の世帯（1回300円） ・ 生活保護世帯（0円） |

| 【地域包括支援センター記入欄】 | |
|-----------------|-----|
| 名称 | 確認印 |
| 地域包括支援センター | |

| |
|--|
| <p>【利用者記入欄】 本ケアマネジメントの内容、及び、個人情報を必要な範囲で関係機関（サービス事業者、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、堺市等）に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p> |
|--|

《モニタリング結果》

| 目標 | 達成 ・ 未達成 | サービス | 終了 ・ 継続 |
|--------|----------|------|---------|
| 作成者の評価 | | | |
| 今後の方針 | | | |