

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル (案)

# — 目 次 —

## I 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の概要について

- 1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨……………1
- 2 本市における新しい総合事業の実施方針……………2
- 3 本市の新しい総合事業……………4

## II 介護予防ケアマネジメントの概要

- 1 位置づけ……………10
- 2 基本的な考え方……………10
- 3 類型と考え方……………11
- 4 実施主体……………12

## III 介護予防・生活支援サービス事業利用までの流れ(新規)

- 1 相談……………14
- 2 基本チェックリストの実施……………15
- 3 介護予防ケアマネジメント利用の手続き……………16
- 4 事業対象者との契約締結, 重要事項説明……………18
- 5 アセスメント……………18
- 6 ケアプラン原案またはケアマネジメント結果作成……………19
- 7 サービス担当者会議……………23
- 8 利用者への説明・同意・ケアプラン確定……………23
- 9 交付……………23
- 10 モニタリング……………23
- 11 評価……………25

## IV 介護予防・生活支援サービス事業利用までの流れ(更新)

- 1 相談……………26
- 2 基本チェックリストの実施……………27
- 3 事業対象者の有効期間の更新……………27

## V 報酬(単価, 加算), 支払

1 単価および加算	29
2 予防給付およびサービス事業を併用する場合の取り扱い	30
3 請求および支払	32

## VI 留意事項

1 要介護等認定申請を並行している場合の取り扱い	35
2 月途中での介護給付サービスの利用	36
3 生活保護受給者の対応	36
4 要支援者のサービス事業の利用	36
5 住民登録地や保険者が居住市町村と異なる場合の取り扱い	37
6 介護保険料滞納者のサービス事業の利用制限	38
7 在宅高齢者等サービス事業の利用	38

## VII 各種様式・資料

様式1 基本チェックリスト	45
様式2 基本チェックリストについての考え方	47
様式3 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書	49
様式4 介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書	50
様式5 興味・関心チェックシート	51
様式6 利用者基本情報	52
様式7 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)	54
様式8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	55
様式9 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	56
様式10 介護給付費請求書	57
様式11 介護予防支援介護給付費明細書	58
様式12 給付管理票	59
別添1 介護予防・生活支援サービス事業相談内容確認表	60
別添2 介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書(例)	62
別添3 介護予防支援および介護予防ケアマネジメント契約書(例)	66
別添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	70



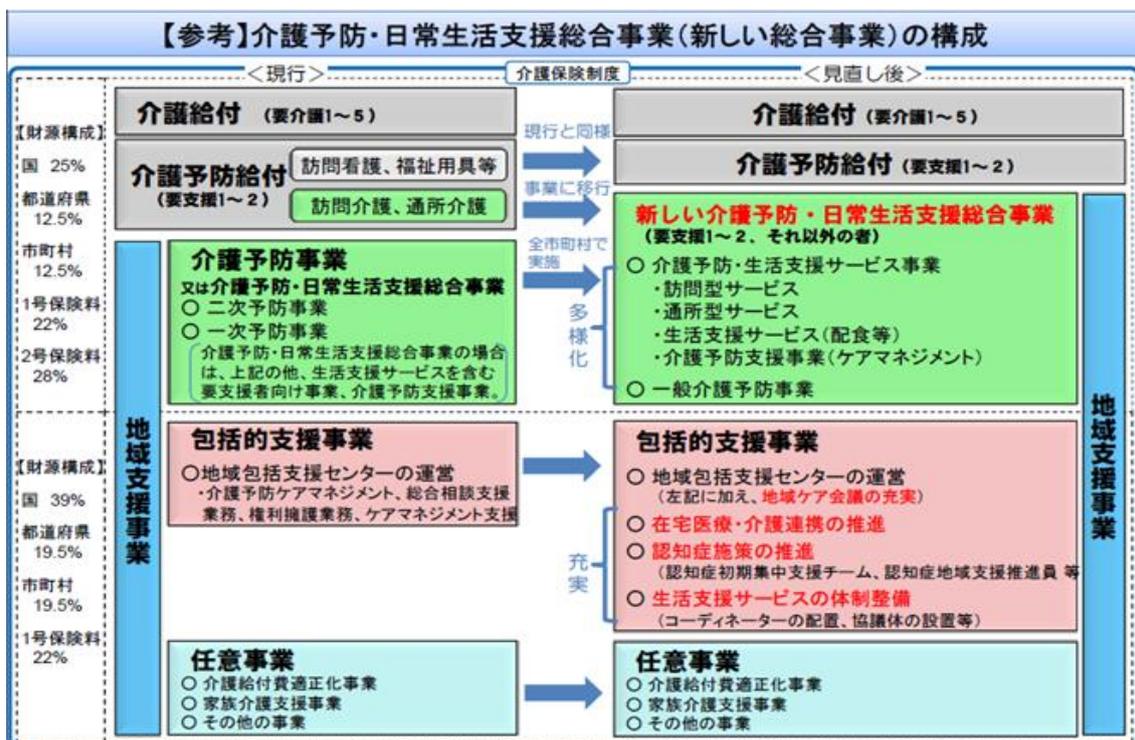
# I 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の概要について

## 1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨

(国のガイドラインより引用)

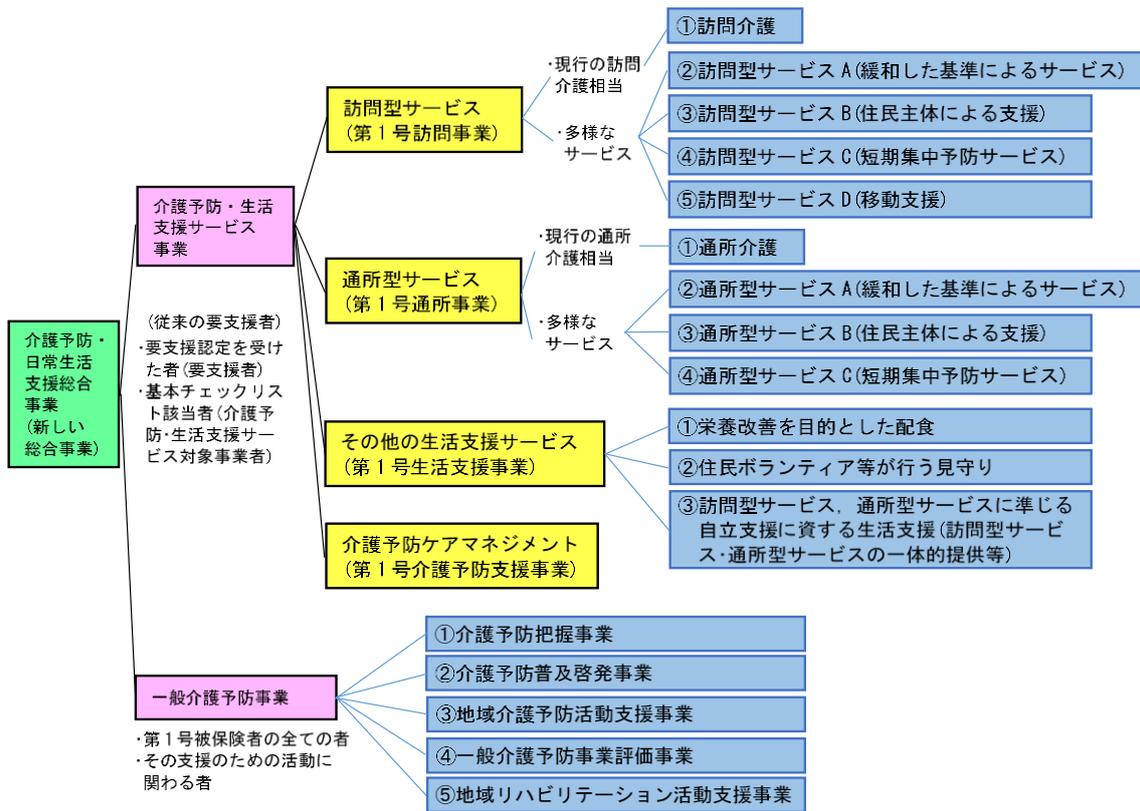
- ・ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっている。
- ・ 新しい介護予防・日常生活支援総合事業(以下「新しい総合事業」という。)は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。
- ・ 要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、これまで全国一律のものとして提供されていた介護予防の訪問介護・通所介護を、市町村の実施する新しい総合事業に移行し、要支援者等の能力を最大限活かしつつ、「これまでの介護予防の訪問介護・通所介護」と「住民等が参画する多様なサービス」を総合的に提供可能な仕組みに見直す。

<新しい総合事業の構成>



(資料:厚生労働省)

<国が示す新しい総合事業の構成例>



## 2 本市における新しい総合事業の実施方針

### (1) 実施方針

- ・ 2025(平成37)年には団塊の世代が75歳を超え、要介護状態や要支援状態(以下「要介護状態等」という。)となるおそれの高い後期高齢者(75歳以上)人口は増加し続ける一方、生産年齢(15～64歳)人口は減少していき、「支えられる側」と「支える側」の人口バランスが年々厳しい状況となっていく。
- ・ ひとり暮らし高齢者世帯や高齢者のみ世帯の増加に伴い、在宅生活を支えるための生活支援ニーズは急速に高まってくるほか、在宅介護のニーズが増加するなかで、それを支える生産年齢人口は減少が続き、需要の増加に応じた専門職の確保はますます困難になっていく。
- ・ 新しい総合事業の実施にあたっては、こうした担い手と需要の不均衡を少しでも改善していくことが重要であり、下記の2点を実施方針(目標)に掲げる。
  - ① 効果的な介護予防の取組により、要介護状態等となることを予防または軽減し、75歳以上になってもできる限り自立した生活を継続できるようにすること

- ② 介護職員に限定せず地域住民のほか、要介護状態等に至っていない高齢者も支える側に加わっていく状態をつくり、介護予防、社会参加、生活支援を同時に実現できるような地域での支え合いの仕組みを構築していくこと
- ・ 実施方針に基づき、「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。)」と「一般介護予防事業」について、次のとおり実施する。
- ※なお、既に要支援認定を受け、介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用している方は、平成 29 年 4 月以降、認定更新までは介護予防給付、認定更新後から新しい総合事業(サービス事業)となる。

## (2) 平成 29 年 4 月 1 日から実施する事業・サービス

### 【サービス事業(対象者:要支援 1~2, 基本チェックリスト該当者)】

#### ① 現行相当の訪問型・通所型サービス

現行の介護予防給付(訪問・通所介護)利用者へのサービス低下を招くことなく、かつ、円滑に新しい総合事業への移行を進めるため、指定事業者によるサービス実施とし、人員・設備・運営に関する基準や介護報酬・利用者負担割合は、現行どおり移行する。

#### ② 現行相当以外の多様なサービス

訪問型サービスにおいては、今後の生活援助サービスの利用増加と介護専門職(介護福祉士等)の不足に対処するため、日常の掃除・洗濯など家事支援のみを必要とする方については、一定の研修を受けた方もサービス提供できるよう、指定事業者による人員等に関する基準を緩和したサービス(A型)を実施する。

また、通所型サービスにおいては、要支援者等が自らの能力を最大限活用しつつ多様なサービスの利用を促す観点から、一定期間の訓練により生活機能の改善・維持が見込まれる方を対象に、保健・医療の専門職によるサービス(C型)を実施する。

#### ③ 介護予防ケアマネジメント

利用者の居住地を担当する地域包括支援センター(以下「包括」という。)または委託居宅介護支援事業所(以下「居宅」という。)は、要支援者等に対してアセスメント(課題分析等)を行い、心身の状況や希望等を踏まえて、利用するサービスの種類を定めたケアプランの作成、サービス事業者等との利用調整、サービスの案内等を行う。

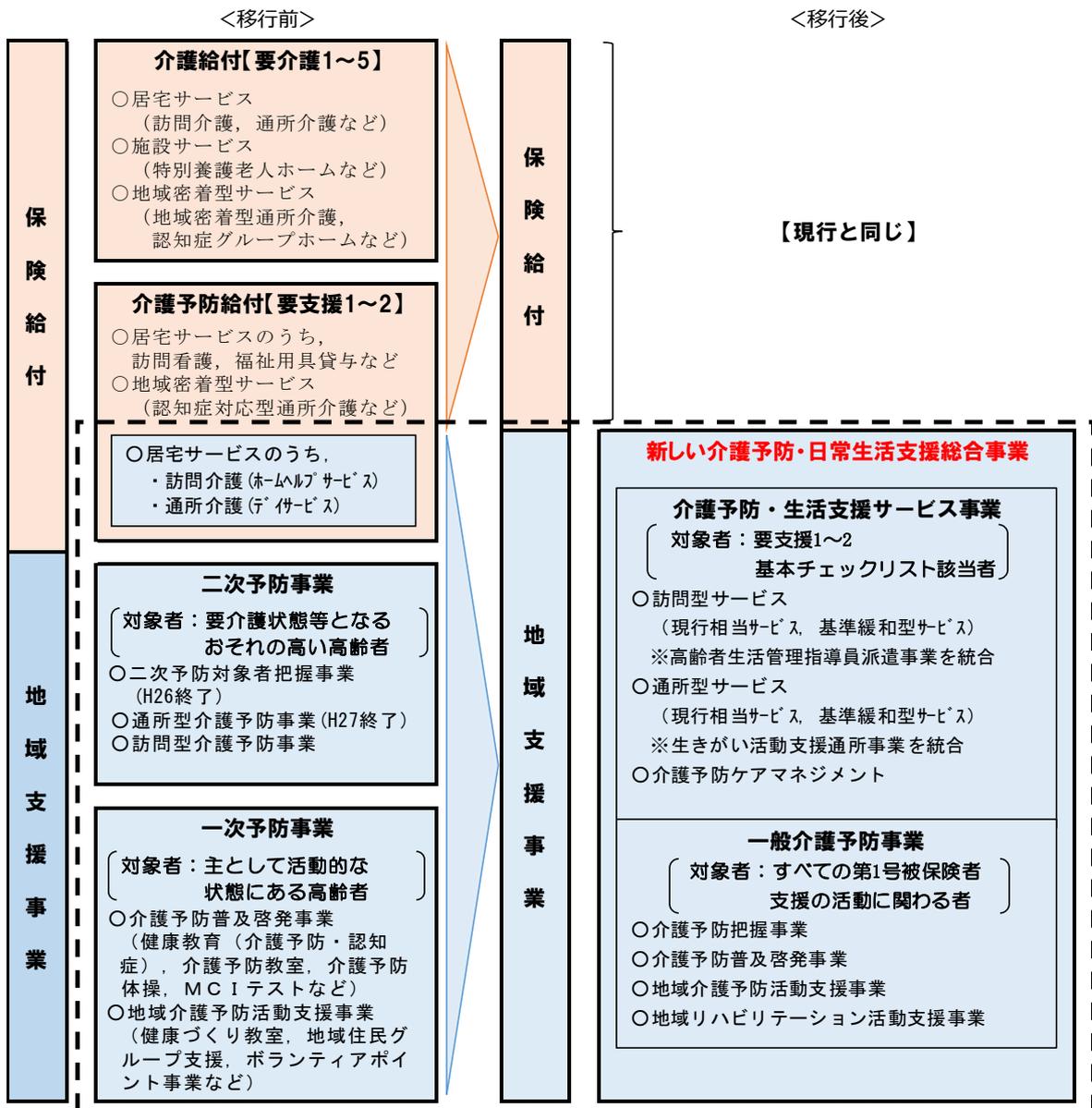
【一般介護予防事業(対象者:すべての第1号被保険者, 支援の活動に関わる者)】

現在実施している一次予防事業(主として活動的な高齢者を対象), 二次予防事業(要介護状態等となるおそれのある高齢者を対象)を, すべての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」として再構築し, 高齢者本人の社会参加の促進や, 通いの場の拡充を含めたより効果的・効率的な介護予防の取組を推進する。

※なお, 平成 29 年 4 月以降も, 生活支援体制整備事業での議論も踏まえ, 多様なサービスの実施について検討を進めていく。

### 3 本市の新しい総合事業

#### (1) 事業の構成図



(2) サービス事業の概要

① 訪問型・通所型サービス

訪問型サービス		
種 別	国基準訪問型 (現行の介護予防訪問介護に相当)	訪問型 A (基準緩和型サービス)
内 容	身体介護または身体介護を伴う生活援助	生活援助のみ
利用者の 状態像	・身体機能や認知機能の低下等があり、身体介護などの専門的支援を必要とする方 ・既に訪問介護を利用中で、利用継続を必要とする方	・身体介護を必要としない、日常の掃除・洗濯などの家事支援のみ必要とする方
サービス 提供者	指定介護サービス事業者の訪問介護員(介護福祉士、介護職員初任者研修の修了者等)	指定介護サービス事業者の訪問介護員および一定の研修修了者 ※「一定の研修修了者」とは、市が指定する旧ヘルパー3級に準じる研修の修了者
費用単価	現行の介護報酬単価と同額(月額包括報酬) ・週1回程度 11,680円/月 ・週2回程度 23,350円/月 ・週3回程度 37,040円/月 ※加算・減算も現行どおりとする。	単価報酬 ・2,220円/回(1回60分・週2回まで) 【例】 ・週1回 8,880円/月 ・週2回 17,760円/月 ※特別地域加算・小規模事業所加算・中山間地域等提供加算・同一建物利用者減算を適用する。
利用者 負担	・定率 (負担割合証の割合 1割または2割)	・定率 (負担割合証の割合 1割または2割)
実施方法	事業者指定	事業者指定
指定基準	現行の指定基準(市条例)と同様の基準を設定	国のガイドラインにより人員・運営基準を緩和

通 所 型 サ ー ビ ス		
種 別	国基準通所型 (現行の介護予防通所介護に相当)	通所型C (基準緩和型サービス)
内 容	日常生活上の介護および機能訓練	運動機能や口腔機能向上の訓練 (3～6 か月の短期間で実施)
利用者の 状態像	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体機能や認知機能の低下等があり, 通所介護などの専門的支援を必要とする方</li> <li>・既に通所介護を利用中で, 利用継続を必要とする方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動器や口腔機能の低下等があり, 一定期間機能訓練を受けることにより, 機能の維持・改善が見込まれる方</li> </ul>
サービス 提供者	指定介護サービス事業者	指定介護サービス事業者
費用単価	現行の介護報酬単価と同額(月額包括報酬) <b>【要支援認定を受けている方】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援1 16,470円/月</li> <li>・要支援2 33,770円/月</li> </ul> ※加算・減算も現行どおりとする。	単価報酬 <ul style="list-style-type: none"> <li>・1,400円/時間</li> <li>運動:1回1時間または2時間・週1回</li> <li>口腔:1回1時間・月1～2回</li> <li>・送迎加算 470円(片道)</li> </ul> <b>【例】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動を週1回2時間・送迎なし 11,200円/月</li> <li>・運動を週1回2時間・送迎あり 14,960円/月</li> </ul> ※中山間地域等提供加算・送迎加算・定員超過利用減算・介護職員欠員減算を適用する。
利用 者 負 担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定率</li> </ul> (負担割合証の割合 1割または2割)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定率</li> </ul> (負担割合証の割合 1割または2割)
実施方法	事業者指定	事業者指定
指定基準	現行の指定基準(市条例)と同様の基準を設定	国のガイドラインにより人員・運営基準を緩和

② 介護予防ケアマネジメント

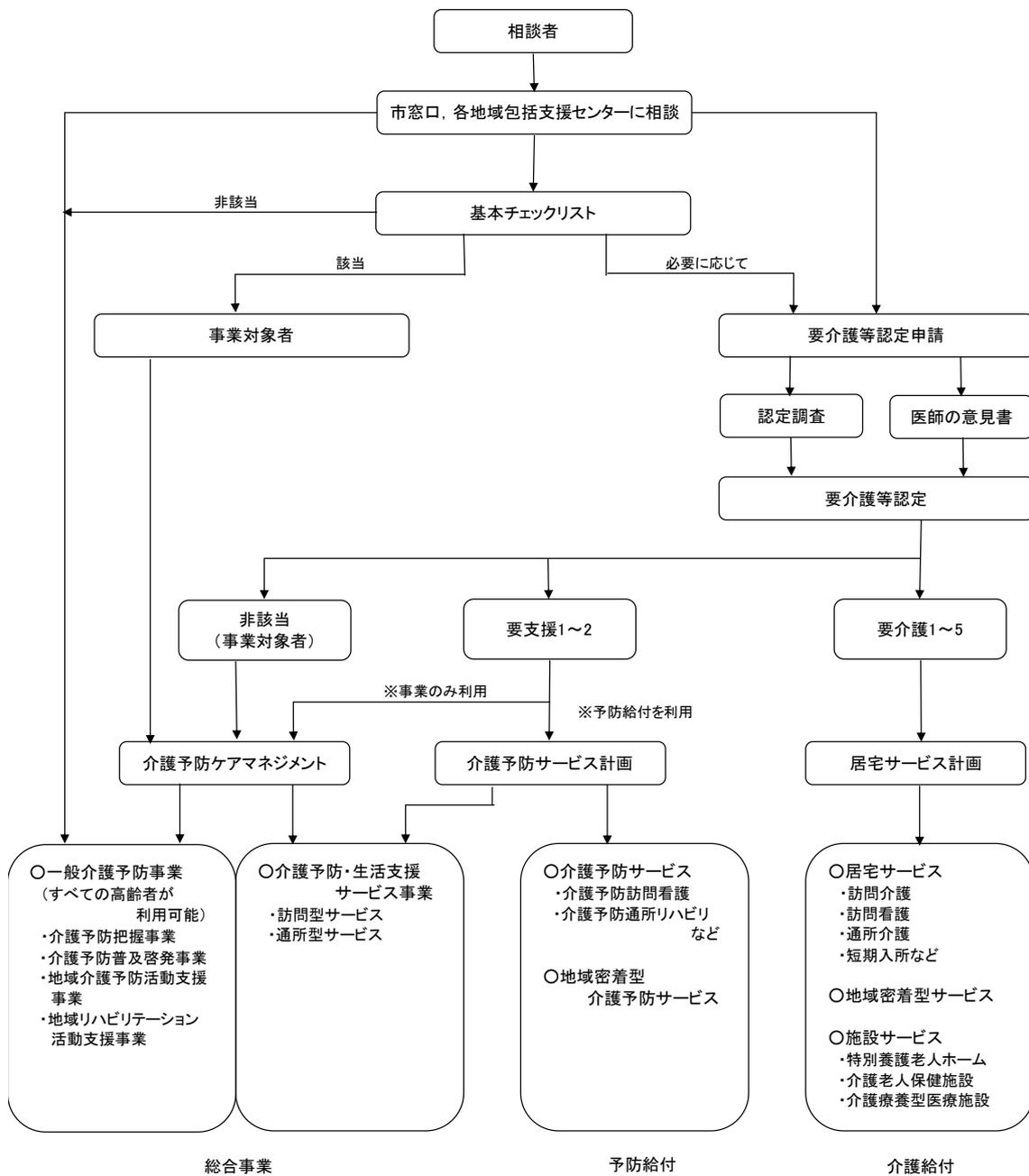
介護予防ケアマネジメント		
種 別	ケアマネジメントA（原則的）	ケアマネジメントC（初回のみ）
内 容	利用者の介護予防および自立支援を目的として、心身その他の状況に応じて、本人の選択により適切なサービスが提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。	
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定事業所のサービスを利用する方</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断する方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメントの結果、指定事業所以外のサービスや一般介護予防事業、介護保険制度外のサービス等を利用する方</li> </ul>
実施方法	アセスメント→サービス担当者会議→ケアプラン作成→モニタリング、給付管理	アセスメント→ケアマネジメント結果作成（初回のみ実施）
費用単価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の予防支援費と同額（4,300円／月）</li> <li>※加算も現行どおりとする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の予防支援費と同額（4,300円／月、初月のみ）</li> <li>※加算は設定しない。</li> </ul>
利 用 者 負 担	な し	
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業対象者本人が居住する「高齢者あんしん相談窓口 地域包括支援センター」が実施</li> <li>・地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業対象者本人が居住する「高齢者あんしん相談窓口 地域包括支援センター」が実施</li> </ul>

③ 一般介護予防事業

一 般 介 護 予 防 事 業		
種 別	①介護予防把握事業	②介護予防普及啓発事業
内 容	閉じこもり等の何らかの支援を要する方を早期に把握し、介護予防活動へつなげる。	介護予防に関する基本的な知識の普及啓発や、これに資する健康教育、介護予防教室等を開催し、地域における自発的な介護予防活動の育成および支援を行う。
実施方法	<p>高齢者見守りネットワーク事業(※)や地域包括支援センターでの総合相談支援業務等により、対象者の把握に努める。</p> <p>※介護サービス等の未利用者や民生委員との関わりがない等の者に対して、地域包括支援センターが訪問、実態把握を行い、必要に応じて介護サービス利用や定期的な見守り等につなげる事業</p>	<p>(平成 28 年度実施事業)</p> <p>①町会や老人クラブ等に対する介護予防や認知症に関する健康教育</p> <p>②各種介護予防教室の開催</p> <p>ア)転倒骨折予防 イ)マシントレーニング ウ)水中運動 エ)認知機能低下予防 オ)口腔機能向上</p> <p>カ)東部地域への出張型教室</p> <p>③ご当地体操の製作および普及啓発</p> <p>④軽度認知障害(MCI)スクリーニングテスト</p> <p>※平成 29 年度以降も各事業の実施について検討</p>

一 般 介 護 予 防 事 業		
種 別	③地域介護予防活動支援事業	④地域リハビリテーション活動支援事業
内 容	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。	ケアマネジメントや地域の介護予防活動等へのリハビリテーション専門職(※)の関与を促進し、地域における介護予防の機能強化を図る
実施方法	<p>(平成 28 年度実施事業)</p> <p>①介護予防や認知症予防等に取り組む住民の自主グループ活動を支援</p> <p>②骨コツ貯筋くらぶ事業(東部地域対象)</p> <p>③介護支援ボランティアポイント事業</p> <p>④高齢者の生きがいと健康づくり推進事業(地域包括支援センターによる健康づくり教室の開催および自主活動化への支援)</p> <p>※平成 29 年度以降も各事業の事業の実施について検討するほか、通いの場の拡充に向けて検討</p>	<p>(今後実施を検討)</p> <p>①アセスメント時やサービス担当者会議におけるケアマネジメントの支援</p> <p>②地域住民や介護職員等への介護予防に関する技術的助言</p> <p>(※)理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士を想定</p>

### (3) サービス利用の流れ



## II 介護予防ケアマネジメントの概要

### 1 位置づけ

新しい総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者および基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者(以下「事業対象者」という。)に対して、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

### 2 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ある。

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、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報を得ていくとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

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当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はなく、地域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ある。

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、具体的にサービス事業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る。

### 3 類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型で実施する。

#### (1) 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)

包括が、現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回およ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する。

それ以外の月においても可能な限り利用者と面接するよう努めるとともに、面接が出来ない場合は電話等により利用者との連絡を実施する。

#### (2) 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)

函館市では実施しない。

#### (3) ケアマネジメントC(初回のみ介護予防ケアマネジメント)

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果(「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。

その後は、包括によるモニタリングは行わない。

利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、包括によるケアマネジメントに移行する。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
サービス種別	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問型サービス                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・国基準訪問型</li> <li>・訪問型A</li> </ul> </li> <li>○ 通所型サービス                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・国基準通所型</li> <li>・通所型C</li> </ul> </li> <li>○ その他地域包括支援センターが必要とするサービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般介護予防事業                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防教室</li> <li>・介護支援ボランティアポイント事業</li> <li>・健康づくり教室</li> </ul> </li> <li>○ 介護保険以外のサービス</li> </ul>
ケアマネジメントの流れ	アセスメント ↓ ケアプラン原案作成 ↓ サービス担当者会議 ↓ 利用者への説明・同意 ↓ ケアプランの確定・交付 ↓ サービス利用開始 ↓ モニタリング(給付管理) ↓ 評価	アセスメント ↓ ケアマネジメント結果案作成 ↓ 利用者への説明・同意 ↓ 利用するサービス提供者等への説明送付 ↓ サービス利用開始

#### 4 実施主体

利用者本人の住民登録地を担当する包括において、実施する。

介護予防ケアマネジメントは、包括に配置されている3職種(保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員)のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができる。

また、ケアマネジメントAについては、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、包括が業務の一部を居宅に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能である。ただし、初回の介護予防ケアマネジメント実施時には、包括が立ち会うように努めなければならない。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、包括の実施件数、居宅の受託件数の制限は設けていないが、包括における包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。

ポイント

『居宅介護支援費の逡減制について』

- 居宅介護支援費の請求にあたっては、居宅介護支援の件数と介護予防支援の受託件数が、ケアマネジャー1人あたり39件（介護予防支援は1/2換算）を超えた場合に、居宅介護支援費が逡減される。
- 総合事業の介護予防ケアマネジメントの受託件数は、上記の逡減制には関係しない。ただし、介護予防ケアマネジメントの対象者が、予防給付によるサービスの利用を開始した場合、上記の逡減制に関係することから、受託件数には注意が必要である。

(例)



### Ⅲ 介護予防・生活支援サービス事業利用までの流れ(新規)

#### 1 相談

- ① 表 2「相談・基本チェックリスト実施窓口」に本人等が来所するか、包括、居宅が本人宅を訪問する。
- ② 別添 1「介護予防・生活支援サービス事業相談内容確認票」に基づき、相談目的や利用するサービスの聞き取りを行う。
- ③ サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明を行う。サービス事業については、リーフレット等を用い、目的、内容、メニュー、手続き等について、十分説明を行う。

表 2 相談・基本チェックリスト実施窓口

実 施 窓 口	相談	チェックリスト (新規)	チェックリスト (更新)
高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口	○	○(本人のみ)	○(本人のみ)
亀田福祉課介護・高齢・障がい相談窓口	○	○(本人のみ)	×
湯川支所 湯川福祉課	○	○(本人のみ)	×
銭亀沢支所	○	×	×
戸井支所 市民福祉課	○	○(本人のみ)	○(本人のみ)
恵山支所 市民福祉課	○	○(本人のみ)	○(本人のみ)
椴法華支所 市民福祉課	○	○(本人のみ)	○(本人のみ)
南茅部支所 市民福祉課	○	○(本人のみ)	○(本人のみ)
地域包括支援センター	○	○	○
指定居宅介護支援事業所	○	○	○

※市役所窓口(各支所)に本人以外が来所した場合、基本チェックリストは地域包括支援センターが訪問等により本人と面接をした上で、実施する。

## ポイント

### 『基本チェックリストを実施するかの判断』

- ① サービス事業の利用のみを希望している場合  
⇒「2 基本チェックリストの実施」へ  
⇒本人が要介護等認定申請を希望する場合は、基本チェックリストは実施せず、要介護等認定申請を受ける
- ② 予防給付によるサービスの利用を希望している場合  
⇒予防給付によるサービスのみを希望している場合は、基本チェックリストは実施せず、要介護等認定申請を受ける  
⇒サービス事業との併用を希望している場合は、要介護等認定申請を受けた上で、「2 基本チェックリストの実施」へ
- ③ 明らかに要介護等認定が必要、介護給付によるサービスを希望している場合  
⇒介護給付によるサービスのみを利用を希望している場合は、基本チェックリストは実施せず、要介護等認定申請を受ける  
⇒サービス事業との併用（認定結果が出るまでの間）を希望している場合は、要介護等認定申請を受けた上で、「2 基本チェックリスト」実施へ
- ④ 一般介護予防事業の利用のみを希望している場合  
⇒基本チェックリストは実施せず、希望するサービスへつなげる
- ⑤ 2号被保険者  
⇒基本チェックリストは実施せず、要介護等認定申請を受ける

## 2 基本チェックリストの実施

- ① サービス事業の利用を希望した場合、表 2「基本チェックリスト実施窓口」において、本人に対し様式 1「基本チェックリスト」を実施する。
- ② 様式 2「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、本人等に記入してもらう。
- ③ 表 3「事業対象者に該当する基準」に基づき、事業対象者に該当する基準に当てはまるかを確認し、結果を様式 1「基本チェックリスト」の点数記載欄および介護予防・生活支援事業欄に記載する。

表3 事業対象者に該当する基準

①	No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	全体
②	No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動領域
③	No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	栄養領域
④	No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔領域
⑤	No.16 に該当	閉じこもり
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	認知症領域
⑦	No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	うつ領域

**ポイント**

『基本チェックリスト実施後の動き』

- ①事業対象者に該当し、サービス事業の利用を希望している場合  
⇒「3 介護予防ケアマネジメント利用の手続き」へ
  - ②事業対象者に該当するが、明らかに要介護等認定申請が必要と判断した場合  
⇒要介護等認定申請を受け、「3 介護予防ケアマネジメント利用の手続き」へ
  - ③事業対象者に該当するが、一般介護予防事業のみを希望  
⇒希望するサービスへつなげる
  - ④事業対象者に該当しない  
⇒一般介護予防事業を紹介し希望するサービスへつなげるか、包括への相談を勧める
- ※③④の場合であっても、様式1「基本チェックリスト」を高齡福祉課高齡者・介護総合相談窓口へ提出する。

### 3 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

【市窓口(各支所)で基本チェックリストを実施した場合】

- ①事業対象者がサービス事業の利用を希望する場合、包括が介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために様式1「基本チェックリスト」を包括へ送達する旨を説明し、同意を得る。
- ②本人等へ様式3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を記載してもらい、被保険者証を回収する。
- ③介護保険システムで、基本チェックリスト実施日、担当包括名を入力し、新しい被保険者証を印字する。

- ④様式 1「基本チェックリスト」をコピーし、③で印字した被保険者証と合わせて本人に交付し、後日、包括から連絡する旨を伝える。
- ⑤様式 1「基本チェックリスト」を高齢福祉課介護予防・認知症担当へ、様式 3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を介護保険課介護サービス担当へ送達する。
- ⑥高齢福祉課介護予防・認知症担当は、様式 1「基本チェックリスト」の記載内容を確認し、コピーを担当包括へ送達する。

#### 【包括・居宅が訪問により基本チェックリストを実施した場合】

- ①事業対象者がサービス事業の利用を希望する場合、包括が介護予防ケアマネジメントを行うことを説明し、同意を得る。
  - ②本人等へ様式 3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を記載してもらい、被保険者証を回収し、基本チェックリスト実施日、担当包括が記載された被保険者証を後日交付する旨を説明する。
  - ③様式 1「基本チェックリスト」、様式 3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」、回収した被保険者証を高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口へ持参する。
  - ④高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口職員は、介護保険システムで、基本チェックリスト実施日、担当包括を入力し、新しい被保険者証を交付する。
  - ⑤高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口職員は、様式 1「基本チェックリスト」を高齢福祉課介護予防・認知症担当へ、様式 3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を介護保険課介護サービス担当へ引き継ぐ。
  - ⑥高齢福祉課介護予防・認知症担当は、様式 1「基本チェックリスト」の記載内容を確認し、コピーを担当包括へ送達する。なお、委託をしているケースについては、包括から居宅へ送達する。
  - ⑦包括職員・居宅職員は、⑥で送達された様式 1「基本チェックリスト」のコピーを一部とり、④で交付された被保険者証と合わせて本人に交付する。
- ※包括から居宅へ委託するケースの場合、送達された基本チェックリストを包括で保管し、「写し」を居宅で保管する。

### ポイント

#### 『基本チェックリストの結果と利用可能なサービス』

- ・基本チェックリストの結果が、表 3「事業対象者に該当する基準」のいずれか 1 つに該当すればサービス事業の利用が可能。
- ・利用するサービスの種類については、該当した基準の項目に関係なく、介護予防ケアマネジメントの結果必要なサービスに結びつける。

#### 4 事業対象者との契約締結, 重要事項説明(ケアマネジメントA・C)

①包括は, 事業対象者に対し, 「重要事項説明書」(別添 2「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書(例)」参照)の内容を説明し, 署名・捺印をもらう。

②包括と事業対象者は, 「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用契約書」(別添 3「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用契約書(例)」参照)により, 利用契約を締結する。

※包括から居宅へ委託するケースの場合, それぞれの「原本」を包括で保管し, 「写し」を居宅で保管する。

#### 5 アセスメント(ケアマネジメントA・C)

- ・ 利用者の自宅等を訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行う。
- ・ より本人に合った目標設定に向けて, 様式 5「興味・関心チェックシート」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。
- ・ 利用者本人の生活機能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, 本人およ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る。

※包括から居宅へ委託するケースの場合, 利用者基本情報および興味・関心チェックシートの「原本」を包括で保管し, 「写し」を居宅で保管する。

利用者基本情報  
介護予防サービス・支援計画書  
興味・関心シート(任意)



表 4 要支援者等について特に把握が必要な課題分析(アセスメント)に関する項目(例)

標準項目名	項目の主な内容(例)
健康状態	既往歴, 主傷病, 症状, 痛み, 服薬管理状況, 睡眠の状態, 筋力, 持久力など身体機能に関する項目
A D L	立ち座り, 歩行, 運動, 洗髪・洗体などの入浴, 爪切り, 下着の脱着等に関する項目
I A D L	調理, 整理整頓, 掃除, 洗濯, 買い物, 服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力, 聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲, 社会との関わりの変化, 喪失感や孤独感, 人的交流状況, 家族や地域との関わり状況に関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡・皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量, 栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行, 徘徊, 収集, 火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無, 介護者の介護意思, 介護者の身体的・心理的負担感の程度, 主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性, 歩行車などの福祉用具の必要性, 危険箇所等の現在の居住環境, 本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況(アクセス手段, 自宅からの距離等)に関する項目
特別な状況	虐待, ターミナルケア等に関する項目

## 6 ケアプラン原案またはケアマネジメント結果作成(ケアマネジメントA・C)

- ・ ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で、最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
- ・ 別添 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記載要領」の内容に留意しながら、様式 7「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)」に必要事項を記載する。
- ・ ケアプランの「期間」については、「認定の有効期間」を考慮することとなっている。事業対象者の有効期間は 2 年間としているが、事業対象者は要支援者に相当する状態等の者であるため、介護予防ケアマネジメントのケアプランの「期間」についても、要支援認定の有効期間である 12 か月に準ずるものとする。

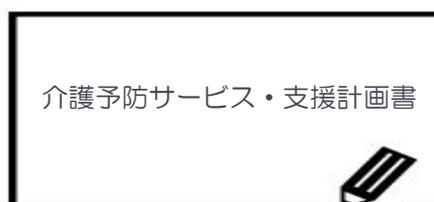


表5 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)記載事項

	項 目	ケアマネジメント類型	
		A	C
①	No.	○	○
②	利用者名	○	○
③	認定年月日	○	○
④	認定の有効期間	○	▲
⑤	初回・紹介・継続	○	▲
⑥	認定済・申請中	○	▲
⑦	要支援1・要支援2・事業対象者	○	○
⑧	計画作成者氏名	○	○
⑨	(委託)計画作成者事業者・事業所名および所在地	○	○
⑩	担当地域包括支援センター	○	○
⑪	計画作成(変更)日	○	○
⑫	目標とする生活	○	▲
⑬	健康状態について	○	○
⑭	アセスメント領域と現在の状況	○	○
⑮	本人・家族の意欲・意向	○	○
⑯	領域における課題	○	▲
⑰	総合的課題	○	▲
⑱	課題に対する目標と具体策の提案	○	▲
⑲	具体策についての意向 本人・家族	○	▲
⑳	目標	○	○
㉑	目標についての支援のポイント	○	▲
㉒	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	○	○
㉓	【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	○	▲
㉔	サービス種別	○	▲
㉕	事業所	○	○
㉖	期間	○	▲
㉗	総合的な方針	○	▲
㉘	必要な事業プログラム	○	▲
㉙	地域包括支援センターの意見・確認印	○	○

○:必須 ▲:省略可

表 6 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
<u>セルフケア</u> 清潔・整容, 排せつの自立, TPO に応じた行為, 服薬管理, 健康に留意した食事・運動など	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
<u>家庭生活</u> 日常の買い物, 食事の準備, 掃除・洗濯・ゴミ捨てるなどの家事, 簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	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すます
<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	関係: 家族と仲良く過ごす, 近所の人と良い関係で過ごす 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
<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	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
<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	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
<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	外出: 週に 2 回は買い物に行く, 展覧会, 講演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
<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	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
<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	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

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

**ポイント**

『目標の設定』

- 生活の目標については, 表 6「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら, 単に心身機能の改善を目指すのではなく, 心身機能の改善や環境整備などを通じて, 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する。
- 計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより, 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目標とすることが望ましい。

## ポイント

### 『利用するサービス内容の選択』

- 利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
- サービス事業の組み合わせについては、複数の類型を合わせて利用することもできる。  
例) 訪問型サービス+通所型サービス+その他の生活支援サービス
- 利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。

## ヒント

### 『各サービスの利用者の状態像（例）』

#### 【訪問型サービス】

- 平成 29 年 3 月まで、予防給付の訪問介護を利用していた  
⇒本人がこれまでと同様のサービスを希望する場合は、「国基準訪問型」
- 認知機能の低下や身体機能の著しい低下があり、専門的な支援を必要とする  
例) 認知機能の低下や社会適応が困難など日常生活に支障がある症状や行動を伴う  
退院直後で心身の状態が変化しやすい  
疾病等により医師の指示による配慮した食事が必要  
自立支援に向けて専門的サービスが必要  
⇒「国基準訪問型」
- 認知機能の低下や身体機能の著しい低下がなく、日常の家事支援のみを必要とする  
⇒「訪問型A」

#### 【通所型サービス】

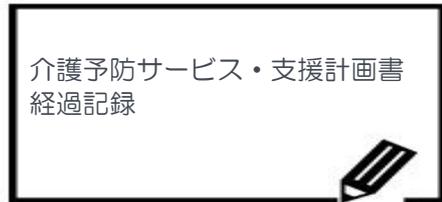
- 平成 29 年 3 月まで、予防給付の通所介護を利用していた  
⇒本人がこれまでと同様のサービスを希望する場合は、「国基準通所型」
- 認知機能の低下や身体機能の著しい低下があり、専門的な支援を必要とする  
⇒「国基準通所型」
- 入院等により、一時的に運動機能や口腔機能の低下等があり、一定期間機能訓練を受けることにより、機能の維持・改善が見込まれる  
⇒「通所型C」

#### 【一般介護予防事業】

- 認知機能の低下や身体機能の著しい低下がなく、介護予防のための通所を希望している  
⇒「一般介護予防事業」「住民主体の活動」等

## 7 サービス担当者会議(ケアマネジメントA)

- ・ ケアプラン作成時や利用者の状態等に変化があり、介護予防ケアプランの変更が必要な場合に開催する。



## 8 利用者への説明・同意・ケアプラン確定(ケアマネジメントA・C)

- ・ 介護予防サービス計画原案(ケアマネジメント結果案)等の内容を当該利用者・家族に説明し、同意を得る。
- ・ 利用者本人の同意が得られた場合、様式7「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)」の「計画に関する同意」欄に署名・捺印をもらう。(本人用と包括用の2部必要)

※包括から居宅へ委託するケースの場合、介護予防サービス・支援計画書の「原本」を包括で保管し、「写し」を居宅で保管する。



## 9 交付(ケアマネジメント結果交付)(ケアマネジメントA・C)

### 【ケアマネジメントA】

- ・ 本人の同意を得て、包括よりケアプランをサービス事業者にも交付する。

### 【ケアマネジメントC】

- ・ サービス事業者等には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、包括から送付する。



## 10 モニタリング(給付管理)(ケアマネジメントA)

- ・ 少なくとも3か月に1回、評価期間の終了時および利用者の状況に著しい変化のあったときは、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

- ・ それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。
- ・ 給付管理を行う際は、表7「ケアマネジメント費の種別と支給限度額」に記載の支給限度額を上限として行う。

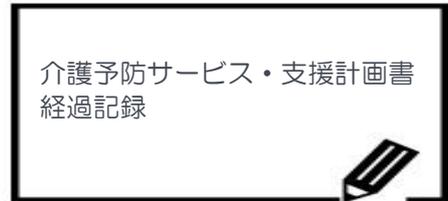


表7 ケアマネジメント費の種別と支給限度額

利用者区分	サービス利用のパターン例	ケアマネジメント費の種別	支給限度額
事業対象者	事業(訪問型サービス)のみ	介護予防ケアマネジメント費	5,003 単位
	事業(通所型サービス)のみ		
	事業(訪問型と通所型サービス)		
要支援1	給付のみ	介護予防支援費	5,003 単位
	給付+事業(訪問型サービス)		
	給付+事業(通所型サービス)		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	
要支援2	給付のみ	介護予防支援費	10,473 単位
	給付+事業(訪問型サービス)		
	給付+事業(通所型サービス)		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	

**ポイント**

『ケアマネジメントCにおける状態悪化を見逃さない仕組みづくりの例』

- ・ ケアマネジメントCではモニタリングを実施しないため、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から包括へ連絡する体制を作っておくことが適当である。
- ・ 状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例
  - ◇サービス提供者と包括の間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みを作る。(町会で実施しているサロン等)
  - ◇定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。(健康づくり教室等)
  - ◇活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。(健康づくり教室等)
  - ◇出席簿を作成の上、毎月報告を求める。(健康づくり教室フォロー教室等)

## 11 評価(ケアマネジメントA)

- ・ 設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、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する。
- ・ 下記の内容に留意にしながら、様式 9「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」に必要事項を記載する。

※包括から居宅へ委託するケースの場合、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の「原本」を包括で保管し、「写し」を居宅で保管する。

### ポイント

『モニタリング・評価の結果、要介護等認定申請が必要になった場合の対応』

- ・ モニタリング・評価の結果、予防給付・介護給付によるサービスの利用が適当と認められるなど、明らかに要介護等認定が必要な場合は、随時要介護等認定申請を行う。
  - ・ 包括から居宅へ委託している場合で、予防給付・介護給付によるサービスを利用し、要介護等認定の結果が要支援または要介護となった場合は、その旨を包括へ報告する。
- \* 予防給付・介護給付サービスの暫定利用については、P30「予防給付およびサービス事業を併用する場合の取り扱い」およびP35「要介護等認定申請を並行している場合の取り扱い」参照

### ポイント

『モニタリング・評価の結果、状態の改善および施設入所等により、サービス事業の利用が不要になった場合の対応』

- ・ サービス事業終了日以降に、様式 4「介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書」を提出する

## IV 介護予防・生活支援サービス事業利用までの流れ(更新)

### 1 相談

#### 【要支援認定を受けていた場合】

- ① 介護予防サービス計画を作成していた包括、居宅が本人宅を訪問する。  
(サービスを利用していない場合は、P14 表 2「相談・基本チェックリスト実施窓口」で対応する。)
- ② サービス事業について、リーフレット等を用い、目的、内容、メニュー、手続き等について、十分説明を行い、継続して要支援認定申請を行うか、事業対象者としてサービス事業を利用するか確認する。

#### 【事業対象者の場合】

- ① 介護予防サービス計画を作成していた包括、居宅が本人宅を訪問する。  
(サービスを利用していない場合は、P14 表 2「相談・基本チェックリスト実施窓口」で対応する。)
- ② サービス事業を継続して利用するか確認する。

### ポイント

#### 『要支援認定申請と基本チェックリストの考え方』

##### ①要支援認定申請を希望する場合

⇒事業対象者と費用単価が異なることを説明し、同意が得られた場合は、基本チェックリストは実施せず、要支援認定申請を受ける

例) 要支援 2 で国基準通所型を週 1 回利用している場合は、事業対象者として利用した方が費用単価が安くなる(ただし、5,003 単位/月以上のサービスを利用する場合は、必ず要支援認定申請が必要)

##### ②事業対象者としてサービス事業の利用を希望する場合

⇒要支援認定者と費用単価が異なること、および、予防給付によるサービスの利用を希望する場合、改めて要支援認定申請を行う必要があることを説明し、同意が得られた場合は、「2 基本チェックリストの実施」へ

例) 要支援 1 で国基準通所型を週 2 回利用している場合は、要支援認定者として利用した方が費用単価が安くなる

##### ③予防給付によるサービスの利用を希望している場合

⇒予防給付によるサービスのみを希望している場合は、基本チェックリストは実施せず、要支援認定申請を受ける

##### ④明らかに要介護認定が必要、介護給付によるサービスを希望している場合

⇒基本チェックリストは実施せず、要介護等認定申請を受ける

## 2 基本チェックリストの実施

P15「2 基本チェックリストの実施」参照

ポイント

### 『基本チェックリストの実施日』

- 要支援認定を受けていた方が事業対象者となる場合、要支援認定の有効期間が満了する月の1日から基本チェックリストを実施することができる。

例) 要支援認定の有効期間が平成28年5月1日～平成29年4月30日の場合  
基本チェックリストの実施期間 平成29年4月1日～平成29年5月1日  
事業対象者の有効期間 平成29年5月1日～平成31年4月30日

- 事業対象者の有効期間の満了後、継続してサービス事業を利用する場合、事業対象者の有効期間が満了する月の1日から基本チェックリストを実施することができる。

例) 事業対象者の有効期間が平成29年4月1日～平成31年3月31日の場合  
基本チェックリストの実施期間 平成31年3月1日～平成31年4月1日  
更新後の事業対象者の有効期間 平成31年4月1日～平成33年3月31日

## 3 事業対象者の有効期間の更新(要支援認定→事業対象者も含む)

### 【包括・居宅が訪問により基本チェックリストを実施した場合】

- ①被保険者証を回収し、基本チェックリスト実施日を更新した被保険者証を後日交付する旨を説明する。
  - ②様式1「基本チェックリスト」、回収した被保険者証を高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口へ持参する。
  - ③高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口職員は、介護保険システムで、基本チェックリスト実施日を入力し、新しい被保険者証を交付する。
  - ④高齢福祉課高齢者・介護総合相談窓口職員は、様式1「基本チェックリスト」を高齢福祉課介護予防・認知症担当へ引き継ぐ。
  - ⑤高齢福祉課介護予防・認知症担当は、様式1「基本チェックリスト」の記載内容を確認し、コピーをした上で担当包括へ送達する。
  - ⑥包括・居宅は、③でコピーした様式1「基本チェックリスト」と③で交付された被保険者証を本人に交付する。
- ※包括から居宅へ委託するケースの場合、送達された基本チェックリストを包括で保管し、「写し」を居宅で保管する。

【市窓口(高齢福祉課)で基本チェックリストを実施した場合】

- ①事業対象者がサービス事業の利用を希望する場合、包括が介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために様式1「基本チェックリスト」を包括へ送達する旨を説明し、同意を得る。
- ②本人等へ様式3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を記載してもらい、被保険者証を回収する。
- ③介護保険システムで、基本チェックリスト実施日、担当包括名を入力し、新しい被保険者証を印字する。
- ④様式1「基本チェックリスト」をコピーし、③で印字した被保険者証と合わせて本人に交付し、後日、包括から連絡する旨を伝える。
- ⑤様式1「基本チェックリスト」を高齢福祉課介護予防・認知症担当へ、と様式3「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を介護保険課介護サービス担当へ引き継ぐ。
- ⑥高齢福祉課介護予防・認知症担当職員は、様式1「基本チェックリスト」のコピーを担当包括へ送達する。

## V 報酬(単価, 加算), 支払

### 1 単価および加算

介護予防ケアマネジメントは委託により実施し、単価は表 8「介護予防ケアマネジメントの単価および加算」のとおりとし、加算については、以下のとおりとする。

#### (1) 初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

- ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)
- ② 要介護者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援認定の有効期間の満了の翌月から、事業対象者としてサービス事業の利用に移行するときには、初回加算の算定を行うことはできない。

### ポイント

#### 初回加算の算定の例

##### ◆要介護者から要支援者に変更となり介護予防ケアマネジメントを実施した場合

従前、ケアプランを作成していた居宅が、包括から委託を受けて、新規に介護予防ケアマネジメントを実施した場合、初回加算は算定可能である。

##### ◆介護予防ケアマネジメントを委託している居宅が変更となった場合

委託された居宅は変更になっても、包括としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算は算定できない。

##### ◆転居等により包括が変更となった場合

包括としては初めて当該利用者を担当することになるので、初回加算は算定可能である。

#### (2) 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始する前に、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定を行う。

ただし、6か月以内に当該加算を算定した利用者については算定できない。また、当該加算は利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定することができる。

表 8 介護予防ケアマネジメントの単価および加算

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
介護予防ケアマネジメント費	4,300 円/月	4,300 円
初回加算	3,000 円/回	設定なし
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000 円/回	設定なし

介護予防ケアマネジメント費の請求と支払に関しては、表 9「サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例」を参考。

表 9 サービス事業のみの利用の場合のケアマネジメント費の例

(サービス提供開始から 3 か月を 1 クールとしたときの考え方)

ケアマネジメントプロセス	作成する書類	利用するサービス		サービス提供開始月	2 か月目 (翌月)	3 か月目 (翌々月)	4 か月目 (3 か月)
ケアマネジメント A 原則的なケアマネジメント	介護予防サービス・支援計画書	指定事業者のサービス ・ 一般介護予防事業 ・ 社会資源等	サービス担当者会議	○	×	×	× ※必要時
			モニタリング等	—	△	△	○ (面接)
			報酬	基本報酬 + 初回	基本報酬	基本報酬	基本報酬
ケアマネジメント C 初回のみ のケアマネジメント	ケアマネジメント結果等記録表	一般介護予防事業 ・ 社会資源等	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	基本報酬	×	×	×

## 2 予防給付およびサービス事業を併用する場合の取り扱い

予防給付およびサービス事業を併用する場合の給付管理票および介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については、表 10「予防給付およびサービス事業を併用する場合の給付管理票および介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費」のとおり。

表 10 予防給付およびサービス事業を併用する場合の給付管理票および介護予防支援費・  
介護予防ケアマネジメント費

No.	利用者	利用サービス				給付管理票 の提出	給付管理票 に記載する サービス	介護予防支援費/ 介護予防ケアマネジメント費
		予防給付		サービス 事業	一般介 護予 防事 業・ 社会資 源等			
		限度額 管理 対象	限度額 管理 対象外	限度額 管理 対象				
1	要 支 援 者	○			○	(*1)	介護予防支援費	
2		○						
3		○	○		○	(*1)	介護予防支援費	
4		○	○					
5		○		○	○	(*1) (*2)	介護予防支援費	
6		○		○				
7		○	○	○	○	(*1) (*2)	介護予防支援費	
8		○	○	○				
9			○	○	○	(*2)	介護予防ケアマネジメント費	
10			○	○				
11	事 業 対 象 者			○	○	(*2)	介護予防ケアマネジメント費	
12				○				
13					○	×	—	介護予防ケアマネジメント費

(\*1)

介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護(介護保険施設)、介護予防短期入所療養介護(介護療養施設等)、介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)

(\*2)

国基準訪問型、訪問型A、国基準通所型、通所型C

(\*3)

住所地特例適用被保険者の介護予防ケアマネジメント費は施設所在市町村へ請求

### 3 請求および支払

包括は保険者経由で北海道国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)へ介護予防ケアマネジメント費を請求し, 国保連から包括および居宅へ直接介護予防ケアマネジメント費および委託料を支払う。(図1)

介護予防ケアマネジメント費の審査支払を実施するために導入する外付けシステムにおいては、『地域包括支援センター用の入力ソフト』と『保険者用の管理ソフト』の運用が伴う。各ソフトについては現在の転送通信ソフトがインストールされているPCで動作するソフトとなっており, 図2の流れにより運用することで, 国保連において審査支払が可能となる。

※『地域包括支援センター用の入力ソフト』については, 市から包括へ配付する。

図1 介護予防ケアマネジメント費の支払処理イメージ

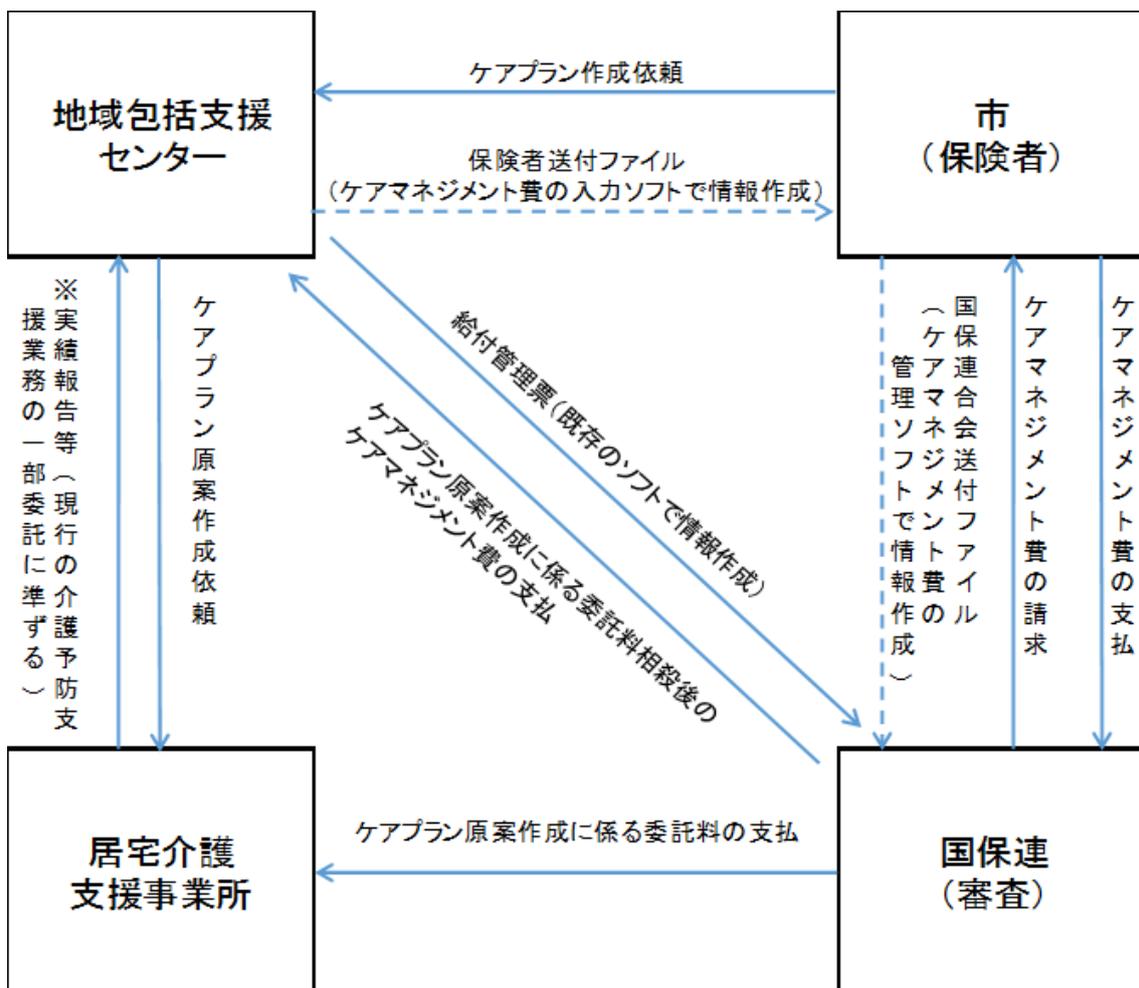
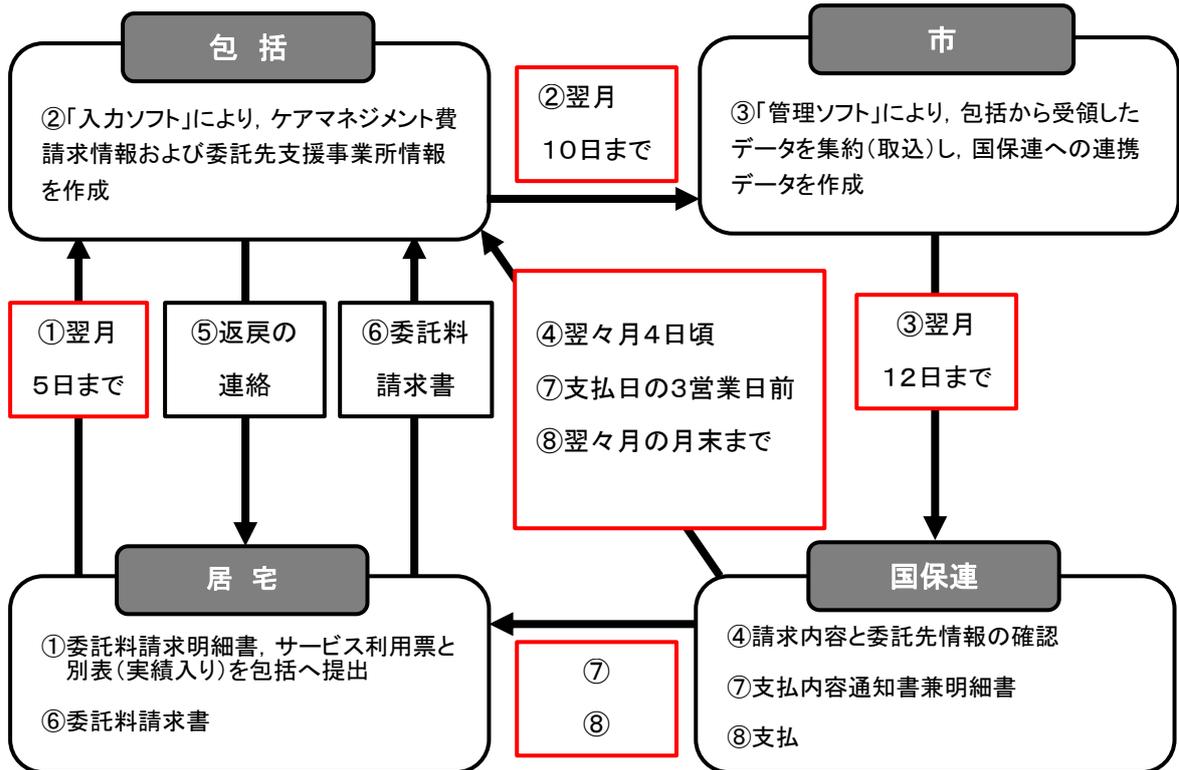


図2 介護予防ケアマネジメント費の請求および支払処理業務フロー



- ・ 請求内容および様式については、表 10「予防給付およびサービス事業を併用する場合の給付管理票および介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費」、表 11「請求内容および提出様式」を参照。
- ・ 請求にかかるサービスコードは、表 12「介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード」を参照。

表 11 請求内容および提出様式

利用するサービス	予防給付とサービス事業を利用	サービス事業のみを利用
請求内容	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費
請求書	様式 10「介護給付費請求書(様式第一)」	後日公表する。 (様式は国保連が定める)
明細書	様式 11「介護予防支援介護給付費明細書(様式第七の二)」	
給付管理票	様式 12「給付管理票(様式第十一)」	様式 12 給付管理票(様式第十一) ※給付管理を行わない場合は提出不要

表 12 介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード

	サービス種別	種類	項目	サービス内容略称
訪問型サービス	<b>国基準訪問型サービス</b> H27.3.31 時点で指定を受けていた 介護予防訪問介護事業所	A1		実際のサービスコードについては、 後日公表する。
	<b>国基準訪問型サービス</b> H27.4.1 以降に指定を受けた 介護予防訪問介護事業所	A2		
	<b>訪問型A</b> H29.4.1 から訪問型Aを提供する 事業所	A3		
通所型サービス	<b>国基準通所型サービス</b> H27.3.31 時点で指定を受けていた 介護予防通所介護事業所	A5		
	<b>国基準通所サービス</b> H27.4.1 以降に指定を受けた 介護予防通所介護事業所	A6		
	<b>通所型C</b> H29.4.1 から通所型 C を提供する 事業所	A7		
介護予防ケアマネジメント費		/	2111	
			4001	介護予防ケア初回加算
			6131	介護予防ケア小規模多機能連携加算

※同じサービス種別であっても、市町村によってサービス内容やサービスコード、単位数が違う場合があるので、函館市以外の保険者へ請求する場合は、その保険者へ確認が必要となる。

## VI 留意事項

### 1 要介護等認定等申請を並行している場合の取り扱い

- 基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。その際には、予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。
- サービス事業利用中に「要介護 1 以上」の認定がなされた場合には、サービス事業と介護給付サービスの併用ができないため、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、事業対象者として取り扱うか、申請日に遡って要介護認定者として取り扱うかの選択をする。なお、その際の費用の関係については表 13「要介護等認定申請期間中のサービス利用と費用の関係」のとおり。

#### ① 事業対象者として取り扱う場合

介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業のサービスの利用が可能。ただし、介護給付サービスは利用できないため、その利用分は全額自己負担になる。

#### ② 要介護者として取り扱う場合

申請日に遡って、いわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスの利用が可能。ただし、サービス事業のサービスは利用できないため、その利用分が全額自己負担になる。

表 13 要介護等認定申請期間中のサービス利用と費用の関係

利用したサービス 要介護等認定の結果	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>給付分は全額自己負担</li> <li>事業分は事業より支給 (介護予防ケアマネジメントを含む)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業より支給 (介護予防ケアマネジメントを含む)</li> </ul>
要支援認定	予防給付より支給	<ul style="list-style-type: none"> <li>給付分は予防給付より支給 (介護予防支援を含む)</li> <li>事業分は事業より支給</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業より支給 (介護予防ケアマネジメントを含む)</li> </ul>
要介護認定	介護給付より支給	<ul style="list-style-type: none"> <li>給付分は介護給付より支給 (居宅介護支援を含む)</li> <li>事業分は介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給 (介護予防ケアマネジメントを含む)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業より支給</li> </ul>

## 2 月途中での介護給付サービスの利用

限度額管理の必要なサービス利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅が、包括と連絡をとり、給付管理を行い、居宅介護支援費を請求することができる。

＜月途中で事業対象者または要支援者が「要介護1以上」になった場合＞

変更パターン	給付管理提出および請求
	居宅介護支援事業所
	地域包括支援センター

※ 逆の場合も同様。

## 3 生活保護受給者の対応

### (1) 介護扶助の対象について

生活保護の介護扶助については、介護保険法の改正に併せて、生活保護法の改正が行われ、引き続き、サービス事業の利用者負担に対しても支給される。

### (2) サービス事業者への連絡

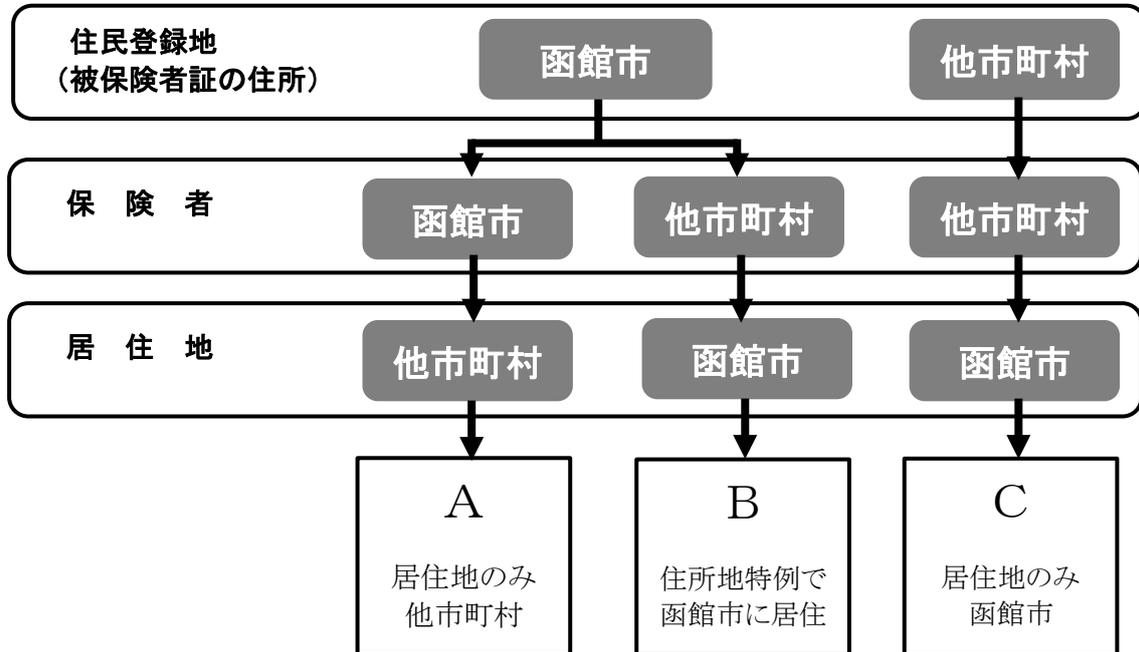
事業対象者が生活保護受給者の場合は、ケアプランに含むサービス事業者へ利用者が生活保護受給者であることを伝え、従来どおりの介護扶助の方法で利用する。

## 4 要支援者のサービス事業の利用

- ・ 要支援者もサービス事業を利用できるため、必ずしも「事業対象者」の手続きを行う必要はない。
- ・ 認定有効期間の開始日が平成29年3月31日以前の日付となっている場合、認定有効期間内は現行どおり介護予防給付を利用することができる。また、認定有効期間中に「事業対象者」となることはできない。

## 5 住民登録地や保険者が居住市町村と異なる場合の取り扱い

「住民登録地」や保険者が居住市町村と異なる場合には、介護予防ケアマネジメント依頼届出書(基本チェックリストの提出先)等が下記のとおりとなる。



	A	B	C
介護予防ケアマネジメント	函館市の包括 →他市町村の居宅	函館市の包括	他市町村の包括 →函館市の居宅
介護予防ケアマネジメント依頼届 (基本チェックリストの提出先)	函館市	函館市 →他市町村	他市町村
サービス事業利用の可否	函館市の指定を受けている事業所は利用可能 ただし、サービス内容は 函館市の実施内容のみ	函館市のサービス事業 の利用が可能	他市町村の指定を受けている事業所は利用可能 ただし、サービス内容は 他市町村の実施内容のみ
費用負担	函館市	他市町村	他市町村

## 6 介護保険料滞納者のサービス事業の利用制限

－ 協議中 －

## 7 在宅高齢者等サービス事業の利用

- ・ 現行どおり、包括が在宅高齢者等サービスの利用申請に係る市への申請書の提出を行う等、利用の調整を行う。
- ・ 居宅においては、在宅高齢者等サービスを利用する場合は、包括へ申請書の提出および利用調整を依頼する。

### (1) 在宅高齢者等サービス事業の概要

#### ① 高齢者生活援助員派遣事業

項 目	内 容
目 的	在宅のひとり暮らしの高齢者等に対し、軽易な生活援助または日常生活に対する指導または支援を行うことにより、在宅での自立した生活を営むことができ、かつ、要支援状態および要介護状態への進行を防止することを目的とする。
サービス内容	・寝具類等大物の洗濯 ・家周りの手入れ(生活路の草取り、窓拭き等) ・家屋内の整理、整頓 ・その他軽易な生活援助 ・利用程度:必要の都度
対 象 者	・おおむね 65 歳以上の在宅のひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯およびこれに準ずる世帯に属する高齢者。
利 用 料	・1 時間当たり 80 円
ポ イ ン ト	・利用時間:1 回 2 時間程度 ・サービスの利用は内容にかかわらず月に 2 回を限度とする。

② 「食」の自立支援事業

項 目	内 容
目 的	在宅のひとり暮らしの高齢者等に対し、定期的に食事を提供し、併せて安否確認を行うことにより、高齢者等の地域における自立した生活を支援することを目的とする。
サービス内容	次のサービスを一体として提供する <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養バランスのとれた食事(昼食・夕食)の居宅への配達による提供</li> <li>・安否の確認</li> <li>・健康状態の異常等その他緊急時における関係機関への連絡等の対応</li> </ul>
対 象 者	おおむね 65 歳以上の在宅高齢者または身体障がい者であって、老衰、心身の障がいおよび傷病等の理由により調理が困難であり、かつその属する世帯が次のいずれかに該当する者。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・単身世帯</li> <li>・高齢者のみの世帯またはこれに準ずる世帯</li> <li>・身体障がい者のみの世帯またはこれに準ずる世帯</li> </ul>
利 用 料	・1 食当たり 400 円
ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理や食事の確保が困難か、他のサービスで補えないか、支援できる家族等がないかを確認必要。</li> <li>・要介護認定の未申請である場合は、申請を検討してもらう。</li> </ul>

③ 高齢者等在宅生活支援事業

・寝具乾燥サービス

項 目	内 容
目 的	在宅のひとり暮らしの高齢者等に対し、生活支援サービスを提供し、これらの者の自立と生活の質の確保およびその家族の身体的・精神的な負担の軽減を図るとともに、ひとり暮らしの高齢者等の保健福祉の向上に資することを目的とする。
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衛生管理のため寝具の乾燥を行う。</li> <li>・利用程度:必要の都度</li> </ul>
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おおむね 65 歳以上の在宅のひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯およびこれに準ずる世帯に属する高齢者、ならびに身体障がい者であって、老衰、心身の障がいおよび傷病等の理由により寝具の衛生管理が困難な者</li> </ul>
利 用 料	・無料
ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援できる家族はいないかどうか、ヘルパーによる対応が可能か判断が必要。</li> <li>・利用時間:1 回 1 時間程度</li> </ul>

・除排雪サービス

項 目	内 容
目 的	在宅のひとり暮らしの高齢者等に対し、生活支援サービスを提供し、これらの者の自立と生活の質の確保およびその家族の身体的・精神的な負担の軽減を図るとともに、ひとり暮らしの高齢者等の保健福祉の向上に資することを目的とする。
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活通路等の確保のため、居宅の玄関前から公道出入口まで等の除排雪を行う。</li> <li>除雪:生活通路(道路に面した出入口から玄関先までの通路部分)を除雪</li> <li>排雪:除雪または雪下ろしした雪をトラックで排雪する</li> <li>雪下ろし:屋根の雪下ろしをする</li> </ul>
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>おおむね 65 歳以上の在宅のひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯およびこれに準ずる世帯</li> <li>身体障がい者であって、生活通路等の確保のための除排雪を行うことが困難な世帯</li> </ul>
利 用 料	・無料
ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援ができる家族等がいなかの判断必要。</li> <li>除排雪サービス実施日:おおむね 10cm以上の降雪があった日(公道の除雪基準)</li> </ul>

④ ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム事業

項 目	内 容
目 的	在宅のひとり暮らしの高齢者等に対し、火災、急病その他事故等の緊急時における連絡体制を確立し、日常生活における不安の解消および安全の確保を図ることを目的とする。
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時に簡単な操作により電話回線を利用して外部に通報できる機器を貸与する。</li> <li>緊急通報機(緊急ボタン:救急車や消防車を呼ぶ, 相談ボタン:相談する)</li> <li>無線発信機(ペンダント:救急車や消防車を呼ぶ)</li> <li>火災感知器(熱・煙:火災を感知する)</li> </ul>
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>おおむね 65 歳以上の在宅のひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯で身体虚弱のため緊急時に機敏に行動することが困難な者</li> <li>おおむね 65 歳以上のひとり暮らしの者で突発的に生命に危険な症状が発生する持病を有する者</li> <li>85 歳以上のひとり暮らし高齢者で、日常生活に不安を抱えている者</li> </ul>
利 用 料	・無料
ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> <li>電話回線の利用があるかどうか、電話回線の種別を確認必要。(原則NTTアナログ回線)</li> <li>5分以内に在住している近隣協力員が原則3名必要)</li> </ul>

⑤ ショートステイ事業(旧生活管理指導短期宿泊事業分)※予定

項 目	内 容
目 的	在宅のひとり暮らしの高齢者等であって、疾病等ではないが、体調が不良な状態に陥った場合などに、空床のある短期入所生活介護施設等に一時的に宿泊させ、生活習慣等の指導を行うことを目的とする。
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用程度:必要の都度</li> <li>・入所期間:原則として7日以内(状況により入所期間の延長可)</li> <li>・状況により送迎可</li> </ul>
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おおむね65歳以上の在宅のひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯およびこれに準ずる世帯に属する高齢者等</li> <li>・基本的な生活習慣等が欠如するなど社会適応が困難であり、要介護認定において「非該当」と認定された者(未申請だが「非該当」と見なされる者も含む)</li> </ul>
利 用 料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日額 773円</li> <li>・食費, 滞在費, 日常生活費は自己負担</li> </ul>
ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則「障害高齢者自立度」が「J1」以上, あるいは「認知症高齢者自立度」が「I」以上であることを確認する。</li> </ul>



## VII 各種様式・資料



函館市基本チェックリスト

様式 1

市 窓 口 に 来 た 人	<input type="checkbox"/> 本人	記入日：平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	電話 ( ) -
		住所	本人との関係 ( )
<input type="checkbox"/> 包括・居宅	事業所名	担当者氏名	

地域包括支援センター			
フリガナ		被保険者番号	0 0 0
氏名		性別	男・女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	函館市	丁目	番 号
	〒	電話 ( )	-

介護予防・生活支援サービス事業	該当 ・ 非該当
-----------------	----------

No.	質問項目	回答 どちらかに○をお付けください		点数記載欄
生活全般	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含みます	0. はい	1. いいえ	①生活全般 (1~20) 10点以上  □  / 20
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要な物が買うことができますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0. はい	1. いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、 能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」	0. はい	1. いいえ	②運動 3点以上  □  / 5
	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 時々使う程度であれば「はい」	0. はい	1. いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	0. はい	1. いいえ	
	9 この1年間に転んだことがありますか 実際に転倒の経験があるかどうか	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか 自分の感じ方でお答えください	1. はい	0. いいえ	
栄養	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	③栄養 2点  □
	12 現在の身長 ( cm) 体重 ( kg) ※注 (BMI = )			

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする

No.	質問項目	回答		点数記載欄
		どちらかに○をお付けください		
歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いて、変化がない場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	④歯・口 2点以上   □  / 3
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
外出	16 週に1回以上は外出していますか 過去1ヶ月の状態を平均してください	0. はい	1. いいえ	⑤外出 16に該当   □
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
物忘れ	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 自分で物忘れを感じていても、周りに言われない場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	⑥物忘れ 1点以上   □  / 3
	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 誰かの調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は 「いいえ」	0. はい	1. いいえ	
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか 月と日の一方しかわからない場合には「はい」	1. はい	0. いいえ	
こころ	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	⑦こころ 2点以上   □  / 5
	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	1. はい	0. いいえ	
	23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
	24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
	25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

<引継ぎ事項>

要介護認定申請	有 ・ 無
介護（予防）給付	訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ 訪問看護 ・ 居宅療養管理指導 ・ 通所リハ ・ 訪問リハ 短期入所 ・ 福祉用具貸与 ・ 福祉用具購入 ・ 住宅改修 ・ 地域密着 ・ 施設入所
サービス事業	訪問介護 ・ 通所介護 ・ 通所型C
包括への連絡事項	

ここから下は記入しないでください

<市確認欄>

受付	確認・送付	負担割合証

判定結果	該当項目
該当	
・	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
非該当	

## 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。それが適切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つたわ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分位続けて歩いていますか	15分位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カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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カ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カ月以内の値を、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カ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聞われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「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、誰かにダイヤルを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)以前は楽に出来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	

総合

## 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
ツガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
地域包括支援センター名および事業者番号		地域包括支援センターの所在地	
		〒	
		電話番号 ( )	
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所 ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名および事業者番号		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒	
		電話番号 ( )	
地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
函館市長 様 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
年 月 日			
住 所			
被保険者 氏 名		電話番号 ( )	
備 考			

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに函館市に提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター、または、介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず函館市に届け出てください。届け出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 太線の中のみ記入してください。

総合

## 介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

		区 分			
		終了			
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号			
ワガナ					
		生 年 月 日		性 別	
		明・大・昭 年 月 日		男・女	
介護予防ケアマネジメントを依頼していた事業者名					
終了年月日	平成 年 月 日				
終了事由	1 施設入所のため（施設名 ） 2 その他契約終了のため			事由コード 1 06 2 05	
<p>函館市長 様</p> <p>上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼していましたが、契約終了のため、登録事業者を取消してください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 電話番号 ( )</p> <p>氏名</p>					
保険者確認欄	地域包括支援センター番号				

- (注意) 1 この届出書を提出する際は、被保険者証を添付してください。
- 2 この届出書を提出後、再び、介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、あらためて、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を提出してください。
- 3 太線の中のみ記入してください。

## 興味・関心チェックシート

様式 5

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別（男・女）記入日： H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」  
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

## 利用者基本情報

作成担当者：

## 《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )		来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )				
フリガナ 本人氏名	男・女		M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳		
住所	Tel		( )		
	Fax		( )		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日				
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・				
来所者 (相談者)			家族構成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄				
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先
			家族関係等の状況		

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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、アセスメントシートを、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者等実施者、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します。

平成 年 月 日 氏名

印

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様（男・女） 歳 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 年 月 日

初回・紹介・継続      認定済・申請中      要支援1・要支援2      事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者事業者・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： \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日		1年	
----	--	----	--

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	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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					

健康状態について  
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい  
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

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 \_\_\_\_\_

54



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 \_\_\_\_\_ 殿

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	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

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<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

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

（別 記） 殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名 称										
	所在地	〒									
	連絡先										

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合 計											

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							



給付管理票（平成 年 月分）

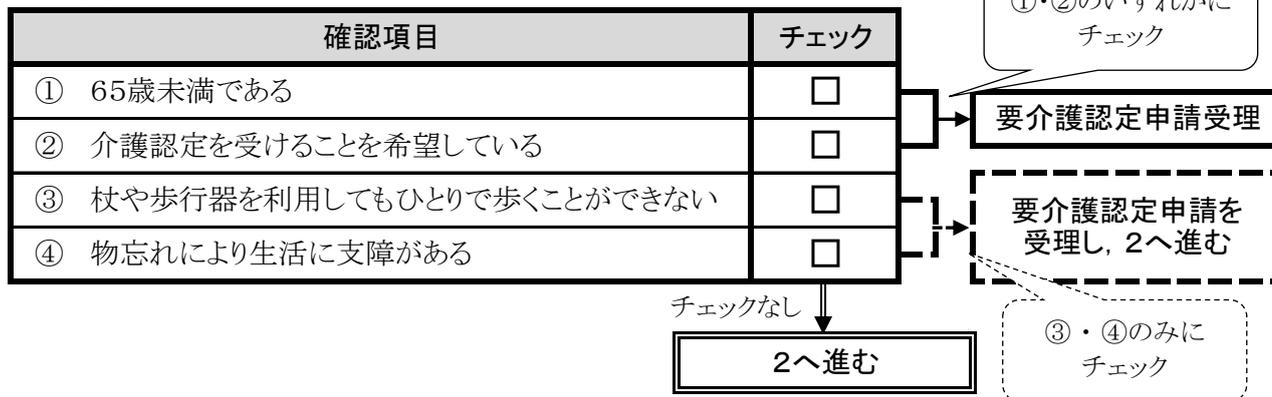
保険者番号				保険者名			
被保険者番号				被保険者氏名			
				フリガナ			
生年月日		性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大・昭 年 月 日		男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額				限度額適用期間			
単位/月		平成 年 月		~		平成 年 月	

作成区分							
1. 居宅介護支援事業者作成							
2. 被保険者自己作成							
3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成							
居宅介護/介護予防 支援事業所番号							
担当介護支援専門員番号							
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名							
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先							
委託 した 場合	委託先の支援事業所番号						
	介護支援専門員番号						

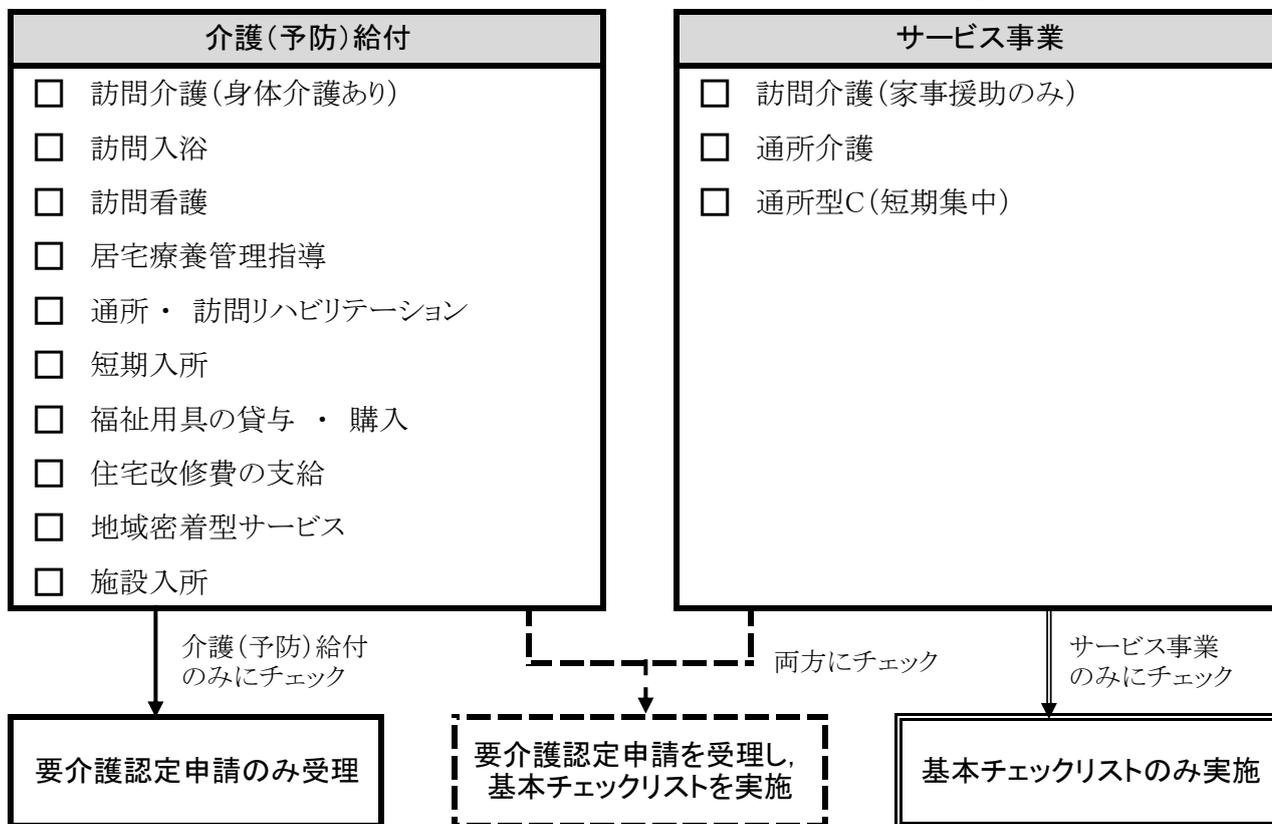
居宅サービス・介護予防サービス・総合事業								
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)				指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
合計								

## 介護予防・生活支援サービス事業 相談内容確認票

### 1. 対象者の状況



### 2. サービス利用の希望(聞き取った内容から当てはまるものにチェックをする)



※ 一般介護予防事業等の利用のみを希望する場合は…

介護予防教室(市主催)の参加を希望

→ 高齢福祉課介護予防・認知症担当へ相談

健康づくり教室や地域の資源の利用等を希望

---▶ 地域包括支援センターへ相談

実際にどのサービスを利用するかは、ケアマネジャーによるケアマネジメントに基づき決定するものであり、上記で記載したサービスと異なる場合もあることを説明する

## 介護予防・生活支援サービス事業 相談内容確認票の利用方法

### <相談内容確認票について>

- この確認票は、介護予防・生活支援サービス事業利用に係る相談を受理する、市役所窓口（各支所も含む）、函館市地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所で共通で利用するものです。
- 相談内容確認票は、本人等からの相談を受けた担当者が、必要な手続きを判断するものであり、利用者が実際に利用するサービスを決定するものではありません。
- 実際に利用するサービスの種別（介護給付、サービス事業、一般介護予防事業等）については、地域包括支援センターまたは地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、本人や家族との面談、アセスメント等を行ったうえで決定します。

### <相談内容確認票の利用方法(例)>

1. 本人の困りごと(相談目的)を確認する
  2. リーフレットを利用し、サービス事業、介護保険サービス、一般介護予防事業についての説明を行う
  3. 対象者の状況を聞き取る
    - ①～④の確認項目について聞き取りを行い、当てはまる項目には□に✓を記載する
    - ⇒「①65歳未満」または「②介護認定希望」に✓がついた場合(③・④の✓の有無は問わない)は、要介護認定申請を受け付ける(「2. サービス利用の希望」は記載不要)
    - ⇒「③歩行困難」または「④物忘れ」のみに✓がついた場合は、要介護認定申請を受け付けるとともに、「2. サービス利用の希望」を確認する
    - ⇒①～④のいずれにも✓がつかない場合は、「2. サービス利用の希望」を確認する
  4. サービス利用の希望を確認する
    - 「本人の困りごと」から、必要と思われるサービスについて本人と相談し、担当者の判断で当てはまるサービスの□に✓をする
    - ⇒「介護(予防)給付」のサービスのみ✓が付いた場合は、要介護認定申請を受け付ける
    - ⇒「介護(予防)給付」のサービスと「サービス事業」のサービス両方に✓が付いた場合は、要介護認定申請を受け付けるとともに、基本チェックリストを実施する
    - ⇒「サービス事業」のサービスのみ✓が付いた場合は、基本チェックリストを実施する
    - (ただし、「1. 対象者の状況」で要介護認定申請が必要と判断された場合は、要介護認定申請も受け付ける)
- ※あくまでも必要な手続きを判断するものであり、サービス利用の決定はケアマネジャーによるケアマネジメントで決定するため、本人が希望するサービスを必ず利用できるものではない旨を説明する。



#### 4. 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの内容等

介護予防支援および 介護予防ケアマネジメントの内容	介護保険適用の有無	
	介護予防支援	介護予防 ケアマネジメント
①介護予防サービス・支援計画書の作成 利用者の心身の状況等を勘案して、その うで利用するサービスの種類および内 容、担当する者等を定めた介護予防サー ビス・支援計画書を作成する。	①～⑦は、一連 業務として介 護保険の給付 の対象となる ものです。	①～⑦は、一連 業務として地 域支援事業の 給付の対象と なるものです。
②サービス事業者との連絡調整 介護予防サービス・支援計画書に基づい てサービス提供が確保されるよう事業者等 との連絡調整その他の便宜の提供を行う。		
③サービス実施状況の把握・評価 (ケアマネジメントCは除く) 介護予防サービス・支援計画書の実施状 況を把握するとともに、利用者についての 解決すべき課題を把握し、必要に応じて介 護予防サービス・支援計画書の変更、サー ビス事業者等との連絡調整その他の便宜の提 供を行う。		
④給付管理 (ケアマネジメントCは除く) サービス事業者へ料金を支払うために必 要な書類を作成する。		
⑤要支援認定の申請に係る援助 被保険者の要支援認定に係る申請につい て、利用者の意思を踏まえ、必要な協力を行 う。		
⑥相談業務		

#### 5. 利用料およびその他費用

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者の負担はありません。ただし、介護予防支援については、介護保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、事業所へ料金をお支払いいただきます。この場合、事業所が発行する「サービス提供証明書」を函館市の窓口へ提出していただくと、払い戻しされることがあります。



介護予防支援および介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、  
上記のとおり重要事項を説明いたしました。

平成 年 月 日

事業所

事業所名 函館市地域包括支援センター ○○

説明者 氏名 印

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上  
記のとおり説明を受けました。

利用者 氏名 印

署名代行者 氏名 印

## 介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用契約書（例）

甲（事業者） \_\_\_\_\_（法人名を記載）  
 乙（利用者） \_\_\_\_\_

（介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの目的および内容）

第1条 甲は、介護保険法（平成9年法律第123号）等の関連法令およびこの契約書に従い、乙が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、乙に対し、適切な介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）を作成します。また、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者および関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

2 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの内容の詳細は、別紙「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書」に記載のとおりとします。

（契約期間）

第2条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日から1年間とします。

2 乙が契約の有効期間満了日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、この契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

（介護予防サービス・支援計画書等の作成）

第3条 甲は、函館市地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施に必要な基準を定める条例（平成27年3月10日函館市条例第28号）に定める3職種（保健師等、社会福祉士等、主任介護支援専門員）および函館市指定介護予防支援等の事業の人員および運営なら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等を定める条例（平成27年3月10日函館市条例第25号）に定める保健師その他の介護予防支援に関する知識を有する職員（以下「担当職員」という。）を担当者として選任します。

2 担当職員は、介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表）の作成にあたり、次の各号に定める事項を遵守します。

一 利用者の居宅を訪問し、乙および家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めること。

二 当該地域におけるサービス事業者等に関するサービスの内容および利用料に関する情報を適正に提供し、サービスの選択を求めること。

三 提供されるサービスの目標、達成時期、サービス提供上の留意点等を明記した介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表）の原案を作成すること。

四 前号の原案について、保険給付および介護予防・生活支援サービス事業の該当の有無を区分し、サービスの種類、内容、利用料について、乙に説明をして文書による同意を受けること。

五 乙が、医療サービスの利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合には、これに従うこと。

六 その他、乙および家族の希望をできる限り尊重すること。

(介護予防サービス・支援計画書作成後の支援)

第4条 甲は、乙および家族と継続的に連絡をとり、利用者の実情を常に把握するよう努めます。(ケアマネジメントCは除く)

2 甲は、乙が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望する場合は、再評価を行い、介護予防サービス・支援計画書の変更、要支援認定区分の申請、関連事業者への連絡など必要な援助を行います。(ケアマネジメントCは除く)

3 甲は、介護予防サービス・支援計画書に基づき、乙が利用するサービスについて、苦情等相談を受け、必要に応じてサービスを点検し、給付管理表の作成・提出のほか関連機関との連絡調整を行います。(ケアマネジメントCは除く)

(業務の委託)

第5条 甲は、甲が指定した居宅介護支援事業者に、第3条および第4条に規定する業務の一部を委託することができるものとします。

(契約の満了)

第6条 次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は満了します。

一 乙の要支援認定が非該当となったときまたは介護予防・生活支援サービス事業対象者に該当しなくなったとき。

二 乙が要介護認定を受けたとき。

三 第7条に基づき、甲から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。

四 第8条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。

五 乙が介護保険施設等へ入所したとき。

六 乙が病院等へ入院した翌月から6か月経たとき。

七 乙が死亡したとき。

(甲の解除権)

第7条 甲は、乙に対し、乙の非協力など乙および甲間の信頼関係を損壊する行為をなし、改善の見込みがないため、この契約の目的を達することが不可能となったときは、30日以上予告期間をもってこの契約を解除することができるものとします。

(乙の解除権)

第8条 乙は、甲に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合には、30日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

- 2 乙は、次の各号に甲が該当する場合には、直ちに契約を解除することができます。
- 一 甲が、正当な理由なく、介護保険法等関係法令およびこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠ったとき。
  - 二 甲が、守秘義務に違反したとき。
  - 三 甲が、破産等事業を継続する見通しが困難になったとき。

(損害賠償)

- 第9条 甲は、乙に対するサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに、乙の家族および市町村関係窓口に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 甲は、乙に対するサービス提供にともなって、甲に帰すべき事由により、乙に損害を及ぼした場合には、速やかに乙に対して損害を賠償します。ただし、乙または乙の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額する場合があります。

(秘密保持)

- 第10条 甲および甲の職員は、正当な理由がない限り、乙に対するサービスの提供にあたって知り得た乙または乙の家族の秘密を漏らしません。
- 2 甲は、甲の職員が退職後、在職中に知り得た乙または乙の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- 3 甲は、乙または乙の家族の個人情報を用いる場合は、乙または乙の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、乙または乙の家族の個人情報を用いませぬ。

(記録の整備等)

- 第11条 甲は、乙に対する介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの提供に際して作成した記録、書類を5年間保存します。
- 2 甲は、乙または乙の家族に対し、乙に関する記録、書類の閲覧、謄写に応じます。ただし、謄写の実費を請求することがあります。

(契約外条項)

- 第12条 本契約に定めのない事項については、介護保険法等関連法令の定めるところに従い、乙および甲の協議により定めます。

本契約を証するため、甲乙各自署名または記名押印のうえ、本契約書2通を作成し、甲乙各1通ずつ保有します。

平成 年 月 日

(甲) 事業者

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

事業所 \_\_\_\_\_ 函館市地域包括支援センター〇〇

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_ 管理者 \_\_\_\_\_ 印

代表者 \_\_\_\_\_

(乙) 利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

署名代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

代理人の選任の理由

(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できるものとする。

#### 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地を記載すること。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。

⑲ 「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者等実施者、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（ケアマネジメント結果等記録表）」

### 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、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はなく、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。

⑱ 「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。

㉑ 「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。

ここには、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。

㉒ 「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。

㉓ 「【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。

㉔ 「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。

㉕ 「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。

②⑥ 「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。

②⑦ 「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。

②⑧ 「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〇印を付す。

②⑨ 「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。）

③⑩ 「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レ印を付す。