

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実施要領

令和8年8月

綾部市

綾部市介護予防ケアマネジメント実施要領

1 基本方針

この実施要領は、介護保険制度の基本理念等を踏まえ、高齢者の自立支援・重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントの実現に向け作成するものです。

(1) 介護保険制度の基本理念

介護保険法（平成 9 年 12 月 17 日号外法律第 123 号）

（目的）

第 1 条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第 2 条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

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

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

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

（国民の努力及び義務）

第 4 条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

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

(2) 指定介護予防支援の基本方針

綾部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（平成 27 年 3 月 25 日条例第 7 号）

（基本方針）

第4条 指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等（法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター（法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

5 指定介護予防支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

（3）介護予防ケアマネジメントの基本方針

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、令和7年7月17日一部改正）

（目的）

介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。以下同じ。）に対して、その介護予防や社会参加の推進を目的として、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、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援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。

（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、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。また、利用者自身が、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、利用者の生活上の困りごとに対して、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」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要である。

このようなことから、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、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなる。

2 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
根拠法令等	予防給付（法第 52 条）	介護予防・日常生活支援総合事業（法第 115 条の 45）
対象者	・要支援認定者で予防給付によるサービスを利用する方	・左記を除く要支援認定者 ・基本チェックリスト該当者（事業対象者）
利用サービス	（予防給付サービス） ・介護予防訪問看護 ・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 など	（サービス・活動事業のみ） ・訪問型サービス ・通所型サービス ・生活支援サービス など
実施機関	・地域包括支援センター ・指定介護予防支援事業所 ・地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業所	・地域包括支援センター ・地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業所
根拠規定	・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（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 37 号） ・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について（平成 18 年 3 月 31 日老振発第 0331003 号・老老発第 0331016 号） ・介護予防支援業務に係る関連様式などの掲示について（平成 18 年 3 月 31 日老振発第 0331009 号）	・地域支援事業の実施について（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号） ・介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（平成 27 年 6 月 5 日老発 0605 第 5 号） ・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 号第 1 号）

3 介護予防ケアマネジメントの類型

綾部市の介護予防ケアマネジメントは下記の類型を基本とします。

類型	概要	利用サービス
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原則的な介護予防ケアマネジメント	訪問介護相当サービス 通所介護相当サービス リハビリ強化型すこやかシニア教室
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	いきいき生活支援 すこやかシニア教室
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	配食サービス

※令和 6 年度地域支援事業実施要綱改正の概要（R6.8.5 厚労省事務連絡）

高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの業務範囲等の明確化			
1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジスト センター	4 包括 センター
○		○	

○ 介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切なかかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、個別のケアプラン作成から地域における包括的なケアマネジメントの実施への重点化を図るため、
・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、
・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化する。

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
考え方	指定介護予防支援と同様にされるもの	サービス担当者会議の省略や必要に応じてモニタリング時期を設定するなど簡略化が可能	初回のみ実施し、住民主体の支援等につなげ、その後はモニタリング等は行わない。
対象のサービス	- 従前相当サービス - 指定事業者によるサービスA - サービスC	多様な主体による緩和型サービスA	- サービスB・D - その他生活支援サービス
費用	ケアプラン作成 1 件当たり	ケアプラン作成 1 件当たり	初回のケアプラン作成 1 件当たり
件数等	499,232件（1,455市町村）	39,005件（327市町村）	2,258件（267市町村）

個別の計画の策定 → 高齢者の選択と継続的な活動・参加支援の充実

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
考え方	ケアプランの策定が制度上必須となるもの（介護予防支援と同様に必要があるもの）	ケアプランの策定の要否やケアマネジメントプロセスの簡略化などについて、市町村の判断のもとで柔軟に行うもの	専門職のゆるやかな関わり合いのもとで、地域の多様な主体との連携を図りながら実施するもの
対象のサービス	- 従前相当サービス - サービス・活動A - サービス・活動C ※ケアプランと第1号事業費が連動する場合 ※ケアプランと利用期間が連動する場合	- サービス・活動A - サービス・活動C	- サービス・活動B・D（サービス・活動A） - その他生活支援サービス
業務の性質に応じた費用等の考え方	ケアプラン作成 1 件当たり ※1 ※種類の異なるもの	ケアプラン作成 1 件当たり ※2 ※独自の評価（加算）設定が可能	初回のケアプラン作成 1 件当たり ※2 ※独自の評価（加算）設定が可能

ケアマネジメントB・Cについては、
・ 高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク
・ 孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチ
・ 継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ
・ リハビリなどとの連携による支援
など、①～⑥のような、ケアプラン作成件数単位では把握しづらい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る経費（実施に当たする者の人件費等）も、別途、包括的に支払うことが可能とする

① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携
② サービス・活動事業の利用に望まなかった場合のアセスメントや利用調整等
③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等
④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること（利用者や事業実施者への助言等を含む）
⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じて、地域の多様な活動につなげるための援助
⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等）
※市町村は、事前に都道府県・専任医師会等や地域の医師会等との調整の上、連携等の体制を整備

※1：ケアプランの作成は必須（内容は省令の規定による）
※2：ケアプランの作成報告・内容等を含め市町村の判断による

4 介護予防ケアマネジメントのプロセス（概要）

ここでは、食のアセスメント等に関することは省略しています。

（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）

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（少なくとも 3 か月に 1 回）

(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）

アセスメント → ケアプラン原案作成 → （必要に応じて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（少なくとも6か月に1回を目安）

(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）

アセスメント → ケアプラン原案作成 → 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
※必要に応じ、その後の状況把握を実施。

5 実施主体

利用者の住民票所在地の地域包括支援センターにおいて実施しますが、一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することが可能です。なお、指定居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを実施する場合においても、地域包括支援センターがそのすべてに関与することが望ましいことから、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会う等に努めます。

事業対象者であることの確認のために基本チェックリストを実施する場合は、上記のことから、地域包括支援センターが家庭訪問をして基本チェックリストを行います。

6 実施の手順

ここでは、食のアセスメント等に関することは省略しています。

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

被保険者本人またはその家族からの相談を受け付けます。相談の目的や意向の確認をし、サービス・活動事業、要介護認定の申請、一般介護予防事業等について説明し手続きに繋がります。

サービス・活動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により「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認します。

「事業対象者に該当する基準」の場合は、利用者からの介護予防ケアマネジメント依頼の届出により「事業対象者」の旨を記載した被保険者証を保険者が交付します。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

地域包括支援センター及び委託を受けた指定居宅介護支援事業所（以下、地域包括支援センター等という。）が利用者宅を訪問して運営規定等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します。

(3) 介護予防ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

介護予防支援相当のケアマネジメント。以下に定めるもののほか「指定介護予防支援等基準」や、「別添1 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施の手順」も参考に

してください。

ア アセスメント（課題分析）

① 目的

利用者本人の望む生活と現状の生活との差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から、差が生じている要因や背景を分析し、利用者本人が望む生活を妨げている低下した生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにします。

アセスメントを行う際には、国際生活機能分類（ICF）の考え方も踏まえ、利用者本人の「生活機能」（「心身機能」、「活動」、「参加」）に対して、「健康状態」だけでなく「背景因子」（「個人因子」、「環境因子」）からも影響を受けていることも踏まえてアセスメントを行うことが重要です。

② 実施方法

利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行います。

介護予防ケアマネジメントでは、居宅介護支援のように課題分析標準項目は定められていませんが、アセスメントにあたって、「基本チェックリスト」（様式1参照）、「興味・関心チェックシート」（様式3参照）、「利用者基本情報」（様式4参照）、「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）」（様式5参照）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄を参考にして実施します。また、居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目（表1）などを参考にして実施します。

表1 居宅要支援被保険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
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	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などに関する項目
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况（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

イー① 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となります。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となります。

イー② サービス担当者会議

利用者本人・家族の生活の意向・目標を共有すること、支援関係者（専門職や地域のインフォーマル支援関係者を含む）の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策をさらに検討すること、介護予防ケアマネジメント計画原案で位置づけた取組みや関係者の役割分担を決めて全員で共有することが重要です。

新規に介護予防ケアマネジメント計画原案を作成したときは、サービス担当者会議の開催が必要です。

イー③ 利用者への説明・同意

サービス担当者会議において、介護予防ケアマネジメント計画原案の内容について、利用者本人・家族に説明し、同意を得ます。

イー④ 介護予防ケアマネジメント計画原案の確定・交付

介護予防ケアマネジメント計画の内容について、同意を得ます。確定された介護予防ケアマネジメント計画を利用者本人や家族、支援関係者に交付します。

イー⑤ 事業・サービス提供

介護予防ケアマネジメント計画に基づき事業やサービスの提供を行います。

ウ モニタリング（給付管理）・評価

利用者本人の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアマネジメント計画通り実行できているか、新たな課題が生じていないかどうかを確認します。また、①少なくとも3か月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったとき、は利用者本人の居宅を訪問して行います。

なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」（様式6参照）等に記載します。

- ・ 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。

- ・ モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
- ・ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業所との間でも合意が得られている。

※ただし、以下の場合を除きます。

- ・ 初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画策定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合。
- ・ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など。）

（４）介護予防ケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターの職員等が医療・介護専門職の適切な関わり合いのもとで地域の高齢者の選択を適切に支援する視点や包括的なケアマネジメントの実施を通じた地域づくりの視点を踏まえた支援及びその体制の構築等のためのアプローチが重要であることから、ケアマネジメント B 及びケアマネジメント C においては、介護予防ケアマネジメントのプロセスや計画の作成等については、その一部を省略若しくは簡略化することが可能です。

ア アセスメント（課題分析）

アセスメントの結果をもとにケアマネジメント類型やサービス・活動事業等が決定されるため、アセスメントについては、ケアマネジメント A に規定する内容などを踏まえ、実施します。

ただし、ケアマネジメント B 及びケアマネジメント C では、アセスメントを行うために使用する帳票として例示した帳票のうち、利用者の生活状況等について、簡潔に把握でき、かつ、利用者と一緒に確認を行うことで利用者自身が現在、置かれている状況等を把握し、気付きを促すことがセルフマネジメントにも資することから「基本チェックリスト」をアセスメントツールとして活用することが可能です。

イー① 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

簡略化した介護予防ケアマネジメント計画原案の作成を行います。

イー② サービス担当者会議

サービス担当者会議の開催、又は事業実施者等との連絡調整や打合せ等サービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図ります。

イ-③ 利用者への説明・同意

アセスメント等の段階で利用者や家族等に支援の方向性について説明し、同意を得ておきます。

イ-④ 介護予防ケアマネジメント計画原案の確定・交付

介護予防ケアマネジメント計画の内容について、同意を得る。確定された介護予防ケアマネジメント計画を利用者本人や家族、支援関係者に交付します。

イ-⑤ 事業・サービス提供

介護予防ケアマネジメント計画に基づき事業やサービスの提供を行います。

ウ モニタリング（給付管理）・評価

利用者や家族と相談の上、適切な期間（目安は 6 か月間）を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する。または、サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておきます。

（５）介護予防ケアマネジメントＣ（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

主にアセスメント（課題分析）の経過、初回のみ介護予防ケアマネジメントとして実施し、その他生活支援サービス（配食サービス）の利用に繋がります。

ア アセスメント（課題分析）

ケアマネジメントＡに規定する内容などを踏まえ、実施します。

ただし、ケアマネジメントＢと同様に「基本チェックリスト」をアセスメントツールとして活用することが可能です。

イ-① 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

簡略化した介護予防ケアマネジメント計画原案の作成を行います。

イ-② サービス担当者会議

事業実施者等との連絡調整や打ち合わせなどサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図ります。

イ-③ 利用者への説明・同意

アセスメント等の段階で利用者や家族等に支援の方向性について説明し、同意を得ておきます。

イ-④ 介護予防ケアマネジメント計画原案の確定・交付

介護予防ケアマネジメント計画の内容について、同意を得ます。確定された介護予防ケアマネジメント計画を利用者本人や家族、支援関係者に交付します。

イ-⑤ 事業・サービス提供

介護予防ケアマネジメント計画に基づき事業やサービスの提供を行います。

ウ モニタリング（給付管理）・評価

サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておきます。

※ 委託の場合、地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント原案の提出を受け、内容を確認し、意見を記入した後、必要に応じて控え（コピー）をとり、介護予防ケアマネジメントの原本は居宅介護支援事業所に渡します。原本は居宅介護支援事業所で保管してください。居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターの意見が記入された介護予防ケアマネジメント原案を利用者へ説明し、同意を得ます。写し 1 通を利用者へ交付し、写し 1 通を地域包括支援センターに提出します。

◎医療との連携

医療との連携については、介護保険法（※注）において十分配慮しなければならないと位置付けられています。利用者の了解を得て、主治医と連携を行い、サービスを利用する目的や日常生活における利用者の状況を主治医に説明する必要があります。同時に、主治医から利用者の心身や健康状態に関する情報を聞き取り、サービスの提供にあたって、留意すべき点などに関して指導や助言を得ることが大切です。

高齢者は複数の疾患を抱えていることが多く、治療している疾患にあたる医師が意見書の主治医以外の場合もあります。例えば、整形外科において治療中の高齢者について、運動器の機能向上に関して専門的な意見をさらに仰ぎたい場合は、当該意見書を作成した主治医と相談の上、治療中の整形外科医等に意見を聞くなどの連携も必要になることに留意する必要があります。

すこやかシニア教室（リハビリ強化型を含む）の利用の際は「通所型サービスの参加可否連絡票」をかかりつけ医に記入してもらった上、事業実施者へ提出することが必要です。

（利用開始から 1 年経過毎に「通所型サービスの参加可否連絡票」の記入と事業実施者への提出が必要です。）

（※注）介護保険法第 2 条：保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

7 報酬、支払

（１）単価

ケアマネジメント A 442 単位（1 月につき）

ケアマネジメント B 309 単位（1 月につき）

ケアマネジメント C 442 単位（初回のみ）

（２）加算

初回加算 300 単位

委託連携加算 300 単位

介護職員等処遇改善加算 所定単位数の 21 / 1000 加算

(3) 支払

地域包括支援センターは、国保連合会を経由して介護予防ケアマネジメント費の請求、支払処理を行う。

委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ委託料を請求する。

(4) 事業対象者が要介護認定等申請を行った場合のサービス利用と費用の関係

ア 要支援認定申請に係る取扱い

事業対象者が要支援認定申請を行い、その結果が要支援 1 又は 2 であり、かつ予防給付によるサービスを利用していた場合は、予防給付より支給される。また、要支援認定申請の結果、非該当となり、かつ総合事業によるサービスのみを利用していた場合は、第 1 号事業支給費が支給される。

イ 要介護認定申請に係る取扱い

事業対象者が要介護認定申請を行い、その結果が出るまでの間に総合事業によるサービスを利用し、その後、認定結果が要介護 1 以上であった場合は、介護給付によるサービス利用開始以前のサービスに係る費用は、第 1 号事業支給費から支給される。また、事業対象者として総合事業によるサービスを利用していた者が、要介護認定申請を行い、その結果、要介護 1 以上の認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取扱う。

表 2 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

認定結果	介護（予防）給付によるサービスのみ	介護（予防）給付によるサービスと総合事業によるサービス	総合事業によるサービスのみ
非該当（事業対象者）	全額自己負担	給付分は全額自己負担 総合事業によるサービス利用分は第 1 号事業支給費から支給	第 1 号事業支給費から支給
要支援	予防給付より支給	給付分は予防給付より支給 総合事業によるサービス利用分は第 1 号事業支給費から支給	第 1 号事業支給費から支給
要介護	介護給付より支給	給付分は、介護給付より支給 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第 1 号事業支給費から支給	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第 1 号事業支給費から支給

（注） 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

8 継続利用要介護者に関するケアマネジメントについて

(1) 継続利用要介護者とは

要介護認定による介護給付に係るサービスを受ける前からいきいき生活支援事業又はすこやかシニア教室（サービス・活動 A）を利用していた者が、要介護の認定を受けた場合、本人の希望に基づき、ケアマネジャーのマネジメントにおいて地域とのつながりを継続する観点から継続利用が適切であると判断されたもの（以下、「継続利用要介護者」という。）を総合事業の対象者に追加し実施しています。

(2) 実施方法

指定居宅介護支援事業者が本人の選択のもとで行います。

(3) 単価

ケアマネジメントB	309単位／月
初回加算	300単位／月（初回のみ）
委託連携加算	300単位／月（1回のみ）
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の21／1000加算

(4) 利用者負担

なし

(5) ケアマネジメント担当者

指定居宅介護支援事業所のケアマネジャー

(6) 支払

ア ケア給付とサービス・活動Aを併用する場合

指定居宅介護支援事業所が国保連合会を経由して居宅介護支援費の請求、支払処理を行う。

イ サービス・活動Aのみを利用する場合

地域包括支援センターが国保連合会を経由して介護予防ケアマネジメント費の請求、支払処理を行う。

委託を受けた指定居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ委託料を請求する。

※ 留意事項

- (1) 要介護者に対して、介護給付を受けながら引き続きサービス・活動Aを利用する又はサービス・活動Aのみ利用ができること。また、サービスとして提供できる内容について説明した上で、改めて意向を確認すること。
- (2) ケアマネジャーは、担当した要介護者がサービス・活動Aの継続利用を検討している場合には、サービスを提供している事業所に対して、要介護者の利用時の状況を確認すること。
- (3) 要介護者の介護度が上がったことにより、いきいき生活支援事業及びすこやかシニア教室の提供するサービスが、利用者の状態に応じた内容であるかどうか、サービス事業所の意見を確認すること。
- (4) ケアマネジャーは、要介護者の継続利用の意向とアセスメント結果に基づき、ケアプランにサービス・活動Aを位置付けることとする。

すこやかシニア教室・いきいき生活支援事業の対象者弾力化利用に関する Q&A

初版：令和4年3月31日

改訂：令和8年8月26日

1	継続利用要介護者である要介護1または要介護2の方は、通所介護と通所型サービスA（すこやかシニア教室）の併用利用はできるか？	利用者側に生じる負担を考慮した上で、それぞれのサービスを利用する目的・目標がケアプランに明確に位置づけられていることを前提として利用は可能です。 継続利用要介護者の前提要件として「要介護認定による介護給付に係るサービスを受ける前からサービスAを利用していた者で、要介護1又は要介護2の認定を受け、本人の希望に基づき、マネジメントにおいて地域とのつながりを継続する観点からサービスAの継続利用が適切であると判断され、継続してサービスを受けるもの。」としています。 併用利用をする場合、通所介護と通所型サービスAそれぞれのサービスを利用する目的と目標を明確化することが必要です。 また、要介護1～5の方は、2か所以上のデイサービス利用が可能となっていますが、①身体的負担の増②費用負担の増③事業所ごとにルールが異なることへの負担、などの利用者側に生じる負担に留意した上で、併用利用の有効性や効果を検討することが大切です。
2	事業対象者や要支援者でサービスAを利用している方が、状態悪化により介護認定の新規申請や区分変更を行い、介護認定日以後に継続利用要介護者としてサービスAを利用した場合、地域包括支援センターで介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントができるか。	継続利用要介護者のマネジメント（居宅介護支援）は、サービスA以外の介護給付サービスの有無にかかわらず、居宅介護支援事業所が行うこととしています。 問合せのケースのように、要介護の認定結果が想定される方がサービスAの継続利用希望する場合は、あらかじめ引き継ぎ先の居宅支援事業所との調整が必要です。更新申請等で要介護の認定を想定していなかった場合についても取り扱いは同様ですので、速やかに対応していただきますようお願いします。 ただし、継続利用要介護者がサービスAのみを利用する場合には、地域包括支援センターの委託を受けて、居宅支援事業所が介護予防ケアマネジメントを実施することとなります。
3	月途中で、継続利用要介護者として地域包括支援センターから居宅支援事業所へマネジメントを引き継いだ場合、マネジメント費、居宅介護支援費の請求はどうなるのか。給付管理票の記載方法はどうなるのか。	事業対象者又は要支援認定者の期間は介護予防マネジメント費又は介護予防支援費として地域包括支援センターが請求を行います。 認定有効期間の開始日以後は、介護給付とサービスAを併用する場合には、指定居宅介護支援事業所が居宅介護支援費の請求、支払処理を行います。 なお、サービスAのみを利用する場合には地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント費の請求、支払処理を行い、委託を受けた指定居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ委託料を請求します。 継続利用要介護者におけるサービスAの利用は給付管理の対象となるため、国保連請求時には給付管理票に記載をお願いします。

4	ケアマネジャーは、サービス提供中の利用者の状況把握はどうするのですか。	ケアマネジャーは、毎月サービス事業所へサービス提供票を提出してください。 サービス事業所は、サービス利用票を、毎月、ケアマネジャーに提出してください。ケアマネジャーは、受け取ったサービス利用票を、利用者の状況として保管してください。
5	要支援2の方でこれまですこやかシニア教室に通っていたが、腰椎圧迫骨折のため入院とリハビリ等で6か月空いてしまった。その間に要介護1の認定を受けられた。この場合、継続利用としてすこやかシニア教室に行くことは可能か。	ケースによるが、事例の方は骨折により認定区分が変更となられた。主治医、リハ専門職からの意見を踏まえたアセスメントの結果、すこやかシニア教室を継続的に利用することで、現状維持、もしくは回復が見込まれるのであれば、継続利用が可能と考えます。

【引用・参考文献】

- 厚生労働省 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
- 厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン
- 厚生労働省 地域支援事業実施要綱
- 一般財団法人長寿社会開発センター 地域包括支援センター運営マニュアル
- 一般財団法人長寿社会開発センター 介護支援専門員実務研修テキスト
- 大阪市 介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル

【参考研修】

令和3年度 適切な介護予防ケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業
介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修
https://nenrin.or.jp/tekisetsu_yobou/index.html

講師：厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室室長補佐 田中 明美氏（現生駒市特命監）

【資料】

別添1 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順

様式 通所型サービスの参加可否連絡票

別紙 居宅介護支援事業者による介護予防支援の指定申請について（通知）
（令和6年3月15日 6綾高第1607号）

別添 1 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順

以下は、主に介護予防ケアマネジメント計画を策定する場合の実施手順を記載している。

手 順	内 容
介護予防ケアマネジメント（介護保険担当窓口での対応）	相談受付の窓口は、さまざまなルートからの相談が想定されるため、市町村介護保険担当窓口及び地域包括支援センターでの対応を例示する。 介護保険担当窓口で相談を受けた場合の対応 ○ 利用者等の主訴の確認 ・ 利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。 ・ 聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。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。 ・ このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要支援認定申請又は要介護認定申請（以下、「要介護認定申請等」という。）の案内を行う。 ○ 介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認 ・ 利用者が総合事業のサービス・活動事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けていない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 （様式 1 及び様式 1 の別紙参照） ・ 要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターの職員が利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明し、その上で、「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 2 参照）を記入の上、窓口提出してもらう。 ・ 基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて市町村が事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨を記載したものを交付する。即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日事業対象者として登録後の被保険者証を郵送する。 ・ 要支援者については、既に要支援の認定結果が記載されているため、改めて被保険者証を提出する必要はない。 ・ 基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分には当たらないものと整理している。 ・ 事業対象者の情報を速やかにその圏域担当の地域包括支援センターに送付する。

介護予防ケアマネジメント（地域包括支援センターの対応）	地域包括支援センターで相談を受けた場合 ○ 利用者等の主訴の確認 ・ 地域包括支援センターが行う総合相談支援等において、利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。 ・ 聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。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。 ・ このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定申請等の案内を行う。 ○ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 ・ 利用者が総合事業のサービス・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 （様式1及び様式1の別紙参照） ・ 要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、利用者本人の自宅等を訪問してアセスメント等を行うことを説明する。 ○ 介護予防ケアマネジメントの依頼等 ・ 介護予防ケアマネジメント実施のため、「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2参照）を記入してもらう。 ・ また、介護予防ケアマネジメントにおける運営規程等の重要事項や契約書、個人情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。 ○ その他 ・ サービス・活動事業等利用のための手続は、原則、利用者本人が直接市町村窓口や地域包括支援センターに出向いて行う。ただし、利用者本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。 ・ 基本チェックリストの提出は、指定居宅介護支援事業者等からの代行も可能であるが、その場合の対応は利用者本人が来所できない場合と同様に対応する。 ・ 第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス・活動事業を利用することができる。
------------------------------------	---

介護予防ケアマネジメント	(ア) アセスメント（課題分析） ○ 利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聴き取り等を通じて行う。 ○ 利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行う。 ○ 利用者本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」（様式3参照）などを活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～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ある。 ○ この段階から、利用者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る。 ○ 利用者や家族との面接等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」（様式4参照）又は「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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」（様式6参照）を適宜活用して必要な情報を記録する事が可能。 ○ アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「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）」（様式5参照）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄を参考にして実施する。また、居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考にして実施する。 ○ なお、アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントA、B、Cの類型を問わず、実施が必要となる。 ○ リハビリテーション専門職等の活用について ・ 自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテーション専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効である。 なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。
	(イ) 介護予防ケアマネジメント計画原案作成 共通事項 利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組と支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となる。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となる。 ケアマネジメントA 従前相当サービスやサービス・活動Cの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合に行う。 ○ 介護予防ケアマネジメント計画に記載すべき事項 介護予防ケアマネジメント計画の作成にあたっては、規則第140条の62の5第3項各号に規定されている以下の事項を記載する必要がある。なお、「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）」（様式5参照）及び「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企29厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において規定している第6表「サービス利用票」及び第7表「サービス利用票別表」を適宜簡略化したうえで活用することが可能である。

介護予防ケアマネジメント（つづき）	- a 利用する総合事業サービス等の種類及び内容 - b 当該サービスを担当する者 - c 当該サービスを利用する期間 - d 当該居宅要支援被保険者等及びその家族の生活に対する意向 - e 当該居宅要支援被保険者等の総合的な援助の方針 - f 健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題 - g 提供される総合事業サービス等の目標及びその達成時期 - h 総合事業サービス等が提供される日時 - i 総合事業サービス等を提供する上での留意事項 - j 総合事業サービス等の提供を受けるために居宅要支援被保険者等が負担しなければならない費用の額 ○ 健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題等の設定にあたって ・ 生活の目標については、「表4 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、利用者本人が、自身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。 ・ また、介護予防ケアマネジメント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具体的な目標とすることが望ましい。 ○ サービス・活動事業等の内容の選択 ・ 単にサービス・活動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介護予防ケアマネジメント計画原案を本人と共に作成する。 ・ サービス・活動事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。 ➤ サービス・活動事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。 ➤ 例えば、通所型サービスなどの1つのサービス・活動事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスと、住民主体の支援によるサービスを組み合わせる 等、複数の類型（例：従前相当サービスとサービス・活動B）を合わせて利用することができる。 ・ 利用回数及び利用時間については、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。 ○ 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス・活動事業等、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画の原案全体を作成する。 ケアマネジメントB ○ 指定事業者によるサービス・活動Aを利用する場合には、介護予防ケアマネジメント計画の作成が必要となる。指定事業者によるサービス・活動A以外のサービス・活動事業（従前相当サービスを除く）を利用する場合には、介護予防ケアマネジメント計画の作成は必ずしも必要なく、介護予防ケアマネジメント計画の一部の事項を省略した介護予防ケアマネジメント計画等を作成することも可能。
--------------------------	--

介護予防ケアマネジメント（つづき）	(ウ) サービス担当者会議 共通事項 ○ サービス担当者会議の目的 ① 利用者・家族の生活の意向・目標を共有する ② さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する ③ 介護予防ケアマネジメント計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する ○ リハビリテーション専門職等の活用 ・ 自立支援・介護予防の観点からリハビリテーション専門職等に参加を求めることも有効である。 なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。 ケアマネジメントA ○ 介護予防ケアマネジメント計画の作成時（居宅要支援被保険者の場合は、要支援更新認定時も含む）・変更時に開催する。 ケアマネジメントB ○ 必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ないが、サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要である。 ケアマネジメントC ○ サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要である。
	(エ) 利用者への説明・同意
	(オ) 介護予防ケアマネジメント計画確定・交付 ケアマネジメントA ○ サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 ○ 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。
	(カ) サービス利用開始
	(キ) モニタリング（給付管理） 共通事項 ○ モニタリングの目的 ・ 利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することである。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要である。

介護予防ケアマネジメント（つづき）	○ 給付管理について ・ 居宅要支援被保険者がサービス・活動事業を利用する場合は、予防給付のサービスを利用しつつ、従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動 A を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度基準額の範囲内で、一体的に給付管理する。 ・ サービス・活動事業のみを利用する場合の給付管理については、従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動 A を利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援 1 の区分支給限度基準額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の生活支援・介護予防サービス等の利用状況も勘案して介護予防ケアマネジメント計画を作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援 1 の区分支給限度基準額を超える（ただし、要支援 2 の区分支給限度基準額の範囲内）ことも可能である。 ・ 従前相当サービス及び指定事業者によるサービス・活動 A を利用する場合は、給付管理が必要となる。 ケアマネジメント A ○ 介護予防支援と同様に、原則は、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ときには、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。 なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」に記載しておくこと。 ・ 3 か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断した場合 ・ モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。 ・ モニタリングやサービス担当者会議を 3 か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。 ・ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセスの簡素化（延長の期間含む）について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。 ただし、以下の場合は除く。 ・ 初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て 3 か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合 ・ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。 ケアマネジメント B ○ 省略可能。モニタリングを行う場合は、利用者及び家族等との相談によって設定した時期に、利用者本人の居宅等を訪問して面接する。
-------------------	---

介護予防ケアマネジメント（つづき）	○ 利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。 ※ 状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例 ・ サービス実施者と地域包括支援センターの間で、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つくる。 ・ 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。 ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。 ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。 ○ 指定事業者によるサービス・活動Aを利用する場合は給付管理を行う。 ケアマネジメントC ○ 利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。 (ク) 評価 ケアマネジメントA ○ 介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等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・活動事業等の見直し等今後の方針を決定する。
-------------------	--

表 1 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、 TP0 に応じた更衣、 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、TP0 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
<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、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
<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

介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

様式 1 基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式 1 の別紙 基本チェックリストについての考え方

様式 2 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 3 興味・関心チェックシート

様式 4 利用者基本情報

様式 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）

様式 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）

様式 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
（※ 様式 4 から様式 7 までは「標準様式例」という）

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式 1

記入日： 年 月 日 ()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目			回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ
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			0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			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			1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ
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
16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ
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
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言われるですか			1. はい	0. いいえ
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			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			1. はい	0. いいえ
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
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

(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

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目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 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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いても、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	

様式 2

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

										区 分	
										新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 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											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒			
				電話番号							
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号						サービス開始（変更）年月日					
						年 月 日					
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
介護予防支援又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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は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下さい。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒			
				電話番号							
居宅介護支援事業所番号						サービス開始（変更）年月日					
						年 月 日					
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
〇〇市（町村）長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は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											
被保険者 住 所 氏 名				電話番号							
確認欄		☐ 被保険者証資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号									
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、 保険者の状況を把握する必要がある時は、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 判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。											
年 月 日 氏名											

（注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。

2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター）又は介護予防支援若しく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うえ、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（ ） 記入日： _____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			

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	性別		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・C2		
	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	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 経過中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過中 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。

年 月 日 氏名

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 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

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				
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無					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）	介護関係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
日常生活（家庭生活）について		☐ 有 ☐ 無				()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無				()					
健康管理について		☐ 有 ☐ 無				()					

健康状態について
☐主治医意見書、健康結果、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
／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

【意見】

地域包括支援センター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
年 月 日 氏名 _____

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)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名

計画作成者氏名

[illegible]

※1 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（経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、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）や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する）。

2. サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

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	
			☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

（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計画の原案（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計画（介護予防ケアマネジメント計画等を含む）（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、別用紙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。

なお、介護予防ケアマネジメントにおいて、本様式例を活用する場合、各様式の使用及び様式に記載すべき項目について、必ずしも全てを網羅的に使用及び記載する必要はなく、介護予防ケアマネジメントの類型等やその必要性を吟味したうえで活用すること。

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、有効期限と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当あり」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。自室の有無について、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・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・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は、行政が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・活動事業等実施者、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（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 「計画作成者氏名」
- 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）、「健診結果」「観察結果」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、その意向がなぜ否定的なのか、消極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い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・活動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。

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。

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）」

「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）」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）」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）」

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（「○か月」「○月○日～○月○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○印を付す。

㉙ 「地域包括支援センターの意見・確認」

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、介護予防ケアマネジメント計画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。）

③〇 「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（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者氏名」

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 従前相当サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、その必要性について理由を記載する。

⑤ モニタリング期間の延長を行う場合は、延長後のモニタリング期間やその要件を満たしていることが分かるように記載しておく。

4 「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」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者氏名」

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。

主治医 様

令和 年 月 日

通所型サービスの参加可否連絡票

下記の方がすこやかシニア教室（第1号通所事業通所型サービスA）又はリハビリ強化型すこやかシニア教室（第1号事業通所型サービスC）に参加されるに当たり、運動プログラム参加の可否について、ご判断をいただきたく存じます。

受診者氏名		性別	男 ・ 女
要介護状態区分	事業対象者	要支援 1	要支援 2
生 年 月 日	明・大・昭	年	月 日 （ 歳）
住 所	綾部市		
電 話 番 号	電話番号（ ）－		
すこやかシニア教室 会 場 名			
担当者（地域包括又はケアマネジャー）	事業所名		
	担当者名	電話（ ）－	

※太枠内は地域包括支援センター職員等が記入。

【本人記入欄】

私は、「すこやかシニア教室」「リハビリ強化型すこやかシニア教室」の参加については、参加当日の体調等に十分注意し、自己の判断により参加いたします。

また、当該教室への参加により、万一、体調の変化及び事故等が発生した場合についても、この「通所型サービスの参加可否連絡票」を根拠とした一切の異議申し立て等を行わないことを誓約いたします。

本人署名

受診される際の注意事項

※ 医療機関に受診される際には、裏面の問診票を記入の上、ご持参ください。

※ 本用紙の作成にかかる費用は、医療機関によって金額が違います。

※ 「参加適」と判断された場合でも体調の変化などにより、参加を中止していただく場合があります。

★あてはまる箇所に○をつけてください。

1. 健康診断（長寿いきいき健診または特定健康診査）を受けましたか？	はい	いいえ
------------------------------------	----	-----

2. この3か月間に1週間以上にわたる入院をしましたか？	はい	いいえ
------------------------------	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？	
	重症高血圧症（収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上）
	脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、等）
	心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞、等）
	糖尿病
	呼吸器疾患（慢性気管支炎、肺気腫、等）
	関節炎、関節痛、骨粗しょう症などの痛みのため
	脊椎圧迫骨折
	貧血
	うつ病
	その他（ ）

3. 医師から「運動の制限」あるいは「日常生活の指導」をされていますか？	はい	いいえ
--------------------------------------	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？	
	重症高血圧症（収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上）
	脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、等）
	心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞、等）
	糖尿病
	呼吸器疾患（慢性気管支炎、肺気腫、等）
	関節炎、関節痛、骨粗しょう症などの痛みのため
	脊椎圧迫骨折
	貧血
	うつ病
	その他（ ）

4. 次の項目にあてはまりますか？（「はい」「いいえ」「わからない」に○をつける）

この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
重症高血圧症（収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上）	はい	いいえ	わからない
糖尿病で目が見えにくい、腎臓が悪くなっている、低血糖発作があると言われた	はい	いいえ	わからない
1年以内に心電図に異常があると言われた。	はい	いいえ	わからない
家事や買い物でひどく息切れする。	はい	いいえ	
この1か月以内に急な腰痛、膝痛があり今も続いている。	はい	いいえ	

★以下の欄は医師が記入してください。

上記をふまえ、運動機能向上プログラムへ参加が適当か不適当に○をつけてください。

医師確認	参加の適否（適・不適）
医師意見（参加する上での留意事項または参加不適当な理由）	
医師名 _____	

受診日 令和 年 月 日

【別紙】

6 綾高第 1 6 0 7 号
令和 6 年 3 月 1 5 日

指定居宅介護支援事業所 御中

綾部市福祉保健部高齢者支援課長

居宅介護支援事業者による介護予防支援の指定申請について（通知）

日頃は、本市の介護保険行政の推進にご尽力いただき、厚くお礼を申し上げます。

さて、令和 6 年 4 月 1 日から介護保険法の改正により、居宅介護支援事業者においても介護予防支援事業者の指定を受けることが可能となります。

つきましては、令和 6 年 4 月 1 日以降の指定にかかる指定申請について、下記のとおり受け付けますので、指定を希望される事業者は、手続きをお願いいたします。

記

【指定申請の受付期間】

令和 6 年 4 月 1 日から指定を希望する場合：令和 6 年 3 月 2 5 日（月）

令和 6 年 5 月 1 日から指定を希望する場合：令和 6 年 4 月 1 5 日（月）

令和 6 年 6 月 1 日以降に指定を希望する場合：指定希望日の前々月の末日

【提出書類（別添）】

- ・ 指定申請書（※申請日を 3 月 2 2 日以降の日付にしてください）
- ・ 付表 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項
- ・ チェックリスト
- ・ 上記チェックリストに示す添付書類

※加算を算定する場合は、介護給付費算定に係る届出（加算体制届）の提出もお願いします。

（厚生労働省より新しい様式が発出され次第、ご連絡いたします。）

【主な指定要件、留意事項】

- ・ 居宅介護支援事業所の指定を受けていること
- ・ 法人の登記事項証明書における「目的」欄に「介護保険法に基づく介護予防支援事業」等の介護予防支援事業が含まれている旨の記載が必要になります。（登記手続きが間に合わない場合はご相談ください。）
- ・ 居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定を受けて実施できる業務は、「介護予防支援」のみです。

- ・介護予防支援事業所の指定を受けなくても、引き続き地域包括支援センターからの委託を受ければ、介護予防支援の実施は可能です。
- ・「介護予防ケアマネジメント」は、これまで通り地域包括支援センターまたは、委託を受けた指定居宅介護支援事業所が実施することになります。

- ・以下のような場合においては、注意が必要です。

例：利用者（要支援２）について、Ａ居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所（委託ではない）として担当しているケース

利用月	利用するサービス	プラン	必要な届出
５月	通所型サービス（総合事業） 介護予防福祉用具貸与	介護予防支援	介護予防サービス計画作成依頼 （変更）届出書
６月	通所型サービス（総合事業）	介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント依頼 （変更）届出書
７月	通所型サービス（総合事業） 介護予防福祉用具貸与	介護予防支援	介護予防サービス計画作成依頼 （変更）届出書

この場合においては、５月分・７月分はＡ事業所が担当の指定介護予防支援事業所ですが、６月分は介護予防ケアマネジメントとなるため、地域包括支援センターが担当となります。また、５月分、６月分、７月分のそれぞれにおいて「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」・「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出、利用者との契約が必要となります。（Ａ事業所は５月分・７月分、担当地域包括支援センターは６月分）。

しかし、このような事態は利用者に負担を強いることになるため、指定居宅介護支援事業所である指定介護予防支援事業所が要支援者の受け入れを行うにあたっては、契約の時点において利用者、指定居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの三者において契約を行っていても差し支えありません。

※ただし、この場合であっても上記の例における６月分の地域包括支援センターの「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」は必要です。

【問い合わせ先】

高齢者支援課 企画管理担当 電話４２－４３３９

