

事例3. 要介護認定申請時に認定調査票、主治医意見書等を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に開示する同意を得ている事例

課題：認定調査票や主治医意見書について、利用者からの利用申込があった時点で行政に情報開示請求を行い、情報を入手するため、利用申込から情報入手までに時間と手間がかかり、業務負担が大きいとともにタイムリーな支援に支障をきたしている。

(自治体A)

- 要介護認定申請において、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医等に提示することについての包括的な同意を得るため、要介護認定申請書に本人同意欄を設けて同意を得ている。
- これにより、地域包括支援センターに利用者からの利用申込があった場合に、地域包括支援センター（直営）担当者は個人設定のパスワードなどの安全管理の下で必要な情報を閲覧できる仕組みとなっている。

「要介護認定・要支援認定 申請書」上の記載例

介護（介護予防）サービス計画の計画および介護（介護予防）サービス利用時（健康状態の把握）に必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を〇〇市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、ほか介護サービス事業者の関係人、主治医意見書を作成した医師に提示することに同意します。

同意する 同意しない

署名 _____

(自治体B)

- 上記(自治体A)と同様に、要介護認定・要支援認定申請書に本人同意欄を設けて同意を得ている。

「要介護認定・要支援認定 申請書」上の記載例

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、入居型の居宅サービス事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名

- さらに、地域包括支援センター(委託)が、地域の高齢者及びその家族等を総合的に支援する身近な窓口として総合相談業務や介護保険業務等を円滑に行えるよう、高齢者の情報を閲覧可能にするため、市の情報公開・個人情報保護審議会にこれに係る個人情報の保護措置を諮問し、認められた上で実施している。

事例4. 介護予防サービス・支援計画において、優先すべき「課題」に絞って計画作成した事例

課題：・介護予防サービス計画書は、左から右に順を追って作成していくことにより、思考展開に役立つように作成されているが、各欄を詳細に記載するのに時間がかかり、業務負担が大きい。

・利用者が「介護予防」の理念を理解できず、目標や計画について利用者の合意を得るのに時間がかかる。

- 介護予防サービス・支援計画は、当然のことながら計画表を埋めることが目的ではない。
- 計画表の様式例は必要最低限の内容を示しているものであり、いずれの項目も重要である。計画表の様式を左から順に書き進めることによって、介護予防ケアマネジメントをステップバイステップで展開できるようになっており、また後からその思考過程を追うことができる様式となっている。
- こうした基本的事項を踏まえつつ、十分なアセスメントを行った上で、3ヶ月や6ヶ月といった短期間で優先すべき課題は何かを厳選し、その優先すべき課題に絞って目標設定し（1つの場合もある）、支援計画を作成する。
- 課題を厳選し、目標を絞ることによって、提案された本人も納得し、合意が得られやすく、取り組む意欲にもつながっている。また、業務の効率化も図られる。
- 以下に優先すべき課題に絞って作成された介護予防サービス・支援計画の事例を2つ紹介する。なおこれらの事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではないことをご留意いただきたい。

事例Aの概要；初回計画 介護予防通所リハビリにて「運動プログラム」を3ヶ月間実施

パーキンソン病を患っており、歩行障害があり、布団からの立ち上がり・衣類の着脱等に妻の介助を受けている。最近、妻や友人の励ましにより勇気をもらい、絵画教室等に通い始め、生活を楽しみ始めたことで、今までの生活を振り返る余裕が生まれた。そこで自分にあつたリハビリ等を始めることで、衣類の着脱等時間がかかってもできることがあるのではないかと意欲を持ち、リハビリ目的で今回初めて介護保険の申請を行った。計画作成者は、7年間の病歴において、特有の症状を有しているものの病態が安定していることをポジティブに捉え、3ヶ月の中で達成可能と考えられる目標を建てて、支援をおこなっている。

事例Bの概要；継続利用者 介護予防通所リハビリにて「運動プログラム」を3ヶ月間実施

3ヶ月間で状態の改善が見られ、認定有効期間を2ヶ月残した中で、認定を更新する手続きを行なう一方で、一旦サービスを終了し、次は利用者本人が支援する立場としてボランティア等でデイケアサービスに参加できるかを検討する期間として、1ヶ月間の評価期間を設定し、事業所の協力を得ながら実現できるかどうかを考えている。

計画作成者は、ボランティア等での参加を断念した場合の支援方針等についても考えているが、この段階ではあえてそのことをご本人にはっきりとは伝えていない。しばらく本人の様子をサービス提供事業所のスタッフや家族と共に見守りながら、状況の変化に合わせて、ご本人とまた今後のことを含めて話し、例えば更新手続きを勧める、あるいは地域支援事業等を勧める等、状況変化に対応できるよう、モニタリングを適切に行なっていく。

(注) この事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではない。

事例A

介護予防サービス・支援計画書(1)

No. _____ 利用者名 _____ 様
 計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____
 計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日
 担当地域包括支援センター: _____ 認定年月日 平成 年 月 日 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>運動・移動について 歩行時つんのめる感じがあまり、スムーズに足が前にでないことが増えているが、頑張って歩くようにしている。布団からの立ち上がりも困難で妻が手伝ってくれている。</p>	<p>本人: 妻や友人の励ましで勇氣をもらい、リハビリを始めようかと考えています。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 病気の状態から、歩き始めの一步がスムーズでないこともあるが、意識して外に出るようにしている。自分にあったリハビリの方法があれば、やってみたいという意欲を持っている。</p>	<p>1. よくなりたいたいという意欲を大切にしながら、無理のない範囲で体を動かし、1つでもできることを増やしていく</p>	<p>1. 時間がかかっても洋服の着替えを行えるようになる。</p> <p>本人 ①介護予防通所リハビリ「運動器の機能向上」に参加する。 ②脱ぎ着しやすい洋服を選ぶ</p>	<p>1. (本人) ①②提案とあり</p> <p>面接の場面で本人の身体状況を確認したところ、衣服の着脱は少しリハビリを行うことで可能になるのではないかと考えた。3ヶ月間という評価期間を想定していたこともあり、その中で優先的に取り組むこととして、小さな成功体験を次のステップとするためにも、自分で行いたいという思いを大切に、目標にあげた。</p>
<p>日常生活(家庭生活)について 衣服の着替えは時間がかかるので、妻が手伝ってくれている。妻事はほとんど妻が担ってくれているので助かっている。</p>	<p>本人: 洋服の着替えを手伝ってもらうことを当たり前のようには思っていたが、最近時間がかかっても自分でやりたいと思えるようになりました。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 自分にあったリハビリを行うことで、洋服の脱ぎ着など、できることが増えるのではないかと考えている</p>	<p>改善したいという意欲を保つには、取組に対する動機付けや小さな成功体験が次のステップにつながる。表現は少し抽象的ではあるが、疾病の特徴から日内変動等も考えられるため、無理のない範囲で体を動かしていきながら、動作性の改善を図り、1つでもできることを増やしていくことを意識してもらうよう、総合的課題とした。</p>	<p>②脱ぎ着しやすい洋服を選ぶ</p>	<p>目標が達成しやすいように、着脱しやすい衣類の選定等、家庭内においてできる工夫を提案した。</p>
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 転んだりしないかと不安に思うこともあるが、月に2回絵画教室に通うようになったことで楽しみが増えた。</p>	<p>本人: 教室で出会う人々との会話も楽しいし、家にいて絵を描いている時も心が穏やかになれるので、毎日が楽しめるようになりました。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 社会参加に関しては、転倒に対する不安があるものの、趣味を見出し外出を図っている本人の気持ちをプラスとらえ、領域における課題は「無」とした。</p>	<p>絵画教室に通うようになり、外に目が向くようになった本人が、絵を描き続けたいという思いが強まるにつれ、妻の手を借りずに、できることを増やしていきたいと考えようになったことをとらえている。</p>		
<p>健康管理について パーキンソン病(平成11年〜)があり、遠方の〇病院に月に1回、定期的に通い、薬を飲んでいる。先生からも病気の状態が落ち着いていると言われている。</p>	<p>本人: 病院に行くときは、1ヶ月近くは妹が車で送ってくられるため、とても助かっています。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 健康管理の部分は、定期通院・内服加療が行えており、病態としては安定していることから、課題は「無」とした。病気の特徴を踏まえると、病状悪化の危険性が有ることなどを課題に挙げておきたくなるが、長く病態が安定していることをプラスに捉えている。</p>			<p>医師連絡済みの内容等の添付や医療面での確認事項を記載した。</p>

31

運動不足	身体機能	口腔ケア	認知機能	栄養状態	褥瘡
5/5	0/2	1/3	2/2	2/3	3/5

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点
 セルフケアで体調管理しながら、リハビリができる介護予防通所リハビリを選定。運動量や留意事項等別紙参照(医師連絡済み)

介護予防サービス・支援計画書(2)

No. _____ 利用者氏名 _____

体調を整えるためにも薬の飲み忘れがないようにすることを本人が目標にあげたため、そのことを大切にしました。

1年後の目標に関して、「友人と共に電車に乗って美術館に行く」とか「絵画教室に継続して通い、風景画を仕上げる」など具体的な提案もしてみたが、ご本人にとっては「普通に寝起きができて歩くことができる」ということができれば、絵画以外にも楽しみを見出すことができるのではないかとこの思いが強く、以下の目標(1年後の目標)となった。1年後の目標は、支援経過の中で変わっていくことも考えられるため、本人の気持ちを優先した。

目標とする生活

1日 薬を飲み忘れがないようにする

1年 普通に寝起きができて歩くことができる

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
提案どおり	<p>・洋服の着替えという行為も、生活の中における「リハビリ」になっているということを伝えていく。</p> <p>衣類の着脱そのものが、バランス能力や柔軟性等の身体機能が関連していること。すなわちこの行為自体が、実は生活リハビリの1つなのだということをしっかりと伝えていくことで、更なる意識付けができるものと考え支援のポイントにあげた</p>	<p>本人：①介護予防通所介護が継続できるよう体調を整える</p> <p>②デイサービスで習った体操等を自宅でも行う</p> <p>家族：①自分でやってみたいという本人の気持ちを支えていく</p>	<p>運動器のプログラムを選択し、下肢筋力・バランス能力の向上を図ることや自宅でできる運動等を紹介する</p>	<p>1. 介護予防通所リハビリ「運動器の機能向上」</p>	<p>k事業所</p>	<p>①3ヶ月</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>～ 年 月 日</p>

現在、病態が安定しているものの、病気の特性から状態変化が起こる可能性は否定できない。症状の現れ方によっては、計画通りに進まないことも考えられるため、そのあたりの理解を促しながら、取り組んでいくことができるよう支援していくことを考えた。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

病気の特徴から計画通りにリハビリが進んでいかないことがあったとしても、焦らずに1つ1つ丁寧に取り組んでいきましょう。

計画に関する同意

上記について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名

印

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

(注) この事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではない。

事例B

介護予防サービス・支援計画書(1)

No. _____ 利用者名 B 様 初回・紹介 継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援 要介護 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日

担当地域包括支援センター _____ 認定年月日 平成 年 月 日 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>運動・移動について</p> <p>布団からの立ち上がりができるようになった。また、歩く時の前につんのめる感じがなくなり、転ばないかと不安だった外出にも自信がもてるようになってきた。</p>	<p>本人：デイサービスに3ヶ月通い運動を行ったおかげで、布団からの立ち上がりが一人でできるようになったことは成果です。 家族：こんなによくなるなんて思わなかったので驚いています。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p> <p>プログラムに参加しながら、ボランティア等の動きを観察し、自分自身で何ができるかをスタッフと共に考えていくことが大切であることをあげ、自分自身の中に起きている様々な葛藤を整理することが必要だという理解を促した。</p>	<p>1. 運動器のプログラムに参加する中で、今後「ボランティア」として参加できる部分があるのかどうかをスタッフと共に考えていく必要がある。</p>	<p>1. (目標) ボランティアとしてデイケアサービスに参加できるかを考え、自分で決断することができる ①介護予防通所介護「運動器機能向上」を利用し、バランス能力の向上とあわせ、今後ボランティア活動について現実化できるかをデイに参加しながら考える ②調子が良いときは、散歩や体操・運動量を増やすことを実践する</p>	<p>1.①については、この1ヶ月間でしっかりと考えたいので、有効にこの期間を活用したいと思います。②については、提案どおり</p> <p>自分自身での気持ちの整理ができれば、自己決定もできるだろうと考え、左記のような目標を提案した。</p> <p>一見目標とは、無関係のように見えるが、本人が社会参加を考える上で、体力があることや安定した歩行ができることは大きな自信につながるため、日々の努力を惜しまないようにするよう提案した。</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>衣類の着替えは時間をかけ、自分で行なえるようになり、長年、妻任せだった家事も一部(掃除・洗濯干し)を担うようになった。</p>	<p>本人：洗濯物を干したり、掃除をすることもバランス能力の向上など、体にいいことを知り、やる気になった。 家族：本人が洗濯や掃除を手伝ってくれるようになったことがとても嬉しい</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>			
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <p>デイケアでのボランティアスタッフと親しくなり、障害者でボランティアをしている人に刺激を受け頑張れた。現在、スタッフからボランティアを目標に頑張ろうと励まされている。</p>	<p>本人：デイサービスを終了し、次はデイでのボランティア活動にとスタッフやボランティアの方々に誘ってもらっているけれど、不安である。 家族：本人の意志に任せます。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>ボランティアをやってみたいという気持ちとまだサービス利用する立場でいたい思いの中で揺れ動いている。</p>			
<p>健康管理について</p> <p>○病院には、妹に送ってもらい続けて通っている。薬の種類も変わらず、先生も調子が良いといっている。</p>	<p>本人：このままの状態が続いてほしい</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>	<p>誘ってもらってはいるものの、ボランティアとして具体的に何が出来るかもわからないため、足手まといになるのではという不安と、何かできるのではないかと期待と、もう少し受け身でいたいと考えるなど、様々な葛藤がある部分をとりあげた。自分自身の気持ちを整理することが大切だという本人自身のメッセージでもある</p>		

33

歩行検査 歩行速度 歩行リズム	1/5	0/2	0/3	1/2	0/3	0/5
-----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点
 病状が安定していることから、内服薬の変更もありません。引き続き、焦らず生活の中で取り組めるリハビリを続けていってほしいと思います。

介護予防サービス・支援計画書(2)

No. _____ 利用者氏名 _____ B _____ 様

目標とする生活

1日 掃除や洗濯物干しを日課にする 1年 友人と電車に乗って美術館に行く

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1. 1ヶ月間で、「ボランティア活動を始める」かについての方向性を出すことができる	<p>・デイサービス等の協力を得て、本人が出来る範囲でのボランティア活動を具体的に提案してもらえるように伝える</p> <p>本人が最終的にボランティア活動を始めるかについて、自己決定できるように、具体的に取り組みそうな内容をB氏の状況をよく知っているスタッフからいくつか提案してもらえよう依頼してみた結果一合意が得られたため、そのことを記載した。</p>	<p>本人： ・体の調子に合わせて、デイケアで学んだ体操や散歩を行う。地域で開催している体操教室に通い2回通う 家族：ご主人と共に体操や散歩を行う</p>	<p>①バランス能力アップを更に図る。また、1ヶ月間の間に利用者から支援者（ボランティア）への移行を目指し、その役割を共に見出していく ②地域支援事業（一般高齢者施策）</p> <p>若く元気なボランティアと同様のことができれば、ボランティアではないという考えではなく、病気を抱えながらもできることをお手伝いいただくことが、他の利用者への励みになると言う事業所側の考えをありがたく受け止め、利用者側～支援者側へと移行できるかどうかを本人と共に見出していくことをあげた。</p>	<p>①介護予防通所リハビリ（運動器の機能向上プログラム） ②〇〇体操教室</p> <p>インフォーマルな資源のサロン等には、関心を示されなかったため、市が実施している一般高齢者向けの体操教室を紹介。坐ったまま行う体操なので、十分参加できると判断。本人も見学して参加意欲を高めている</p>	<p>①K事業所 ②市</p>	<p>①1ヶ月 ②6か月（月に2回）</p>

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

意識して外を歩く、エレベーターを使わずに階段を上る等の日々の取り組みを今までどおり大切にいきましょう。また家事などへの新しい挑戦も始まっており、活動量がかなり増えています。今後はデイケアサービス等で支援者側に回るボランティアでの参加等を目指すなど、新たな活動の場を見出していけるよう、共に頑張っていきましょう。

計画に関する同意

上記について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____ A _____ 印

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

事例5. サービス担当者会議の開催上の工夫事例

課題：サービス担当者会議は、原則として「ケアプラン作成時・変更時」とされているが、実際には関係者の日程調整が困難で開催できていない、あるいは、開催した場合でも、時間が長引き、参加者の負担が大きい。

- サービス担当者会議の開催場所は、本人や提供サービス事業者と日程を合わせやすい場所で開催している。例えば、介護予防通所介護の利用者の場合は介護予防通所介護事業所で、介護予防訪問介護利用者は自宅で、主治医が出席できる場合は主治医の医療機関で開催するなど工夫している。
- サービス担当者会議では、目標や支援内容を共有することが大切であり、単にサービスの日程調整をする場ではない。サービス担当者会議を効率的に進める工夫のひとつとして、事例に応じて検討内容を事前に整理し、計画作成者やサービス提供事業者からのモニタリングや実績報告を用いて、事前に評価表と修正後の介護予防計画書案を作成し、会議に臨んでいる。会議の場での意見により計画の修正が必要な場合は、後日郵送し確認している。

事例6. 評価しやすい目標の事例

課題：最初に設定した目標があいまいであるために、評価の時期を越えても、目標達成の有無を判断できない。

- 実際に、介護予防サービス計画書の「目標」欄に書かれていた項目を分析すると、目標達成の判断がしやすいものと、判断がしにくいものがある。目標達成の有無を判断できる「目標」とは、より具体的で分かりやすく、実際の行動として確認できるものがよい。

	介護予防ケアプランの目標 抜粋	目標達成の有無を判断できる状況
達成の判断がしやすい	自宅内で転倒しないように安全にすごせる。	転倒せず生活できた。
	転倒のないように気をつけて外出する	外出時、転倒しなかった。
	体調に合わせて散歩する回数を週2回以上に増やす	おおよそ週3回、散歩した。
	1日一回外出を心がけ、食事がおいしくたべられようにする。	毎日少しでも外出することができ、食欲も少しだが出てきた。
	体調に合わせてヘルパーと一緒に掃除を行う	体調がいい時は、腰を曲げないで出来る範囲の掃除機をかけている。

	介護予防ケアプランの目標 抜粋	目標達成の有無を判断しにくい理由
達成の判断が難しい	体調管理。身体状況の安定。健康維持。	どのように体調管理するのか、何を指しているのか具体的にわからないので、評価ができない。
	身体に負担にならない程度の家事は自分でする。腰に負担のない家事。	身体に負担にならない程度とはどんな程度か不明。そのため評価ができない。
	体力低下、下肢筋力低下の予防。	具体的にどんな身体状況、活動状況ができていれば予防になるのか、目指すものが不明。
	他者と交流する。地域と交流する。地域への参加。	他者とは、家族、地域の人、サービス提供者など、具体的に誰とどのような交流であればいいのか不明。
	バランスのとれた食事をする。栄養バランスのよい食事摂取。バランスのよい食生活を送る。	バランスの取れた食事とは？具体的にどのような状況になれば評価できるのか？

<達成の判断がしやすい目標の具体例>

- 実際に、介護予防サービス計画書の「目標」欄に書かれていた目標の中から、達成の判断がしやすい目標の具体例を以下に示す。
- ただし、これらの目標については、個別の利用者に対する課題分析を十分に行った上で設定するものであり、これらの目標例が他の利用者の介護予防サービス・支援計画書にそのまま記載されることは望ましくない。

<目標の具体例>

- 自宅内で転倒しないように安全にすごせる。
- 一人で外出が出来る。
- 転倒のないように気をつけて外出する。
- 毎日散歩や買物等の外出をする。
- 足腰を強化、体力向上のためホームヘルパーと買物同行。散歩をする。
- ふれあい給食に参加できるようになる。
- シルバーカーを押して買物に行けるようになる。
- 近隣の知人宅にいけるようになる。
- 1日一回外出を心がけ、食事がおいしくたべられようにする。
- 杖による歩行に自信をつけ、近所の外出が1人でできるようになる。
- 体力をつけ、〇〇温泉へ行く。
- 買物、掃除が自分でできる。
- 自分で週に1回以上、調理して食事する。
- 体調に合わせてヘルパーと一緒に掃除を行う。
- 日中は離床して過ごす。
- 杖を持たずに歩く。
- デイ利用時に施設内を歩く。柄のついたモップで床を拭く。
- 車椅子を使用しないで、近所を歩行することができる。
- 膝に負担がかからないように掃除する。
- 毎日1品は、減塩に考慮しながら食べる。
- 昔の登山仲間と連絡をとり、会って話すことができる。
- 畑まで歩いていくことができるようになる。
- 浴室・トイレ以外の掃除ができるようになる。
- 近隣の〇〇さん宅までシルバーカーを押して行けるようになる。
- 週に3回は入浴する。

事例 7. 共同事務処理システムにより事務負担を軽減している事例

課題：地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託している場合、委託先の事業所が作成した給付管理票の情報をもとに、地域包括支援センターが給付管理票を作成するなど、二度手間となっている。また、委託先の居宅介護支援事業所に原案作成にかかる委託費を支払う事務手続きも煩雑である。

- 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所から受け取る給付管理票については、データを収集、集約する仕組みを「新予防給付関連情報集約システム」として取り入れ、また、委託先の居宅介護支援事業所に支払う原案作成委託料について、「原案作成料支払システム」として共同処理するシステムを開発して対応している。
- このシステムは、大きく3つの部分から構成されている。
 - ① 原案作成を行う居宅介護支援事業所から給付管理票情報（CSVファイル）を記録した磁気媒体を地域包括支援センターに提出する処理の部分
 - ② 地域包括支援センターがどの居宅介護支援事業所に委託を行っているかという委託に関する情報を保険者に引渡し、保険者がその委託情報を集約して国保連に送る処理の部分
 - ③ 各地域包括支援センターから出された介護給付費請求明細書と各保険者から提出された委託に関する情報をもとに、原案作成を行った居宅介護支援事業所に原案作成料を国保連から直接支払う部分

(参考)

全国介護保険担当課長ブロック会議資料

地域包括支援センター・介護予防支援関係 Q&A より

問 2

地域包括支援センターが介護予防支援業務を居宅介護支援事業所に委託した場合の委託費を、国民健康保険団体連合会から直接、当該居宅介護支援事業所に支払うこととしてもよいか。

(答)

- 介護報酬である「介護予防支援費」の請求者は、指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターである。ただし、地域包括支援センターの事務処理の合理化の観点から、地域包括支援センター、国保連、委託先の居宅介護支援事業所の3者が合意の上、地域包括支援センターによる適切な関与の下に介護予防支援業務に影響がないのであれば、委託費の支払いについて直接、国保連から委託先の居宅介護支援事業所に支払うことも差し支えない。

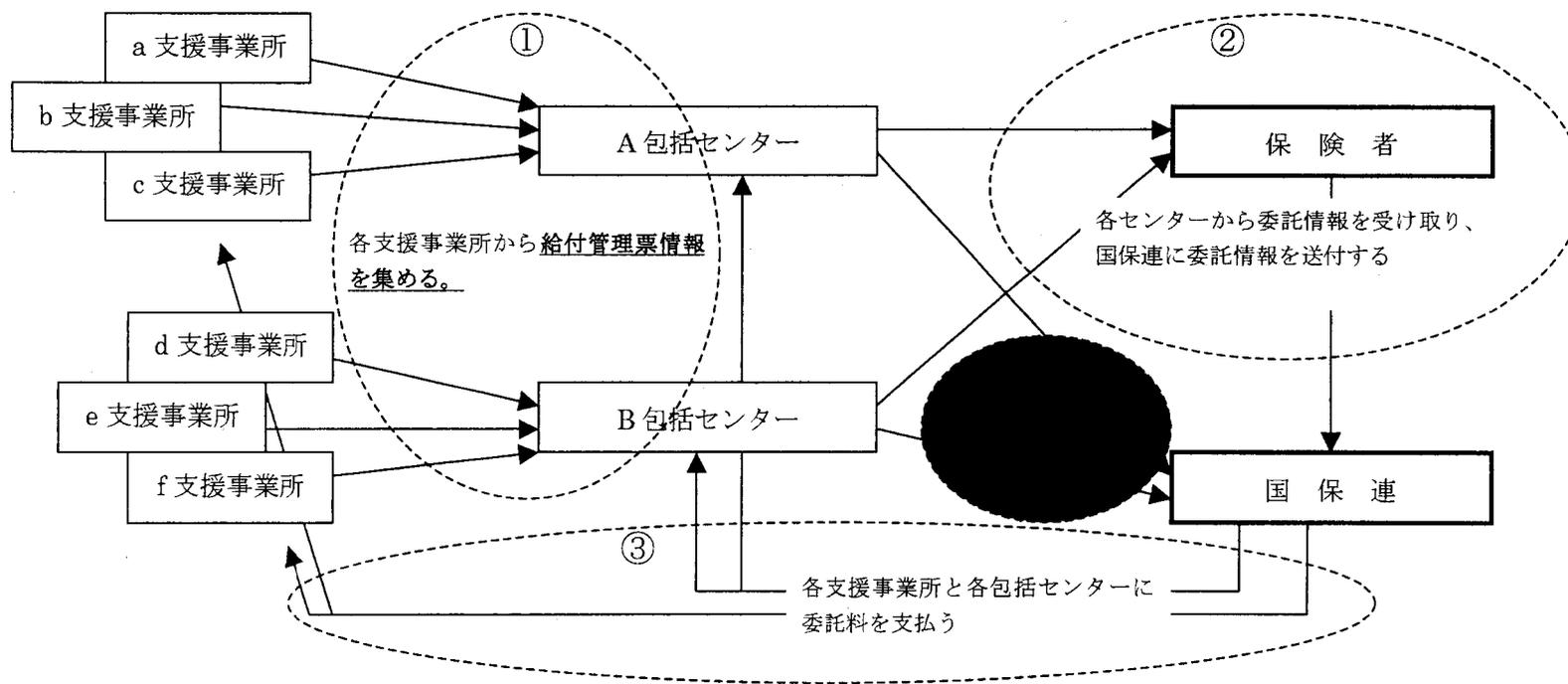
新予防給付に関する介護報酬請求事務改善業務の概要について（大阪府の事例）

地域包括支援センター（以下、「包括センター」という。）が居宅介護支援事業所（以下、「支援事業所」という。）に支払う原案作成委託料については、「原案作成料支払処理システム」として共同処理システムとしての運用を行っている。

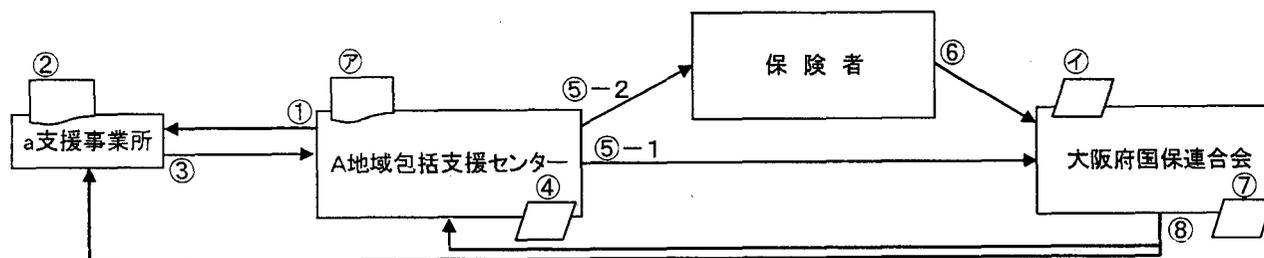
この国保連に委託して行う業務の範囲は、各包括センターから出された介護給付費請求明細書と各保険者から出された委託に関する情報をもとに、原案作成を行った支援事業所に原案作成料の支払を行うという部分（③の部分）となっている。そのため、この処理の前提となる、原案作成を行う支援事業所からの給付管理票情報を包括センターが受け取る処理の部分（①の部分）と包括センターがどの支援事業所に委託を行っているかという委託に関する情報を保険者へ引き渡し、保険者はその委託情報を集約して国保連に送るという処理の部分（②の部分）については、府内各保険者（または包括センター）において、「地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システム」を導入している。（「地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システム」についての概要は別添資料のとおり）

なお、センターが介護予防支援事業所として、国保連に請求をするための報酬請求システムは共同処理を行わない場合にも当然必要となる。（図の網掛け部分）

図表 3 新予防給付に関する介護報酬請求事務改善業務の概要（大阪府の事例）



図表 4 地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの概要（※地域包括支援センターを委託設置する場合）

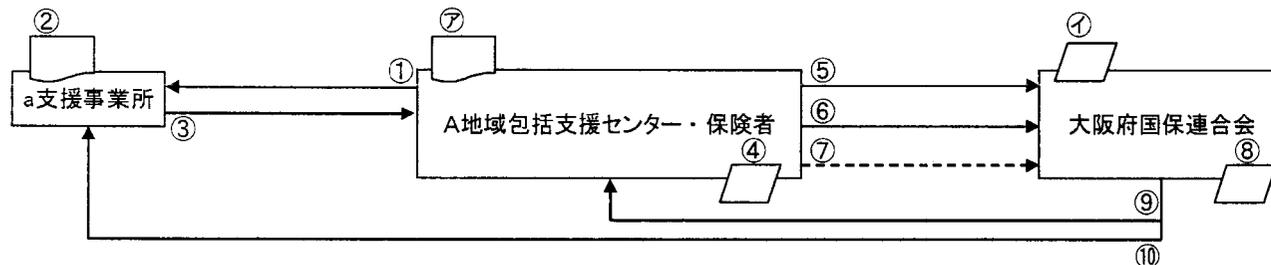


- ⑦: A地域包括支援センターにおいて、新予防給付ケアプラン作成(原案作成委託をしない被保険者対象)
- ①: 原案作成を支援事業所に委託する場合、作成依頼及び「委託先管理データ」送付
- ②: ①の委託契約に基づき、新予防給付ケアプラン原案作成
- ③: ②のケアプランについて、サービス利用実績確認後、サービス利用票、利用票別表及び「給付管理票」情報(CSVファイル)を記録した磁気媒体を委託元地域包括支援センターに提出(「委託先管理データ」を使用して、委託元地域包括支援センター単位に作成)
- ④: ③の提出内容をチェックするとともに、「給付管理票」データから請求明細書を含む請求データを作成し、他の委託先支援事業所から提出された全ての請求データや、⑦のケアプランから作成される請求データとマージ
- ⑤-1: ④でマージした給付管理票、請求明細書等の請求データを国保連合会に提出(伝送等による請求)
- ⑤-2: 支援事業所に原案作成委託した全ての「委託対象者情報」(対象被保険者、委託先支援事業所、委託料等)を、保険者に提出
- ⑥: ⑤-2で各地域包括支援センターから提出を受けた「委託対象者情報」を確認後、国保連合会に提出(総合窓口システム使用等)
- ①: ⑤-1で提出された介護予防ケアプラン報酬請求に対する審査
- ⑦: ①の審査結果による報酬支払額の内、⑥の「委託対象者情報」の委託料相当額を委託元地域包括支援センター支払額から減算し、委託先支援事業者の介護報酬に加算して集計
- ⑧: 報酬の支払い(委託先支援事業所が資金受領時点で委託料支払い済となり、残額が委託元地域包括支援センターへの支払額)

- ・ ①、③、④、⑤-2の処理が、地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの対象範囲
- ・ ⑥、⑦、⑧の処理が、原案作成料支払共同処理(国保連合会へ委託)
- ・ ⑦の処理を行うには、委託元地域包括支援センターから委託先支援事業所に受領委任する書類を国保連合会に提出することが前提
- ・ ⑦の処理は、地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフトまたは国保中央会の介護伝送ソフト等を使用して作成
- ・ ③の「給付管理票」情報(CSVファイル)は、委託先支援事業所の新予防給付ケアプラン作成ソフトまたは介護伝送ソフト等を使用して作成
また、作成不可の支援事業所及び紙媒体による提出の場合は、④の処理前に地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフト等で対応

※ 地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムは、原案作成委託料を国保連に共同処理委託するためのシステムであり、請求業務以外のケアプランの管理等は処理対象外

図表 5 地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの概要（※地域包括支援センターを保険者が直営設置する場合）



- ⑦: A地域包括支援センターにおいて、新予防給付ケアプラン作成(原案作成委託をしない被保険者対象)
- ①: 原案作成を支援事業所に委託する場合、作成依頼及び「委託先管理データ」送付
- ②: ①の委託契約に基づき、新予防給付ケアプラン原案作成
- ③: ②のケアプランについて、サービス利用実績確認後、サービス利用票、利用票別表及び「給付管理票」情報(CSVファイル)を記録した磁気媒体を委託元地域包括支援センターに提出(「委託先管理データ」を使用して、委託元地域包括支援センター単位に作成)
- ④: ③の提出内容をチェックするとともに、「給付管理票」データから請求明細書を含む請求データを作成し、他の委託先支援事業所から提出された全ての請求データや、⑦のケアプランから作成される請求データとマージ
- ⑤: ④でマージした給付管理票、請求明細書等の請求データを国保連合会に提出(伝送等による請求)
- ⑥: 支援事業所に原案作成委託した全ての「委託対象者情報」(対象被保険者、委託先支援事業所、委託料等)を、国保連合会に提出(総合窓口システム使用等)
- ①: ⑤で提出された介護予防ケアプラン報酬請求に対する審査
- ⑦: ⑥の委託先支援事業者に支払う委託料の資金を、国保連合会に支払う
- ⑧: ⑥の「委託対象者情報」に基づき、⑦で受け取った資金を委託先支援事業者の介護報酬に加算して集計
- ⑨: 報酬全額を、委託元地域包括支援センターへ支払う
- ⑩: 委託先支援事業所に、介護報酬及び委託料を支払う

- ・ ①、③、④、⑤、⑥の処理が、地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの対象範囲
- ・ ⑦、⑧、⑩の処理が、原案作成料支払共同処理(国保連合会へ委託)
- ・ ⑦の処理は、地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフトまたは国保中央会の介護伝送ソフト等を使用して作成
- ・ ③の「給付管理票」情報(CSVファイル)は、委託先支援事業所の新予防給付ケアプラン作成ソフトまたは介護伝送ソフト等を使用して作成
また、作成不可の支援事業所及び紙媒体による提出の場合は、④の処理前に地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフト等に対応

※ 地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムは、原案作成委託料を国保連に共同処理委託するためのシステムであり、請求業務以外のケアプランの管理等は処理対象外