

1 白井市介護予防・日常生活支援総合事業

1. 介護予防・日常生活支援総合事業とは

白井市では、平成28年2月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を実施しています。総合事業は、介護保険制度が抱えていた課題を解決するために導入されたもので、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多様な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的としています。

全国一律であった介護保険制度によるサービスを、創意工夫によりその市町村に適したものに改良することができ、高齢者が効果的な介護予防に取り組み、地域で社会参加できる機会を増やすことで、介護保険のサービスに頼らず、地域の中で日常生活を送り続けられるようにすることを目標に創設された制度となっています。

2. 総合事業の内容

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できる「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の基準に該当した人
	一般介護予防事業	65歳以上のすべての高齢者

3. 介護予防・生活支援サービス事業の対象者

(1) 事業の対象者

- 65歳以上で基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当した人（事業対象者）
- 要支援1または2の認定を受けた人（要支援者）

(2) 基本チェックリスト

①基本チェックリストの実施

- 基本チェックリストは、P21の「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人などに記入してもらいます。
- 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービスの利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合には、再度行い、サービスの振り分けから行います。
- 基本チェックリストの実施及び相談により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請につなげます。

②基本チェックリストの該当基準

- ① No.1~20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
- ② No.6~10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
- ③ No.11~12 までの 2 項目のすべてに該当
- ④ No.13~15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
- ⑤ No.16 に該当
- ⑥ No.18~20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
- ⑦ No.21~25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(3) 介護予防・生活支援サービス事業の対象者の有効期間と区分支給限度額

①事業対象者の有効期間

基本チェックリストにより事業対象者となった人の認定期間の設定はありません。

②要支援者の有効期間

認定有効期間の原則

申請区分等		原則の 認定有効期間	認定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12ヶ月	3ヶ月～48ヶ月
	前回要支援→今回要介護	12ヶ月※	3ヶ月～36ヶ月※
	前回要介護→今回要支援	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月
	前回要介護→今回要介護	12ヶ月※	3ヶ月～48ヶ月※

※状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当とされています。

③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なった人については、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 5,032 単位
- ・要支援2 10,531 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

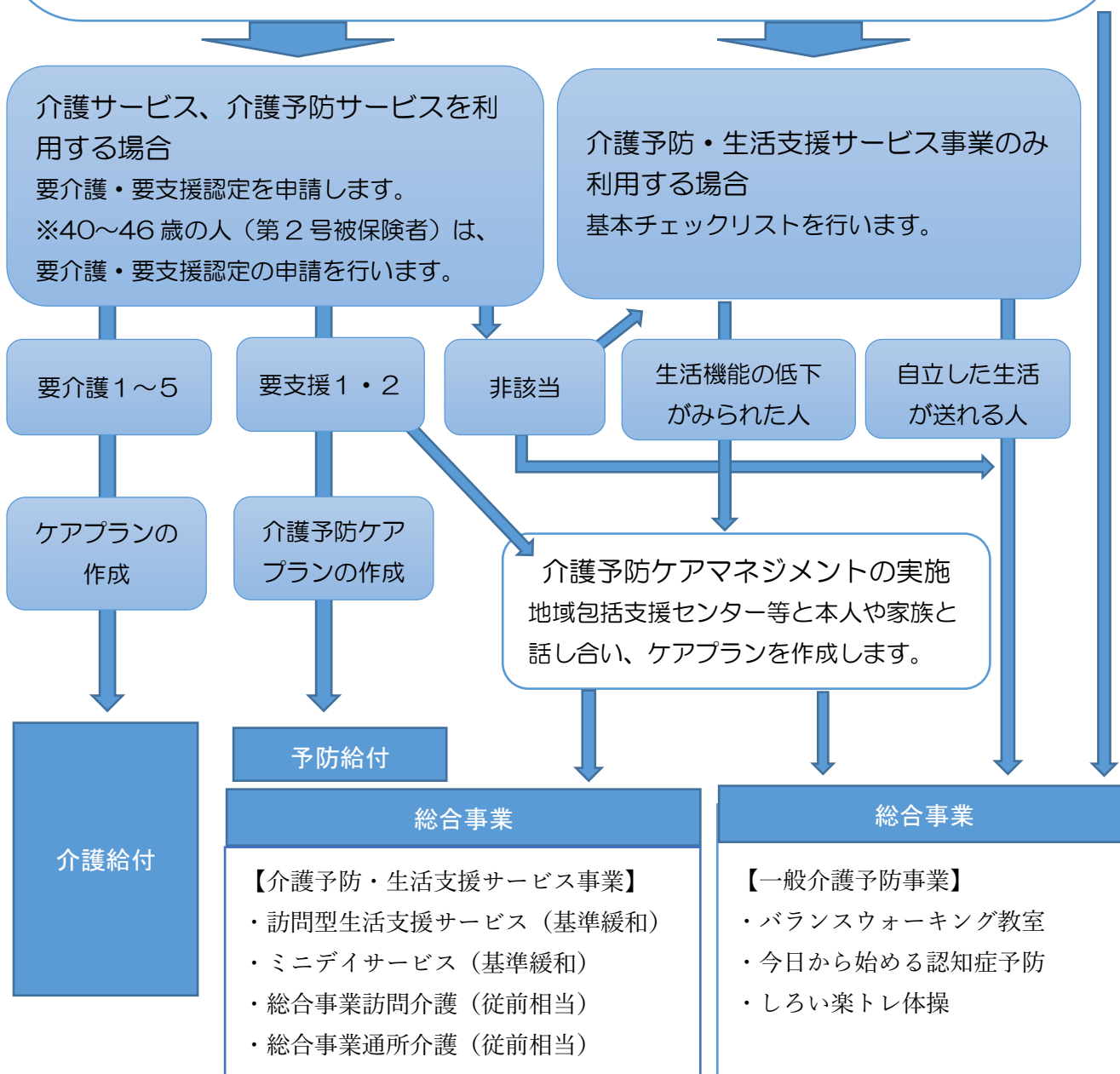
- ①事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書
 - ②介護予防サービス・支援計画書
 - ③サービス担当者会議の要点
 - ④アセスメントシート
- ①～④を白井市(高齢者福祉課介護保険係)に提出

4. 介護予防・日常生活支援総合事業利用の流れ

相談受付（地域包括支援センター）

総合事業の説明

- ・ 相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明する。
- ・ 更に、総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。
- ・ この時、基本チェックリスト実施対象者確認票（P23）により、該当になる場合は、要介護認定等申請の案内を行う。



5. 介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービスの選択

(1) 一般介護予防事業の概要

一般介護予防事業は、介護予防教室や介護予防推進員の活動を通して、元気なうちから介護予防・健康増進に取り組む人を増やし、いきいきと夢をもって暮らせる地域の実現を目指すことを目的としています。

介護予防教室では、運動・栄養・口腔衛生、認知症予防など目的として随時開催しており、地域において住民主体で行える介護予防体操「しろい楽トレ体操」の普及及び活動支援を行っています。

教室などの詳細は、「広報しろい」や市ホームページでお知らせします。

(2) 介護予防・生活支援サービスの種類

① 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を中心に提供することとしています。身体介護等専門的な対応等が必要な場合のみ総合事業訪問介護の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。

○総合事業訪問介護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

ア 緩和した基準によるサービス

サービス名称	訪問型生活支援サービス
提供するサービス	・生活援助サービス
報酬単価 ※1 単位＝10.42 円	1 回につき 203 単位
報酬の請求方法	国保連経由で請求
利用者負担	負担割合証に記載されている割合に応じて 1 割～3 割
限度額管理の有無	有り
サービスの担い手	指定訪問介護事業所に属する介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等の有資格者及び白井市の指定した事業所に雇用された白井市認定生活支援員（市が実施する研修修了者及びこれと同等の者）
ケアマネジメント	介護予防支援・ケアマネジメントA・ケアマネジメントB

イ 従前相当サービス

サービス名称	総合事業訪問介護			
提供するサービス	<ul style="list-style-type: none"> • 身体介護 • 週2回を超える生活援助（要支援2のみ） 			
報酬単価			1回あたり単価	月あたり上限
※1 単位=10.42 円	要支援1・事業対象者	週1回程度	268 単位 (1~4回)	1,176 単位/月 (月5回以上)
	要支援2	週2回程度	272 単位 (5~8回)	2,349 単位/月 (月9回以上)
	要支援2	週2回を超える程度	287 単位 (9~12回)	3,727 単位/月 (月13回以上)
報酬の請求方法	国保連経由で請求			
利用者負担	負担割合証に記載されている割合に応じて1割~3割			
限度額管理の有無	有り			
サービスの担い手	指定訪問介護事業所に属する介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等の有資格者			
ケアマネジメント	介護予防支援・ケアマネジメントA			

② 通所型サービス

通所型サービスは、ミニデイサービスの利用を基本とし、ミニデイサービスでは対応できない支援内容がある場合には従前相当のサービスの提供を行うこととしています。

利用者の状況などを踏まえながら多様なサービスの利用を促進していきます。

ア 緩和した基準によるサービス

サービス名称	ミニデイサービス		
提供するサービス	外出・交流、軽い運動などを主目的としたサービス <ul style="list-style-type: none"> ・ 1 回 2 時間以上のサービス ・ 送迎あり、入浴なし ・ 食事提供は基本的にはなし 		
報酬単価	【2 時間以上 4 時間未満】		
※1 単位=10.27 円		1 回あたり単価	月あたり上限
	要支援1・事業対象者	288 単位 (月 4 回まで)	1,254 単位 (月 5 回以上)
	要支援2	296 単位 (月 8 回まで)	2,571 単位 (月 9 回以上)
	【4 時間以上】		
		1 回あたり単価	月あたり上限
	要支援1・事業対象者	307 単位 (月 4 回まで)	1,338 単位 (月 5 回以上)
要支援2	316 単位 (月 8 回まで)	2,742 単位 (月 9 回以上)	
報酬の請求方法	国保連経由で請求		
利用者負担	負担割合証に記載されている割合に応じて 1 割～3 割		
限度額管理の有無	有り		
ケアマネジメント	介護予防支援・ケアマネジメントA・ケアマネジメントB		

イ 従前相当サービス

サービス名称	総合事業通所介護			
提供するサービス	日常生活上の支援 生活機能向上に向けた機能訓練			
報酬単価 ※1 単位=10.27 円			1 回あたり単価	月あたり上限
	要支援1・ 事業対象者	週1回	384 単位 (1~4回)	1,672 単位 (5回以上)
	要支援2	週1~2回	395 単位 (1~8回)	3,428 単位 (9回以上)
	【6か月を超えて利用する場合】(令和4年3月まで適用)			
			1 回あたり単価	月あたり上限
	要支援1・ 事業対象者	週1回	307 単位 (月4回まで)	1,338 単位 (月5回以上)
	要支援2	週1~2回	316 単位 (月8回まで)	2,742 単位 (月9回以上)
※各事業所の体制などにより加算・減算あり				
報酬の請求方法	国保連経由で請求			
利用者負担	負担割合証に記載されている割合に応じて1割~3割			
限度額管理の有無	有り			
ケアマネジメント	介護予防支援・ケアマネジメントA			

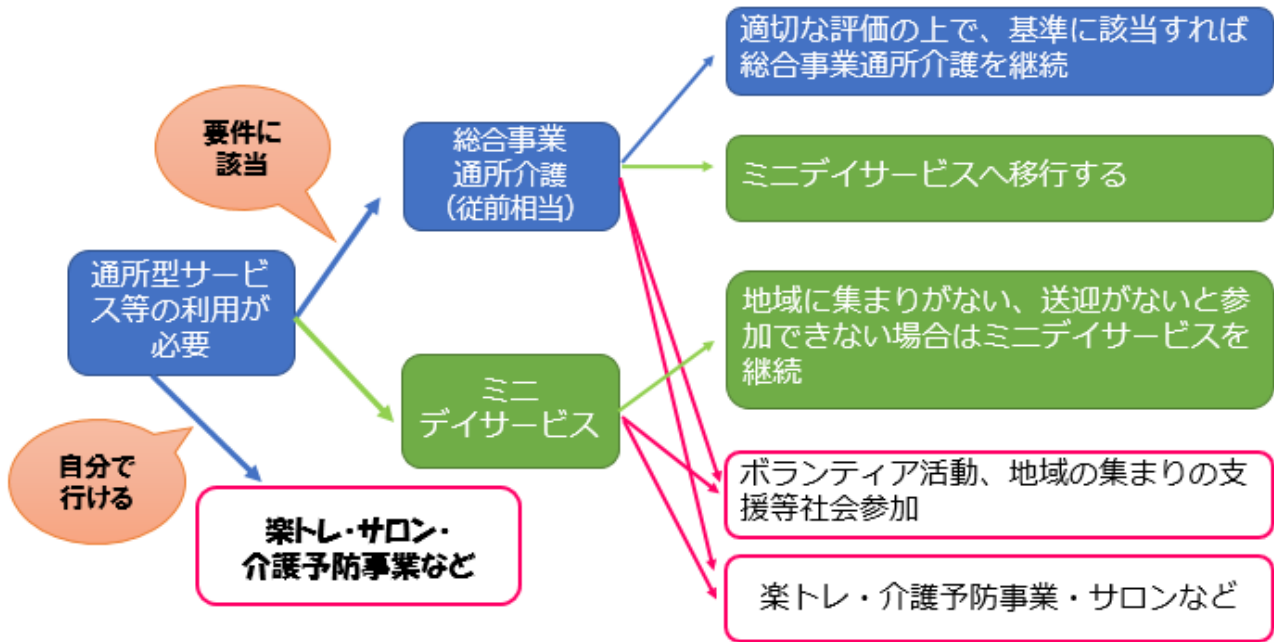
令和2年(2020年)4月1日以降の評価・再アセスメントのタイミングで総合事業通所介護の利用要件に該当となるかを判断し、該当しないが利用継続を希望する場合には、新プランから【6か月を超えて利用する場合】の単位の算定をすることとなります。

この経過措置は令和3年度末(2022年3月31日)までの取扱いとなりますので、ミニデイサービスへの移行又は一般介護予防事業や住民主体の通いの場など次のステップへ向けての支援をおこなってください。

(3) 介護予防ケアマネジメントにおける通所型サービス選択の考え方

通所型サービスは、ミニデイサービス（緩和した基準によるサービス）を基本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。

身体介護や短期間で身体機能、生活機能の改善等専門的な対応が必要な場合のみ総合事業通所介護の選択が可能となります。



原則として、総合事業通所介護の利用は最長で6か月とし、その後はミニデイサービスへの移行を基本とします。6か月を超えて継続利用を希望する場合は、本来の80%の単位数での利用を可能とします（令和4年3月末までの経過措置）。

ただし、1クール終了時の評価、再アセスメントにより判断基準（P.10）に該当する場合は、引き続き身体介護又は短期的な目標設定及び評価が必要であることを勘案し、100%の単位数を算定することとします。

【総合事業通所介護（従前相当）利用の判断基準】

下記の①～④のいずれかに該当すること（③の場合は A・B に該当することが必要）

	判断基準	留意事項
<input type="checkbox"/>	①入浴などの身体介護が必要な人	提供しているかではなく、介護の必要性で判断する。
<input type="checkbox"/>	②退院直後で状態が変化しやすいなど、専門的なサービスが特に必要な人	
<input type="checkbox"/>	③集中的に生活機能向上のトレーニングを行うことで、改善が見込まれる人 □A：短期の介入によって生活機能改善が見込めるケース □B：生活機能改善に向けた意思が明確であるケース	A・Bの2項目に該当することが必要 ※生活機能…ADL、IADL
<input type="checkbox"/>	④長時間の分離が必要な場合（不適切な介護や高齢者虐待の疑いなど）	

※上記の判断基準に該当する人であっても本人の希望等により、サービス提供事業所と相談の上、ミニデイサービスを利用することは可能です。

【専門的なサービスが特に必要な人の例】

- ①退院直後で状態が変化しやすい。
- ②認知機能の低下がみられ、日常生活に支障が出ている。
- ③精神疾患がある。
- ④在宅酸素など医療面の観察を必要とする。
- ⑤進行性の疾患や難病がある。

II 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」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に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。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第33条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

(1) 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。

(2) 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。

(3) 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。

(4) 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。

(5) サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。

(6) 地域支援事業(法第115条の45に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第18条第1号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

(7) 介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。

(8) 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

(白井市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援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を定める条例より抜粋)

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、地域に戻ることを、地域に居続けることを考えましょう。

2. 介護予防ケアマネジメントの類型と手順

白井市における介護予防ケアマネジメントの類型は、現行の予防給付に対する介護予防支援と同様のケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）とケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）となります。

○類型と手順

①介護予防ケアマネジメント A

予防給付における介護予防支援と同様のプロセスを実施します。

総合事業訪問介護（A2） 総合事業通所介護（A6）

(1)介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。

総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。利用者により介護予防ケアマネジメント依頼の届け出を受け、サービス事業対象者の旨を記載した被保険者証の交付。

(2)介護予防ケアマネジメント利用の手続（以下、利用者宅で実施）

地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定などを説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

ア アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ ケアプラン原案作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援する。

ウ サービス担当者会議

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付

利用者及びサービス提供者に交付する。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

キ モニタリング

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。利用者との面接によるモニタリングは、少なくとも3月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行う。

ク 評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。

介護
予防
ケア
マネ
ジ
メン
ト

②介護予防ケアマネジメントB

予防給付における介護予防支援を一部簡略化したプロセスを実施します。

訪問型生活支援サービス（A3） ミニデイサービス（A7）

(1)介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。

総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。利用者により介護予防ケアマネジメント依頼の届け出を受け、サービス事業対象者の旨を記載した被保険者証の交付。

(2)介護予防ケアマネジメント利用の手続（以下、利用者宅で実施）

地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定などを説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

ア アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ ケアプラン原案作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援する。

ウ サービス担当者会議（初回のみ実施）/サービス担当者からの照会

利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、サービス提供者（保険外サービス等を除く）から専門的な見地から意見を求める。

※ケアプラン更新時変化がない場合は、照会等により意見を求めることで会議開催は省略可能。

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付

利用者及びサービス提供者に交付する。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

キ モニタリング

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。利用者との面接によるモニタリングは、少なくとも6月に1回及び評価時に行い、少なくとも3月1回以上の電話等による確認を行う。利用者の状況に応じてサービスの変更も行う。

ク 評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。

介護
予防
ケア
マネ
ジ
メ
ン
ト

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ヶ月）終了後のケアプランの継続、変更の時点以降（初回は地域包括支援センターが実施）

4. 介護予防ケアマネジメントにおける使用書式

- ①利用者基本情報
 - ②基本チェックリスト
 - ③（白井市版アセスメントシート）※任意様式
 - ④興味・関心チェックシート
 - ⑤介護予防サービス・支援計画書
 - ⑥介護予防支援・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）
 - ⑦介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表
 - ⑧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
- ※様式の記載要領などは、資料集をご確認ください。

III 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託

1. 契約

地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への一部委託を行う場合に、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が締結する契約関係書類について説明します。

（1）契約関係の書類

- ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約書
- ②代理受領委任状（初めて委託契約を締結する場合）
- ③介護支援専門員名簿及び介護支援専門員証の写し

（2）再契約について

事業所住所や名称、事業所番号、契約の代表者の変更があった場合は、再契約が必要となります

2. 白井市介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント委託業務マニュアル 資料集資料7を参照

IV 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの具体的な進め方

1. 業務の流れ

業務の流れ	要支援1・2の場合	事業対象者	使用書類
介護保険被保険者証発行までの流れ	要介護認定申請 ↓ 認定の確定 ↓ 介護保険被保険者証発行	基本チェックリストで事業対象者に該当 ↓ 基本チェックリスト(写)と介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書を介護保険係に提出 ↓ 「事業対象者」の登録後、介護保険被保険者証の発行	
(1)利用申込の受付	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証にて、要支援1または2の認定であることを確認する。 <input type="checkbox"/> サービスの利用について説明と利用確認を行う。	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証にて、「事業対象者」であることを確認する。 <input type="checkbox"/> サービスの利用について説明と利用確認を行う。 ※事業対象者が利用できるサービスは「総合事業通所介護・訪問介護」「訪問型生活支援サービス」「ミニデイサービス」です。	
(2)利用契約	<input type="checkbox"/> 契約書、重要事項説明書の説明を行い、利用者の同意を得る。 (2部作成し、利用者と地域包括が1部ずつ保管) <input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書は1通を作成し、地域包括が保管する。		
(3)計画作成依頼届の提出・情報開示	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証に担当包括名と届出日を記載する。 <input type="checkbox"/> 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届出書を介護保険係に提出。 <input type="checkbox"/> 「認定調査票」と「主治医意見書」の情報開示申請を介護保険	(※)事業対象者は先に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届出書を提出済み。	<input type="checkbox"/> 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届出書 <input type="checkbox"/> 認定資料提供申請書

	<p>係に行う。</p> <p><input type="checkbox"/>委託している居宅介護支援事業所に情報提供する場合は「介護認定情報の提供について（報告）」を添付する。</p>		
(4)アセスメント	<p><input type="checkbox"/>利用者宅に訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者基本情報の記入（個人情報使用同意書があるため、利用者の署名押印は不要）</p> <p><input type="checkbox"/>基本チェックリストの実施</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者宅に訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者基本情報の記入（個人情報使用同意書があるため、利用者の署名押印は不要）</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者基本情報</p> <p><input type="checkbox"/>興味関心チェックシート</p> <p><input type="checkbox"/>（白井市版アセスメントシート）</p>
(5)ケアプラン原案の作成	<p><input type="checkbox"/>利用者及び家族と面接し、「目標」や「具体策」を決定し、介護予防サービス・支援計画書原案を作成する</p> <p><input type="checkbox"/>サービス利用について、サービス事業者等との調整を行う。</p>		
(6)サービス担当者会議の開催	<p><input type="checkbox"/>サービス担当者会議の開催</p> <p>※委託している居宅介護支援事業所が担当するケースの初回プランについては、原則地域包括職員が参加する。</p> <p>※会議録は支援経過記録への記載でも可</p>	<p>ケアマネジメントBにおいては、初回はサービス担当差会議を開催する。ケアプラン更新時に変化がない場合は、照会などにより意見を求めることで会議開催は省略可能。</p>	<p><input type="checkbox"/>介護予防サービス・支援計画書（原案）</p>
(7)介護予防サービス・支援計画書の交付	<p><input type="checkbox"/>利用者・家族に介護予防サービス・支援計画書の内容を説明し、利用者の同意を得る。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者、サービス事業者へ介護予防サービス・支援計画書を交付。</p>		<p><input type="checkbox"/>介護予防サービス・支援計画書</p> <p><input type="checkbox"/>サービス利用表・別表</p>
(8)モニタリング	<p><input type="checkbox"/>3か月に1回と、評価月には利用者宅を訪問しモニタリングを実施</p> <p><input type="checkbox"/>訪問を行わない月は、電話や事業所での面接、サービス事業者からの連絡・報告等で利用者の状況を把握する。</p> <p>※モニタリングの記録は少なくとも月1回は記録する</p>	<p><input type="checkbox"/>少なくとも6か月に1回と評価月には利用者宅を訪問しモニタリングを実施</p> <p><input type="checkbox"/>少なくとも3か月1回以上の電話等による確認を行う。</p>	<p><input type="checkbox"/>介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録</p>
(9)評価	<p><input type="checkbox"/>介護予防サービス・支援計画に位置づけた期間終了時に、利用者の状態を評価し、介護予防サービス評価表に記載。</p> <p><input type="checkbox"/>評価をもとに継続・変更・終了の支援方針を確認し、予防プランの見直しを行う。</p>		

※認定の更新申請時期になりましたら、基本チェックリスト実施対象者確認票（P23）を参考に更新申請の必要性について検討をしてください。

2. 利用契約

事業対象者、要支援1・2の人に介護予防サービス・支援計画を作成する場合に、地域包括支援センターと利用者が締結する計画関係書類について説明します。

(1) 契約関係の書類

- ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書
- ②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用重要事項説明書
- ③個人情報の使用に係る同意書
- ④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
- ⑤認定資料提供申請書（要支援1・2の方のみ）

3. アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問して本人及びその家族との面接による聞き取りなどを通じて行います。

利用者の有する生活機能や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、利用者が現に抱えている問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握する必要があります。

★アセスメントのポイント★

- ①より本人に合った目標設定に向けて「興味・関心シート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。
- ②プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めます。
- ③事業対象者の初回プラン作成の際は、改めてチェックリストを行う必要はありません。

【使用・記入する様式】

利用者基本情報

基本チェックリスト

（白井市版アセスメントシート）※任意様式

興味・関心チェックリスト

介護予防サービス・支援計画書

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録

4. 介護予防サービス・支援計画原案作成

介護予防計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、目標志向型の介護予防サービス計画原案を作成しなければなりません。

利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活などを踏まえ、具体的かつ実現可能な目標設定、目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間などを記載

した介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。また、評価を行い得るようにすることが重要です。

★介護予防サービス・支援計画原案作成のポイント★

生活目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」等を参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。

計画に定めた実施期間の間に取り組みることにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望まれます。

【使用・記入する様式】

介護予防サービス・支援計画書

5. サービス担当者会議

介護予防サービス計画原案を作成した時には、利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針などについて協議し、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかについて相互に理解することを目的にサービス担当者会議を開催します。

利用者及び家族の参加を基本としつつ、介護予防サービス計画の原案に位置付けたサービス等の担当者を招集して行います。また、これらの各サービスの担当者で、サービス担当者会議に参加できない場合は、照会などにより専門的見地からの意見を求めることでも差し支えありません。

【使用・記入する様式】

介護予防サービス・支援計画書

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録

6. 介護予防サービス計画の説明及び同意

介護予防サービス計画に位置付けるサービス等の選択、また、サービスの内容についても利用者の希望を尊重して介護予防サービス計画原案を作成する必要があります。利用者の意向の反映の機会を保障するために作成された介護予防サービス計画の原案についても、その内容について説明を行った上で、文書により利用者の同意を得る必要があります。

7. 介護予防サービス計画の交付

介護予防サービス計画を作成した際には、利用者及びサービスの担当者に交付しなければなりません。

（また、サービスの担当者に対して交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各サービスの担当者との共有・連携を図った上で、自ら提供するサービス等

の当該計画における位置づけを理解できるように配慮するとともに、サービス担当者が介護予防サービス計画の内容に沿って個別サービス計画を作成されるよう必要な援助を行う必要があります。) 介護予防サービス計画を交付したときは、各担当者に対し個別サービス計画の提出を求め、介護予防サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認し、意識の共有を図ることが重要となります。なお、連動性や整合性の確認については、必要に応じて行うことが望ましいです。

8. モニタリング

少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接します。利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り通所系サービスを訪問する等の方法により面接するように努め、できない場合には電話などにより利用者との連絡をとり、少なくとも1か月に1回はモニタリングの結果を記録します。

※介護予防ケアマネジメントBにおいては、利用者との面接によるモニタリングは、少なくとも6か月に1回及び評価時に行い、少なくとも3か月に1回以上の電話等による確認を行います。

利用者の有する生活機能の状況や課題の変化が認められる場合等必要に応じて計画の見直し、サービス提供事業者等との連絡、調整などを行います。

また、モニタリングより利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、担当者が主事の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要だと判断したもののについては、利用者の同意を得て提供することになります。

【使用・記入する様式】

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録

9. 評価

プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定します。

評価の実施に際しては、利用者の状況を適切に把握し、利用者及び家族の意見を徴することから、利用者宅を訪問して行う必要があります。

【使用・記入する様式】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

V 自立支援型地域ケア会議の活用

白井市では、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの実現とそれに基づくサービス提供の実現のために、多職種による個別課題の解決を目指す自立支援型地域ケア会議を実施しています。

この会議は、計画作成者及びサービス提供事業者等参加者の OJT を兼ねており、専門的見地を踏まえた意見・提案・助言を受け、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をともに考えていく場としています。

また、個別会議の積み重ねから、共通する課題の共有や不足する資源の発見等地域課題を把握し、地域づくり・政策形成、地域包括ケアの実現につなげていくこととなります。

ケアマネジメント力の向上、高齢者が最後まで「なじみの環境」で自分が「したい暮らし」が継続できる地域づくりのために、積極的な参加・活用をお願いします。

VI 給付管理

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違い

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 要支援 1 又は 2 の認定を受けた者のうち、予防給付を利用するもの 	<ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリストにより事業対象者となった者 要支援 1 又は 2 の認定を受けた者のうち、介護予防・日常生活支援総合事業のみを利用するもの
	<p>要支援 1・2 の者の場合、その月に予防給付を利用するかしないかによって、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が月単位で入れ替わることになります。</p>	
利用できるサービス	<ul style="list-style-type: none"> 予防給付 予防給付＋総合事業 	<ul style="list-style-type: none"> 総合事業のみ
実施方法	地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施	地域包括支援センターが実施
一部委託	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ的一部委託が可能	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ的一部委託が可能（事業対象者の初回プランを除く）
居宅介護支援費の逓減性	逓減性の対象となる 介護予防支援受託者数を 2 分の 1 とした件数を含み、介護支援専門員（常勤換算）1 人当たり 40 件を超えた場合、超過部分に対し、逓減制が適用される。	逓減性の対象とならない。

Ⅶ 資料集

- 資料1：基本チェックリストについての考え方……………(23)
- 資料2：基本チェックリスト実施対象者確認票……………(25)
- 資料3：介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例……………(26)
- 資料4：介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領……………(27)
 - 1 利用者基本情報……………(27)
 - 2 介護予防サービス・支援計画書……………(29)
 - 3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録……………(34)
 - 4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表……………(35)
 - 5 介護予防サービス・支援計画書作成のポイント……………(36)
 - 6 サービス評価表作成のポイント……………(37)
- 資料5：総合事業における月額報酬サービスの日割り計算……………(38)
- 資料6：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……………(39)
- 資料7：白井市介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント委託業務マニュアル……………(41)
- 資料8：要介護認定等申請期間中のサービス利用と費用の関係及び給付管理に係る事務処理について……………(46)

※資料1～3については厚生労働省作成資料からの抜粋となります。

【出典】

資料1・3 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより

資料4（1～4） 「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」平成27年6月5日老振発0605第1号）より

資料5 介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(平成30年7月27日事務連絡)より

資料2、資料4（5・6）、資料6～8については白井市独自の取り扱いとなります。

資料1 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分以上続けて歩いていますか	15分くらい続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は、認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

資料2

基本チェックリスト実施対象者確認票

※この確認票は、職員が活用するもので、相談者が記載する物ではありません。
 ※基本チェックリスト活用可否の判断に使用するものであり、その結果をもって要介護要支援認定申請を妨げるものではないことに留意すること。

記入年月日 年 月 日

氏名		対応者	所属：
認定状況	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護		氏名：
主病名			

※以下の3～12のうち1つでも「はい」に該当する場合は、要介護・要支援認定が必要です。

項目	確認事項	はい	いいえ
希望するサービス	1 訪問型サービスを利用したい ※回数・内容等はケアマネジメントの上、決定されます。	備考（希望する支援の内容等） <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 通所型サービスを利用したい ※回数・内容等はケアマネジメントの上、決定されます。	備考（希望する支援の内容等） <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 保険給付のサービスを利用したい。 (1)福祉用具貸与・購入 (2)短期入所 (3)通所リハビリ (4)訪問入浴 (5)訪問看護 (6)住宅改修 (7)その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 施設などへの入所を希望している（例：GH、特養、老健）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 病気や怪我で入院中（又は療養中）であり、主治医に要介護・要支援認定申請を勧められた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 利用したいサービスはないが、認定を受けたい。 ※「念のため」という申請については、必要時に行うよう案内してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人の状態	7 年齢が64歳以下である。（第2号被保険者は要介護・要支援認定申請を行う）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 杖や歩行器を使っても一人で歩行ができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 着替え・食事・入浴のいずれかが一人ではできない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 排泄に手助けが必要である。（例：ズボン・パンツの上げ下げができない。排泄直後、トイレ周りの掃除が必要）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 認知症の悪化により日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 寝たきりである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

資料③ 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<p><u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする</p>
<p><u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p><u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といいい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p><u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p><u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p><u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p><u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

資料4 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領

本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン（以下、「介護予防サービス計画等」という。）の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することが出来るものとする。

1 「利用者基本情報」

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③ 「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

④ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

⑤ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住지를記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害者等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬ 「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯ 「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場

合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑱ 「現在利用しているサービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

2 「介護予防サービス・支援計画書」

① 「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。

認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦ 「要支援1・要支援2 地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から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）を『利用する場合は「地域支

援事業」に○を付す。

⑧ 「計画作成者」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪ 「計画作成（変更）日（初回作成日）」

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑫ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者として修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではない。

「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

⑬ 「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族 などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑯ 「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、

その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

⑰ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけでなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑲ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

⑳ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここでは、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉑ 「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（民間サービス）」 「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」

「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（民間サービス）」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉒ 「【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

㉓ 「サービス種別」

「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（民間サービス）」 「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉔ 「事業所（利用先）」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉕ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

⑳ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉑ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

㉒ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。）

㉓ 「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ 「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

4 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

③ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

④ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

⑤ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦ 「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

⑧ 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

⑨ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

⑩ 「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにし印を付す。

NO.	介護予防サービス・支援計画書		年度	年月日	年 月 日	年 月 日	認定の有効期間	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
利用者名	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
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(道轄先)										
計画作成(変更)日	年 月 日 (計画作成日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施する生活	※利用者が今後どのような生活を望みたいか、利用者が介護予防へ取り組み始めるきっかけとなるものを記入 ※当地域包括支援センター: 〃										
1日	具体的ななおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化										
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)	目標	本人等のセルフケアフォーラムサービス	介護保険サービス	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について	口有 口無	<p>記載内容: 利用者の生活全体の課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけて統合した内容を記載。</p> <p>ポイント: ①課題が統合されて記載されているか。②利用者にどういった優先順位の高い順で課題を列挙できているか。③意向や目標、具体策の記載になっていないか。</p> <p>留意事項: 複数の領域それぞれに課題があっても、その課題の原因や背景等が同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</p>	<p>記載内容: 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>ポイント: ①目標が具体的に何を達成するものか。②具体的な行動(ToDo)を挙げる。③予防事業や給付サービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 利用者や家族に対しては、専門者として利用者にとって最も適した具体的な目標と具体策について、支援者(ケアマネジャー等)と話し合い、その提案が目標と支援内容につながる。</p>	<p>記載内容: 利用者、家族ともに考えた目標を記載する。①記載内容と具体策が一致しているか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p> <p>ポイント: ①記載内容が実現可能なものであるか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p>	<p>記載内容: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。②具体的な支援内容を記載しているか。③セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p>	<p>記載内容: 介護保険サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①介護保険サービスの利用について記載しているか。②介護保険サービスの利用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 介護保険サービスの利用について記載しているか。</p>	<p>記載内容: サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①サービスの内容を記載しているか。②サービスの内容を記載しているか。</p> <p>留意事項: サービスの内容を記載しているか。</p>				
日常生活(家庭生活)について	口有 口無	<p>記載内容: 身の回りのことや家事全般などについて、事業名を記載。預貯金の出入れや日用品の買い物の状況等。</p>	<p>記載内容: 利用者の生活全体の課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけて統合した内容を記載。</p> <p>ポイント: ①課題が統合されて記載されているか。②利用者にどういった優先順位の高い順で課題を列挙できているか。③意向や目標、具体策の記載になっていないか。</p> <p>留意事項: 複数の領域それぞれに課題があっても、その課題の原因や背景等が同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</p>	<p>記載内容: 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>ポイント: ①目標が具体的に何を達成するものか。②具体的な行動(ToDo)を挙げる。③予防事業や給付サービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 利用者や家族に対しては、専門者として利用者にとって最も適した具体的な目標と具体策について、支援者(ケアマネジャー等)と話し合い、その提案が目標と支援内容につながる。</p>	<p>記載内容: 利用者、家族ともに考えた目標を記載する。①記載内容と具体策が一致しているか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p> <p>ポイント: ①記載内容が実現可能なものであるか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p>	<p>記載内容: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。②具体的な支援内容を記載しているか。③セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p>	<p>記載内容: 介護保険サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①介護保険サービスの利用について記載しているか。②介護保険サービスの利用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 介護保険サービスの利用について記載しているか。</p>	<p>記載内容: サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①サービスの内容を記載しているか。②サービスの内容を記載しているか。</p> <p>留意事項: サービスの内容を記載しているか。</p>			
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて	口有 口無	<p>記載内容: 近隣の交流やコミュニケーション能力、対人関係や趣味等に關することについて事業を記載。</p>	<p>記載内容: 利用者の生活全体の課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけて統合した内容を記載。</p> <p>ポイント: ①課題が統合されて記載されているか。②利用者にどういった優先順位の高い順で課題を列挙できているか。③意向や目標、具体策の記載になっていないか。</p> <p>留意事項: 複数の領域それぞれに課題があっても、その課題の原因や背景等が同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</p>	<p>記載内容: 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>ポイント: ①目標が具体的に何を達成するものか。②具体的な行動(ToDo)を挙げる。③予防事業や給付サービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 利用者や家族に対しては、専門者として利用者にとって最も適した具体的な目標と具体策について、支援者(ケアマネジャー等)と話し合い、その提案が目標と支援内容につながる。</p>	<p>記載内容: 利用者、家族ともに考えた目標を記載する。①記載内容と具体策が一致しているか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p> <p>ポイント: ①記載内容が実現可能なものであるか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p>	<p>記載内容: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。②具体的な支援内容を記載しているか。③セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p>	<p>記載内容: 介護保険サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①介護保険サービスの利用について記載しているか。②介護保険サービスの利用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 介護保険サービスの利用について記載しているか。</p>	<p>記載内容: サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①サービスの内容を記載しているか。②サービスの内容を記載しているか。</p> <p>留意事項: サービスの内容を記載しているか。</p>			
健康管理について	口有 口無	<p>記載内容: 健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安全性の有無や清潔保持についての状況を記載。</p>	<p>記載内容: 利用者の生活全体の課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけて統合した内容を記載。</p> <p>ポイント: ①課題が統合されて記載されているか。②利用者にどういった優先順位の高い順で課題を列挙できているか。③意向や目標、具体策の記載になっていないか。</p> <p>留意事項: 複数の領域それぞれに課題があっても、その課題の原因や背景等が同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</p>	<p>記載内容: 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>ポイント: ①目標が具体的に何を達成するものか。②具体的な行動(ToDo)を挙げる。③予防事業や給付サービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 利用者や家族に対しては、専門者として利用者にとって最も適した具体的な目標と具体策について、支援者(ケアマネジャー等)と話し合い、その提案が目標と支援内容につながる。</p>	<p>記載内容: 利用者、家族ともに考えた目標を記載する。①記載内容と具体策が一致しているか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p> <p>ポイント: ①記載内容が実現可能なものであるか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p>	<p>記載内容: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。②具体的な支援内容を記載しているか。③セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p>	<p>記載内容: 介護保険サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①介護保険サービスの利用について記載しているか。②介護保険サービスの利用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 介護保険サービスの利用について記載しているか。</p>	<p>記載内容: サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①サービスの内容を記載しているか。②サービスの内容を記載しているか。</p> <p>留意事項: サービスの内容を記載しているか。</p>			
健康状態について	口有 口無	<p>記載内容: 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点</p>	<p>記載内容: 利用者の生活全体の課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけて統合した内容を記載。</p> <p>ポイント: ①課題が統合されて記載されているか。②利用者にどういった優先順位の高い順で課題を列挙できているか。③意向や目標、具体策の記載になっていないか。</p> <p>留意事項: 複数の領域それぞれに課題があっても、その課題の原因や背景等が同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</p>	<p>記載内容: 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>ポイント: ①目標が具体的に何を達成するものか。②具体的な行動(ToDo)を挙げる。③予防事業や給付サービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 利用者や家族に対しては、専門者として利用者にとって最も適した具体的な目標と具体策について、支援者(ケアマネジャー等)と話し合い、その提案が目標と支援内容につながる。</p>	<p>記載内容: 利用者、家族ともに考えた目標を記載する。①記載内容と具体策が一致しているか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p> <p>ポイント: ①記載内容が実現可能なものであるか。②記載内容が実現可能なものであるか。③1年間の目標とする生活へのステップアップを図れているか。</p>	<p>記載内容: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。②具体的な支援内容を記載しているか。③セルフケアフォーラムサービスの活用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 本人等がセルフケアフォーラムサービスを利用する目的や、具体的な支援内容を記載する。</p>	<p>記載内容: 介護保険サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①介護保険サービスの利用について記載しているか。②介護保険サービスの利用について記載しているか。</p> <p>留意事項: 介護保険サービスの利用について記載しているか。</p>	<p>記載内容: サービスの内容を記載する。</p> <p>ポイント: ①サービスの内容を記載しているか。②サービスの内容を記載しているか。</p> <p>留意事項: サービスの内容を記載しているか。</p>			

◆ポイント◆の斜字は白井市独自の取扱いです。

【本来行うべき支援が実施できない場合】
要当な支援の実施に向けた方針

●記載内容: 本来の支援を実施できない理由や、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

総合的な方針:生活不活発性の改善・予防のポイント

●記載内容: 利用者や家族、ケアチームのスタッフが生生活不活発性の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載

◆チェック項目◆

①具体的なサービスを記載していないか。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)サービス評価表					評価日
利用者名	計画作成者氏名				
目標	評価期間	目標達成状況	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画表の目標を記載 	<ul style="list-style-type: none"> ●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄から期間を転記 	<p>目標達成状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、具体的に記載する ●評価時に評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い介護予防ケアプランを見直す 	<p>目標達成しない原因 (本人・家族の意見)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●なぜ、目標が達成しなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する 	<p>目標達成しない原因 (計画作成者の評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●なぜ、目標が達成しなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する 	<p>今後の方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ●目標達成状況や目標を達成しない原因から、今後の方針について専門的な観点を踏まえて記載 ◆ポイント◆ 特に総合事業通所介護については、100%算定、80%算定の根拠を記載すること 例)自宅における入浴が難しく、また一部介助が必要なため、引き続き総合事業通所介護における支援が必要である。 例)従前相当利用の判断基準に該当とはならないが、利用継続を強く望まれており、事業所の受け入れも可能なことから総合事業通所介護(6月超)に移行し利用を継続する。
総合的な方針	地域包括支援センター意見				<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

資料5 総合事業における月額報酬サービスの日割り計算

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
	開始 <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"> ・公費適用の有効期間開始 	開始日
	<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合) 	資格取得日
	<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
	終了 <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
<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間終了 	終了日	
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。	-

資料6

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

◎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31年4月から適用》

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、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・総合事業通所介護(従前相当)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。

〈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中途における評価(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
訪問リハビリ・通所リハビリ・総合事業通所介護(従前相当)			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		【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】

【その他留意点】
 ※訪問リハビリ・通所リハビリ・総合事業通所介護(従前相当)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。
 ※基本チェックリストは、1年に1回は実施する。

資料7

白井市介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント委託業務マニュアル

このマニュアルは、地域包括支援センターが、指定介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務（以下「ケアマネジメント業務」）の委託に関し必要な事項を記載したものです。基本的な取扱いは、白井市指定介護予防支援等の人員及び運営並びに指定介護予防支援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を定める条例（平成27年白井市条例第3号）及び厚生労働省の解釈通知によるところとします。

【1】 ケアマネジメント業務と委託業務

1. ケアマネジメント業務

このマニュアルにおいてケアマネジメント業務とは、以下の①～⑬を指します。

- ①利用申込受付、重要事項説明及び契約締結業務
- ②介護予防サービス計画書（以下、「計画書」という。）作成のために必要な認定調査結果等の情報の収集業務
- ③アセスメント業務
- ④計画書原案の作成業務
- ⑤計画原案に係るサービス担当者会議の開催等による専門的意見の聴取業務
- ⑥計画の同意取得及び交付業務
- ⑦介護予防サービスなどの提供に係る連絡調整業務
- ⑧計画書の実施状況の把握業務
- ⑨計画書の達成状況に関する評価業務
- ⑩計画書の変更に係る上記第3号～6号に掲げる業務
- ⑪利用実績確認
- ⑫給付管理業務
- ⑬その他前各号の業務遂行に必要な業務

※上記⑬については、具体的には次のような業務が想定されます。

- ・事業対象者への移行に係る業務
- ・要支援認定申請（含更新・変更申請）に係る援助
- ・更新・変更申請の結果要介護者となった場合における居宅介護支援事業所への紹介、制度の説明等
- ・介護保険施設入所を希望する場合における要介護認定申請支援、希望施設への連絡調整等
- ・その他関係機関への連絡調整等、介護予防サービスの円滑利用に資すると認められる各業務

2. 委託業務

上記業務のうち、居宅介護支援事業所に委託する業務は③～⑪及び⑬となり、①・②及び⑫については、各地域包括支援センターが行います。

④により作成した介護予防サービス計画原案、⑤のサービス担当者会議等の結果修正した介護予防サービス計画原案、⑨で評価を行った支援評価表については、その内容を地域包括支援センターで確認させていただきます。

【2】委託する居宅介護支援事業所の要件及び委託契約

1. 委託要件

地域包括支援センターが委託できる居宅介護支援事業所は、居宅介護支援事業所又はこれを設置する法人が指定を受けているサービス提供事業所が、県又は市から指定の取り消し、停止等の処分を受けていない事業所とします。

2. 委託契約

業務委託契約期間は、契約締結日から当該締結日の属する年度の3月31日までとし、翌年度以降については、改めて契約を締結します。

年度当初契約を締結していなくても、年度途中での契約締結は随時可能です。

但し、年度途中での契約解除は、ケアマネジメント業務の委託に関する契約書第15条に掲げる発注者（地域包括支援センター）及び受注者（居宅介護支援事業所）ごとに定める契約解除要件に該当しない限り、解除することはできません。

3. 従業者数の届出

居宅介護支援事業所は、介護支援専門員数を従事者届出書により、委託契約締結時及び員数に変更があった場合に速やかに地域包括支援センターに報告してください。

4. ケアマネジメント業務の実施事業所の選定

新規事業対象者については、地域包括支援センターにおいて、最初の1クール（概ね6ヵ月）は介護予防ケアマネジメントを実施します。

1クール後の介護予防ケアマネジメントの実施事業所の選定（地域包括支援センターが行うか、居宅介護支援事業所に委託して行うか、委託するのであればどの居宅介護支援事業所に行うか等）については、利用者の選択を第一義として考慮し、以下の順序により行うものとします。

①利用者に地域包括支援センターでの作成を希望するか、居宅介護支援事業所での作成を希望するかを選択してもらう

②居宅介護支援事業所で作成を希望する場合は、希望の居宅介護支援事業所を選択してもらう。

※要介護者として居宅介護支援事業所がすでにかかわっていた場合は、優先的に当該居宅介護支援事業所を案内する。

- ③希望の居宅介護支援事業所が担当件数、受け入れ態勢などから実施困難な場合は他の居宅介護支援事業所を選択してもらう。
- ④ ②、③の結果、居宅介護支援事業所での実施が困難な場合は、地域包括支援センターが作成する。
- ※居宅介護支援事業所は、利用者に対し、引き続いて当該業務の提供が困難となった場合は、速やかに地域包括支援センターに連絡してください。

【3】委託業務実施上の留意事項

1. ケアマネジメント業務の実施に必要な様式

ケアマネジメント業務の実施に必要な書類は次の通りで、このうち居宅介護支援事業所が委託業務を実施するうえで使用する様式は⑤～⑭です。

- ①介護予防支援・サービス計画作成依頼届
- ②契約書
- ③重要事項説明書
- ④個人情報利用同意書
- ⑤利用者基本情報
- ⑥基本チェックリスト
- ⑦興味・関心チェックシート
- ⑧アセスメントシート（使用は任意）
- ⑨介護予防サービス・支援計画書
- ⑩介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- ⑪サービス利用票・別表
- ⑫サービス提供票・別表
- ⑬介護予防サービス・支援評価表
- ⑭従事者名簿
- ⑮給付管理票
- ⑯介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費

請求書

- ⑰介護予防支援介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業明細書

※①～④、⑧及び⑭は地域包括支援センター独自の様式です。

※⑦は一般社団法人作業療法士協会作成の様式です。

※ケアプランに係る地域包括支援センターへの提出書類は⑤、⑥、⑨、⑩、⑬です。

2. 利用者又は家族に係る個人情報の提供

ケアマネジメント業務を委託する場合、要支援認定者についてのみ地域包括支援センターは次の情報を居宅介護支援事業所に提供いたします。

- ①認定調査票（写）
- ②主治医意見書（写）

上記情報は、「個人情報利用同意書」により利用者及びその家族から同意を得たうえ

で提供いたしますので、サービス担当者会議等必要な場合は他の関係機関との連携等につきご使用いただいて差し支えありません。

但し、その場合は、当該個人情報につき第三者等に漏洩することの無いように十分に配慮を願います。また、このことは、委託終了後又は当該担当者がその職を引いた後についても同様です。

なお、利用者基本情報中の同意欄における利用者本人の署名・押印は、契約時に個人情報使用同意書をとるため、不要です。

3. 計画書の内容確認

計画書の内容確認（ケアプランチェック）は、原則サービス担当者会議に地域包括支援センター職員が参加し行います。

但し、サービス担当者会議に地域包括支援センター職員が参加できない場合は介護予防サービス計画原案作成後担当者会議前までに地域包括支援センターで確認を行いますので、事前提出をお願いします。

4. 評価結果の確認

計画期間の終了月には、介護予防サービス提供事業所から提供サービスの評価報告を受け、利用者宅を訪問したうえで、介護予防サービス計画の目標達成状況、支援内容の効果につき評価を行い、今後の対応方針（計画の終了、継続、変更）を、利用者とともに決定してください。

評価結果を介護予防サービス・支援評価表に記載の上、地域包括支援センターに提出してください。

5. 具体的なサービススケジュールの決定

介護予防サービス計画においては、具体的なサービススケジュール（利用日、利用時間帯、利用頻度等）は位置づけを行いません。これらスケジュールについては、介護予防サービス計画の提供を受けた各サービス提供事業所が、当該計画に沿い、個別サービス提供計画を作成し、その中で位置づけられることとなります。

居宅介護支援事業所は、各サービス事業所から個別サービス提供計画に位置付けられた具体的なサービススケジュールの連絡を受けたうえで、サービス利用票・別表、サービス提供票・別表を作成し利用者等に交付してください。

※サービス利用票・別表に利用者の押印の必要はありません。

6. 委託料の支払い要件

委託料の額は、介護報酬と同額としており、基本額として利用者一人につき月額4,563円、初回加算として利用者一人につき3,126円、委託連携加算として利用者一人につき（1回限り）3,126円とします。

委託料は、基本額、加算額ともに、ケアマネジメントの提供を行った利用者が、現に

介護予防サービス等を利用し、月末に居宅介護支援事業所が利用実績確認を行った場合で、かつ、地域包括支援センターが国民健康保険団体連合会に介護報酬請求を行った場合に支払います。

※月途中で変更申請等により要介護者になった場合や、介護予防サービスの利用実績がなかった場合は、地域包括支援センターで給付管理業務を行いませんので、委託料は発生しません。

※初回加算については、仮に当該居宅介護支援事業所が初めて介護予防支援を提供する場合であっても他の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターで既に介護予防支援の提供実績がある場合は、初回加算としての委託料支払いはありません。

※過去のアセスメント内容や計画書等については、情報提供します。

※委託連携加算については、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託をする際に、当該利用者に係る情報提供や介護予防サービス計画書の作成等に協力した場合に算定が可能となります。

白 高 第 3 6 0 号
平成 3 0 年 9 月 7 日

指定居宅介護支援事業者
地域包括支援センター 管理者各位

白井市福祉部高齢者福祉課長

要介護認定等申請期間中のサービス利用と費用の関係及び給付管理
に係る事務処理について

平素より当市の介護保険事業の適切な運営に御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、要介護認定等申請者が、申請期間中に暫定プランに基づき介護給付サービス及び予防給付サービス並びに総合事業サービスを利用したものの認定区分の見込みと違う認定結果が出た場合における、サービス利用と費用の関係及び給付管理に係る事務処理の取扱いについて、別紙のとおり整理しましたので、通知します。

各事業者におかれましては、本通知を参考に、介護保険制度の適正な運用を行っていただきますようお願いいたします。

白井市福祉部高齢者福祉課介護保険班
〒270-1492
白井市復1123
電話047-497-3473（直通）

要介護認定等申請期間中のサービス利用と費用の関係及び給付管理に係る事務処理について

要介護認定等申請者が、申請期間中に暫定プランに基づき介護給付サービス及び予防給付サービス（以下「給付サービス」という。）並びに総合事業サービスを利用したが認定区分の見込みと違う認定結果が出た場合における、サービス利用と費用の関係及び給付管理における事務処理について、以下のとおり取扱うこととする。

1 申請期間中のサービス利用と費用の関係について

利用したサービスと認定区分により、以下のとおり取り扱う。

(1) 要支援を見込んで介護予防支援（介護予防ケアマネジメントを含む。以下同じ。）の暫定プランに基づき総合事業サービスを利用したが、要介護認定が出た場合

暫定プランに位置付けられた総合事業サービスが、居宅サービス事業者の指定を受けている事業者から提供されているときは当該サービスを介護給付として取り扱い、指定を受けていない場合は総合事業サービス利用分は全額自己負担となる。

なお、利用者があらかじめ総合事業対象者の認定を受けていた場合、認定結果の出た日以前の総合事業サービス利用分は総合事業から支給を受け、認定日以降は要介護者として介護給付から支給を受ける。

（「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」P 1 2 2 参照）

(2) 要支援を見込んで介護予防支援の暫定プランに基づき総合事業サービスと給付サービスを利用したが、要介護認定が出た場合

暫定プランに位置付けられた総合事業サービス及び予防給付サービスが、居宅サービス事業者の指定を受けている事業者から提供されているときは当該サービスを介護給付として取り扱い、指定を受けていない場合は総合事業サービス及び予防給付サービス利用分は全額自己負担となる。

なお、利用者があらかじめ総合事業対象者の認定を受けていた場合、給付サービスの利用を開始するまでの間は事業対象者として取り扱い、総合事業サービス利用分は総合事業から支給を受ける。給付サービス利用開始後は、利用開始日に遡って要介護者として取り扱うか、総合事業対象者として取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、総合事業サービス利用分は全額自己負担になり、給付サービスの利用分は介護給付から支給を受ける。

- ② 事業対象者として取り扱うのであれば、総合事業サービス利用分は総合事業から支給を受け、給付サービスの利用分は全額自己負担となる。「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年3月31日版】問4参照)

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年3月31日版】

問4 基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答) 要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため 総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

(3) 要介護を見込んで居宅介護支援の暫定プランに基づき給付サービスを利用したが、要支援認定が出た場合

暫定プランに位置付けられた介護給付サービスが、介護予防サービス事業者（訪問介護及び通所介護にあつては総合事業サービス事業者）の指定を受けている事業者から提供されているときは当該サービスを予防給付（訪問介護及び通所介護にあつては総合事業）として取り扱い、指定を受けていない場合は介護給付サービス利用分は全額自己負担となる。

(4) 暫定プランでサービスを利用していたが認定結果が非該当だった場合

利用したサービスは全額自己負担となる。なお、利用者があらかじめ総合事業対象者の認定を受けていた場合であつて、暫定プランに位置付けられた介護サービスが総合事業サービス事業者の指定を受けている事業者から提供されているときは、当該サービスを総合事業として取り扱う。

2 給付管理について

月末時点での認定区分の取扱いにより、給付管理を行う事業者を判断する。

- **事業対象者又は要支援者として取り扱う場合**
地域包括支援センターが給付管理を行う。
- **要介護者として取り扱う場合**
居宅介護支援事業者が給付管理を行う。

なお、事業者による給付管理ができない場合は、事業者が作成した暫定プランを自己作成したもののみなし、給付管理票の作成は市が行う。利用者は、速やかに別紙様式1「自己作成サービス計画届出書」、「自己作成したケアプラン」、「サービス利用票」及び「サービス利用票別表」を市に提出する。

- ※ 事業者による給付管理ができない場合とは、以下のようなケースが考えられる。
- ・ 要支援を見込んで地域包括支援センターが暫定プランを作成して給付のサービスを利用したが要介護認定が出た場合
 - ・ 要介護認定を見込んで居宅介護支援事業者が暫定プランを作成してサービスを利用したが要支援認定が出た場合で、プランを作成した事業者が地域包括支援センターから介護予防支援の委託を受けられない場合

いずれのケースについても、暫定プランを作成した事業者は、利用者に給付がなされるよう、適切な支援を行うこと。

3 居宅サービス計画作成依頼の届出について

利用者は、介護保険サービスを利用する場合、居宅介護支援又は介護予防支援を受けることについてあらかじめ「居宅サービス計画作成依頼（変書）届出書」（「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」）により市に届け出る必要がある。しかし、要介護認定等申請期間中に暫定プランに基づき給付サービス又は総合事業サービスを利用する場合に限り、認定結果の確認後に届出を行うことを認めるものとし、届出日はサービス利用開始日以前に遡及して適用する。その際、利用者は、認定結果確認後速やかに届出を行うこと。

4 要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合の届出について

利用者が、要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを受け事業対象者の基準に該当していたため暫定プランで総合事業サービスを利用していたが認定結果が非該当だった場合は、認定結果確認後速やかに「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」と「基本チェックリスト」を市に届け出ること。届出日はサービス利用開始日以前に遡及して適用する。その際、利用者は、認定結果確認後速やかに届出を行うこと。