

国分寺市

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの手引き

(改訂版)



国分寺市

令和8年4月

東京都国分寺市公式 HP

<https://www.city.kokubunji.tokyo.jp>

(ページ番号 1023811 「介護支援専門員向け情報」に掲載)

目 次

第1章 介護予防の基本的考え方・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1. 介護保険制度の基本的考え方	1
2. 介護保険制度における介護予防	1
第2章 介護予防・日常生活支援総合事業・・・・・・・・	2～8
1. 総合事業とは	2
2. 対象者	3～4
3. 介護予防ケアマネジメントの考え方	5
4. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	6
5. 国分寺市におけるサービス・活動事業について	7
6. 従前相当サービスについて	8
第3章 利用に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・	9～19
1. 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 （地域包括ケア課・地域包括支援センターで実施）	10
2. 介護予防ケアマネジメント利用の手続	10～11
3. アセスメント（課題分析）	12
4. ケアプラン原案作成	13～14
5. サービス担当者会議	15
6. 利用者への説明・同意・ケアプラン確定・交付同意・交付	16
7. サービス利用	16
8. モニタリング	16～17
9. 評価	18～19
第4章 認定結果が出る前の対応について（暫定ケアプラン）	20

第5章 指定居宅介護支援事業者への業務委託・・・・・・・・・・・・・・・・	21～24
1. 委託契約の方法	21
2. 指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの連携	22
3. 提出書類一覧	23
4. 利用票・提供票の作成について	24

帳票の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	25～29
(介護予防給付・従前相当、ケアマネジメントAの場合)	25～26
(ケアマネジメントBの場合)	27～28
(ケアマネジメントCの場合)	29

委託先指定居宅介護支援事業所における 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の給付管理について・・・	30～31
【居宅介護支援事業所用】	

様式・参考資料 目次・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	32
------------------------------------	----

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	33～54
--------------------------------------	-------

介護予防給付に関するQ&A・・・・・・・・・・・・・・・・	55
-------------------------------	----

介護予防・日常生活支援総合事業に関するQ&A・・・・・・・・	56～63
--------------------------------	-------

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	64～66
--------------------------------------	-------

本手引きは、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン、地域包括支援センター運営マニュアル4訂を参考に、「国分寺市介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの手引き（改訂版）令和7年4月」を修正したものです。

第1章 介護予防の基本的考え方

団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年以降、少子化を背景として生産年齢人口(現役世代)は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、介護ニーズの高い85歳以上人口は令和17(2035)年頃まで一貫して増加することが見込まれています。

そのため、今後高齢者が地域において健康で自立した生活を送るためには、保険者である市町村、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者間で、介護保険の自立支援や介護予防の理念、高齢者自らが健康保持増進や介護予防に取り組むといった基本的な考え方、わがまの地域包括ケアシステムや地域づくりの方向性等を共有し、多職種の専門的視点を活用しながら自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント支援を行うことが求められています。

1. 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

また、国民は要介護状態となることを予防するため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も、介護サービスを利用して能力の維持向上に努める明文化されています。

2. 介護保険制度における介護予防とは

介護予防の目的を再確認すると、つぎのような二つのポイントに集約されます。

①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと

②要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること

①では、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識をもち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要です。②では、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。

(出典：地域包括支援センター運営マニュアル4訂を一部変更)



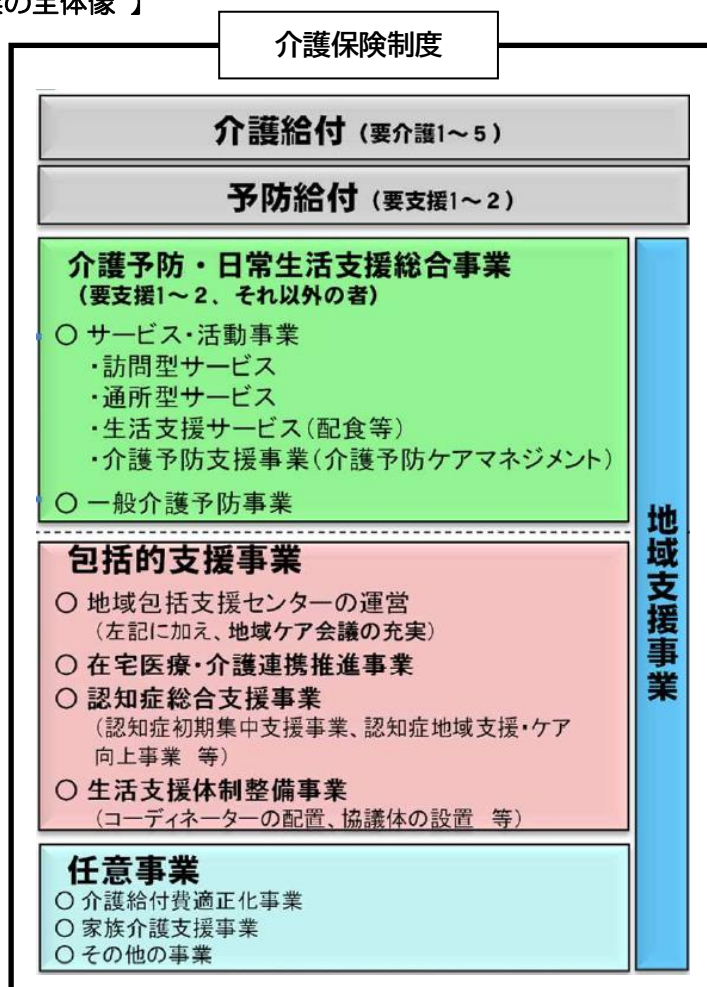
第2章 介護予防・日常生活支援総合事業

1. 総合事業とは（介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインより引用、一部変更）

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

具体的には、①住民主体の多様なサービス・活動の充実を図り、居宅要支援被保険者等の選択できる生活支援・介護予防サービスを充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による生活支援・介護予防サービスの充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、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からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指しています。

【 地域支援事業の全体像 】



（介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより引用、一部変更）

2. 対象者

総合事業は、要介護認定の結果、要支援1・2と認定された方や、第1号被保険者であって基本チェックリストp.35により「サービス・活動事業対象者(以下「事業対象者」*という。)」と判断された方が、サービスを利用できます。

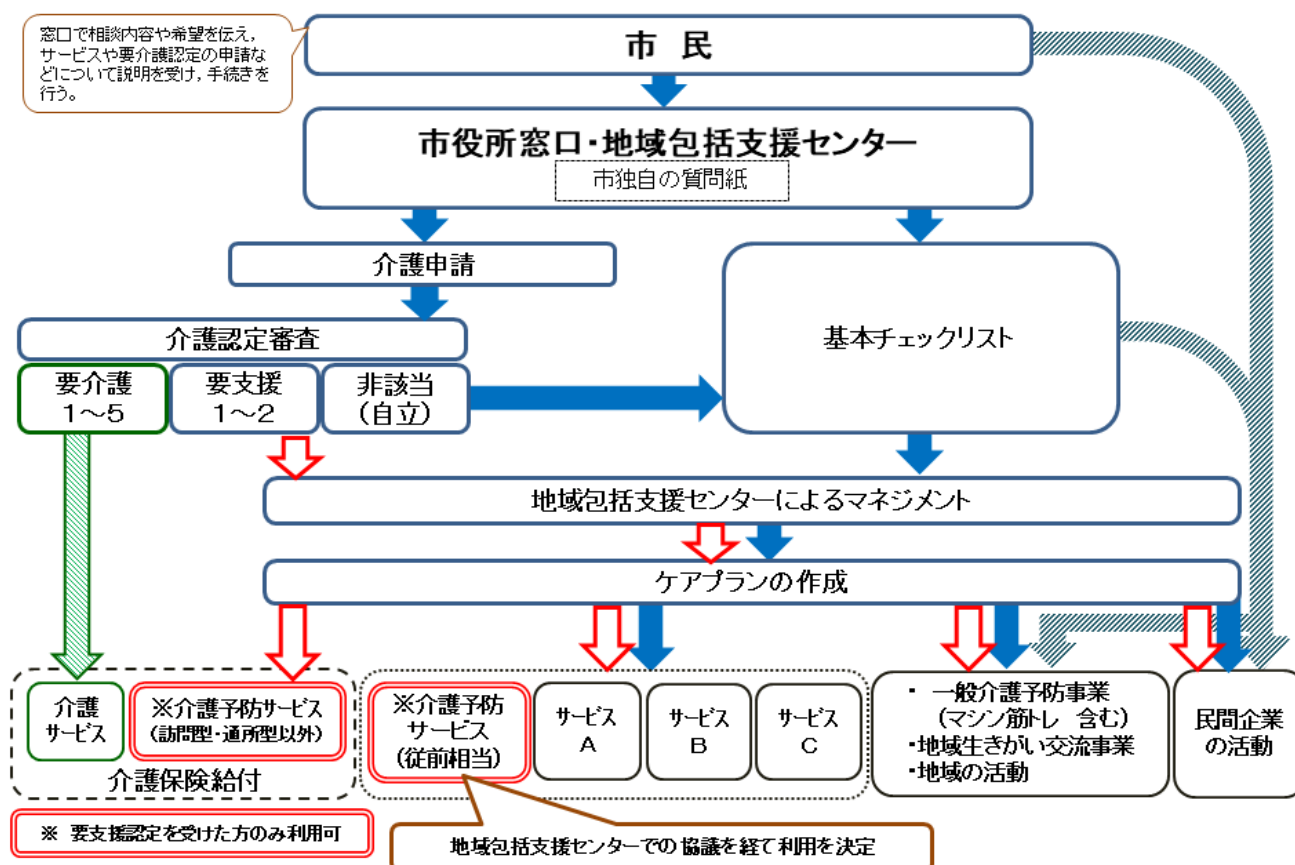
*「事業対象者」とは

65歳以上で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援(要介護)状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当した方です。事業対象者となるには、原則本人が地域包括支援センター又は市の窓口で手続きをする必要があります。第2号被保険者は事業対象者となることはできませんので、今まで通り要介護認定申請を行います。

また事業対象者は有効期間がないため更新手続きなどは不要です。終期はありませんが、設定したケアプランの実施期間に評価、状態のアセスメントを実施して適正なサービス提供となるようにしてください。要介護または要支援認定者になるまでは事業対象者として、「サービス事業(訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援サービス等)」のみ利用することができます。

国分寺市では、サービスを利用したいなどの相談があった場合には、市独自の質問紙を用いて聞き取りを行った結果、その方にとって要介護認定申請をしたほうがよいのか事業対象者の申請をしたほうがよいのかを担当職員が説明します。その上で本人に、どちらかを選択していただきます。

介護予防・日常生活支援総合事業利用までの流れ



3. 介護予防ケアマネジメントの考え方

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す。

地域において高齢者が健康を維持し改善可能な場合は、適切な支援を受けて医療や介護、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、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の保持・増進に向けた取組を行うことが重要です。

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、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

また、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、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

要支援1・2と認定された方については、本人および家族の意向をもとにアセスメントを行い、「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援サービス等）」が必要な場合は総合事業で、それ以外の「介護予防訪問看護や介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与」等の予防サービスが必要な場合は、予防給付から提供されることとなります。

サービス利用の組み合わせ例

介護予防給付のみ利用する場合	保険給付 (介護予防支援) ^(注1、2)
介護予防給付と総合事業併用する場合	
総合事業のみ利用する場合	総合事業による実施 (介護予防ケアマネジメント) ^(注2)

(注1) 地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施するほか、指定を受けた指定居宅介護支援事業所が実施。

(注2) 居宅介護支援事業所に委託も可。

(出典：地域包括支援センター運営マニュアル4訂を一部変更)

＜介護予防ケアマネジメントの留意点＞



利用者の主体的なサービス利用の推進

介護予防においては、利用者の意欲や主体的な取組がその効果に大きく影響するため利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の意義についての理解を促すことが大切です。

利用者への丁寧な説明

ケアマネジメントの結果、適当と判断したサービス内容について利用者が十分に理解し、納得する必要があります。

自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を丁寧に説明します。

包括的支援の実施

介護予防給付サービスや総合事業サービスだけでなく、市町村サービスや地域におけるインフォーマルなサポート等を活用した介護予防ケアマネジメントが重要です。

適切なモニタリングと継続的なケアマネジメントの実施

利用者の状態が変化した場合には、その状態像に応じて目標の達成状況等を適切に評価し、支援内容を定期的に見直していくことが重要です。

※総合事業のサービス利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していません。

4. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

国分寺市の介護予防ケアマネジメントは以下のとおりです。

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態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、以下の3つの類型に分けられます。

(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）

予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、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します。

(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）

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあけたモニタリングの実施等を想定しています。

利用者の状態等にあわせて簡略化したプロセスでケアマネジメントを実施します。

(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）

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービスの利用または地域の予防活動、その他の活動への参加の開始時にのみ行われるものです。

基本的にサービス等につなげた後は、モニタリング等を行わないものとします。

★国分寺市では東京都が提案する推奨様式を使用しています。

★ケアマネジメント類型やサービス種別によって使用する様式が異なります。

	ケアマネジメント類型	サービス種別	使用様式
(1)	ケアマネジメントA	指定事業者のサービス (従前相当サービス)	A表～F表
		短期集中サービス (訪問型サービスC・通所型サービスC)	簡略化された A表～F表
(2)	ケアマネジメントB	住民主体による支援 (通所サービス型B)	
		その他の生活支援サービス	
(3)	ケアマネジメントC	その他の生活支援サービス (一般介護予防事業、民間や住民主体のサービスなど)	簡略化された A表～C表
参考	介護予防支援	介護予防給付のサービス (総合事業サービスの併用も可)	A表～F表

(様式の記入方法については、p.40～p.50参照。)

5. 国分寺市における「介護予防・生活支援サービス（サービス活動）事業」について

国分寺市では、下記の表のサービスを実施しています。

【訪問型サービス】

種別	多様なサービス		従前相当サービス
	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	従前相当サービス
対象者	身体介護は必要なく、家事等の生活支援が必要な方		有資格者による専門的なサービスを受ける必要がある方
サービス内容	○生活支援： 洗濯、掃除、調理、買い物、ゴミ出しなど 	○機能改善短期集中プログラム実施： ①専門職の自宅訪問 ②個々の状況に合わせ、下記を組み合わせたプログラム作成 ・日常生活上の動作改善 ・閉じこもり予防 ・口腔機能向上 ・栄養改善 など	○身体介護： 入浴介助など ○生活援助： 洗濯、掃除、調理、買い物など
サービス提供者	○介護保険事業所： ・訪問介護員（有資格者） ・研修修了者		○介護保険事業所： ・訪問介護員（有資格者）
サービス提供時間	1回 45分以上 60分未満	4か月間、1回 60分以内	必要な時間
自己負担・利用料（目安）	1回 260円（1割負担の場合）	1回 250円	1か月あたり（1割負担の場合）： 1,300円（週1回程度利用） 2,596円（週2回程度利用） 4,119円（週3回程度以上利用）
運営方法	事業所指定		事業所指定

【通所型サービス】

種別	多様なサービス			従前相当サービス									
	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスB (住民主体による支援)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)	従前相当サービス									
対象者	身体機能や社会的機能の維持、向上が必要な人			職員による身体介護や常時の見守りが必要と認められる方									
サービス内容	○体操・運動等の活動 ○食事やレクリエーション、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ○定期的な交流会、サロン、会食会等、心身活性化のための活動 など 	○機能改善短期集中プログラム実施 ○個々の状況に合わせ、下記を組み合わせたプログラム作成 ・運動器の機能向上 ・口腔機能向上 ・栄養改善 など	○食事や入浴などの日常生活の支援 ○生活機能向上のための機能訓練 ○生活等に関する相談・助言 ○健康状態の確認 など										
サービス提供者	○介護保険事業所： ・介護職員（資格は問わない） ・研修修了者	○NPO法人・公益社団法人等： (原則介護保険事業所は除く)	○受託事業者 ・理学療法士等	○介護保険事業所： ・介護職員（資格は問わない）									
サービス提供時間	1時間 30分以上 3時間未満 又は 3時間以上	隔週 1回以上、1回 2~3時間程度	4か月間、週1~2回	必要な時間									
自己負担・利用料（目安）	<table border="1"> <tr> <td>1割負担割合</td> <td>1時間30分以上 3時間未満</td> <td>3時間以上</td> </tr> <tr> <td>送迎なし</td> <td>374円/回</td> <td>390円/回</td> </tr> <tr> <td>送迎あり</td> <td>416円/回</td> <td>433円/回</td> </tr> </table>	1割負担割合	1時間30分以上 3時間未満	3時間以上	送迎なし	374円/回	390円/回	送迎あり	416円/回	433円/回	1回 300~1,000円程度 ※登録団体が定める利用料	1回 150円	1か月あたり（1割負担の場合）： 要支援1… 1,921円 要支援2… 3,868円
1割負担割合	1時間30分以上 3時間未満	3時間以上											
送迎なし	374円/回	390円/回											
送迎あり	416円/回	433円/回											
運営方法	事業所指定		補助	業務委託									
	事業所指定		補助	事業所指定									

6. 従前相当サービスについて

総合事業においては、多様なサービスの利用による生活支援を基本としていますが、有資格者による専門的なサービスを必要とする場合があります。

これら専門的サービスは従前相当サービスとして位置付けられており、ケアマネジメントについては介護予防支援と同様のプロセスや帳票が必要となります。

国分寺市における従前相当サービスについては、以下のような内容となります。

●対象者

身体介護が必要な状態や精神疾患により、以下①～③すべてに該当する場合

- ①有資格者による専門的サービスを受ける必要がある
- ②他に代替するサービスがない
- ③サービス提供がなされなければ、生活の継続が困難

※従前相当サービスを利用する場合は、要支援認定が必要となります。対象者が事業対象者の場合は、要介護認定申請をおこなってください。

(具体例)

- ◇入浴サービス利用者のうち、洗身等の直接的介助が必要な対象者
- ◇身体状況、疾病等の理由からリスクを伴うため、専門的な視点で見守りが必要と判断される対象者
- ◇精神疾患等があり、個別性の高いサービス提供が必要な対象者

●流れ

従前相当サービスが必要と思われる対象者については、そのサービスについて協議する必要があります。協議では、概要、従前相当サービスの必要性等を確認し、利用について判断します。該当するケースが発生した場合は、すみやかに地域包括支援センターへ相談し、協議に向けた準備を進めます。

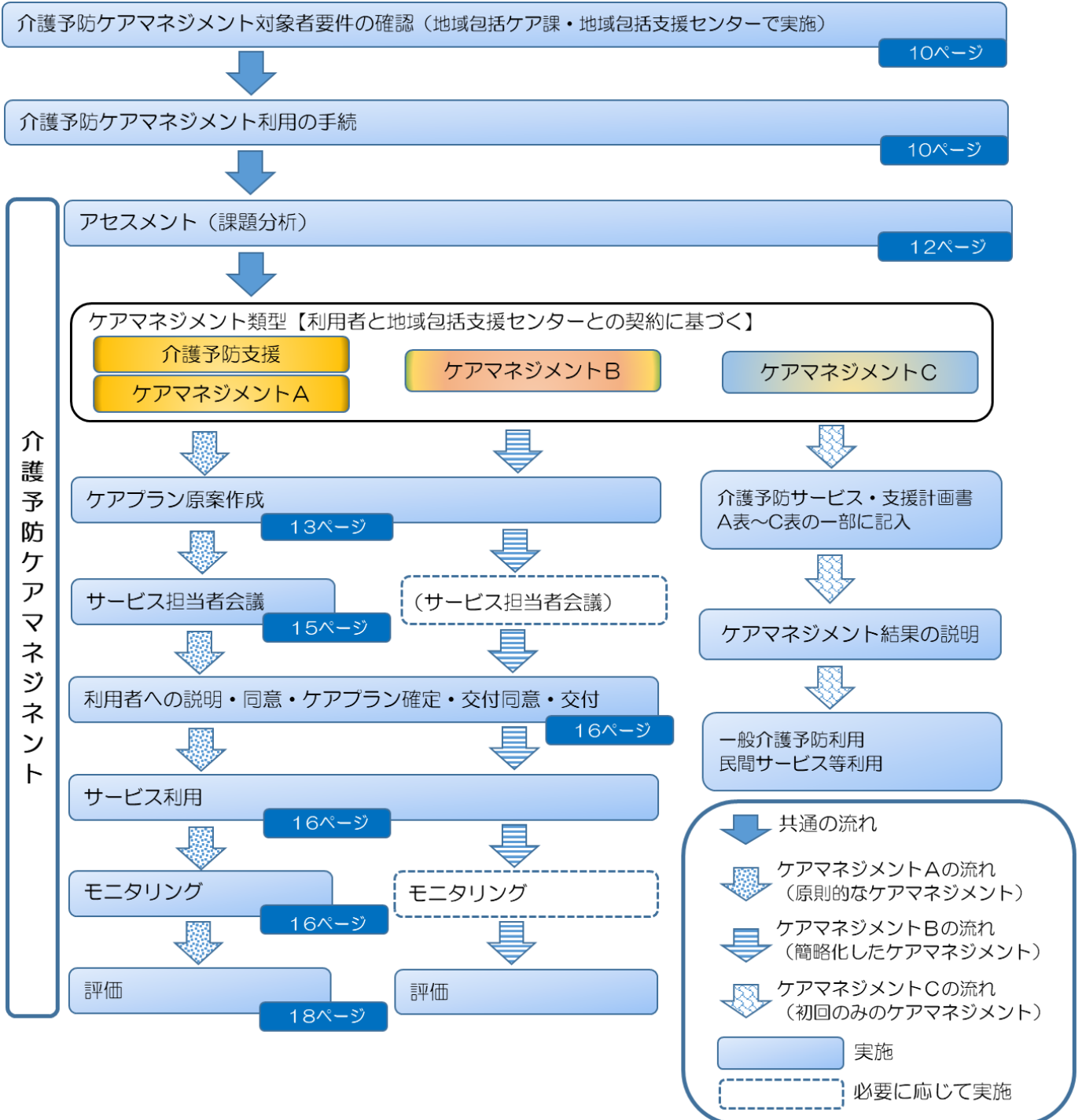
従前相当サービスは、1年ごとに継続利用についての評価・検討が必要となります。



第3章 利用に向けて

高齢者（被保険者）等の生活の困りごと等の相談は、市役所地域包括ケア課窓口または、地域包括支援センターで受けます。

●進め方



介護予防 ケアマネジメント対象者要件の確認 (地域包括ケア課・地域包括支援センターで実施)

●本人の意向の聞き取り

おうかがい票 p.33 を活用し、以下 ①②③ のいずれかへ進みます。

① 要介護認定等の申請

- ・本人より要介護申請の希望がある場合。
- ・明らかに要介護認定が必要な場合。
- ・予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導等）や介護給付によるサービスを希望している場合等。

※第2号被保険者については、要介護認定を受けることにより総合事業サービスを受けることができます。

② 基本チェックリストの実施（留意点についてはp.11 参照）

- ・本人が要介護認定等を省略して総合事業の利用を希望する場合。
- ・基本チェックリストを実施して総合事業利用が適切と思われる場合。
- ・要介護認定が非該当の場合。

※基本チェックリストを実施する場合、原則本人が直接窓口に出向いて行います。

③ 地域で参加できるサロン・サークル等を案内

- ・地域等での活動を希望している場合。

介護予防ケアマネジメント利用の手続

利用に向けて、①～④の手順で手続を進めます。

- ①利用者より介護予防ケアマネジメント作成依頼を受けます。
- ②利用者宅を訪問します。
- ③重要事項説明書、個人情報使用同意書について説明し同意を得て、契約をかわします。
- ④介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを開始します。

※入院時における医療機関との連携について

入院時の医療機関との早期からの連携促進の観点から、介護予防ケアマネジメントの提供開始の際に、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。

<基本チェックリストの留意点>

本人が記入します。

(「基本チェックリストについての考え方」 p.36 に基づいて、質問項目の趣旨を説明しながら記入してもらいます。)

基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうか確認します。

基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日になるため、記入年月日に記入されていることを確認します。

要支援認定を受けている方が更新を希望せず、事業対象者としてサービスを希望される場合、基本チェックリストは介護保険更新時期と同様に考え、要支援認定満了日の60日前から申請可能です。その場合には、認定期間開始日が当該満了日翌日に事業対象者となった被保険者証が交付されます。

事業対象者となった後や、総合事業サービスによるサービスを利用し始めた後も、必要ときは要介護認定等の申請が可能です。



アセスメント（課題分析）

●目的

本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることです。

※課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができます。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

●基本的な考え方

- 基本チェックリストや利用者基本情報、面談などによって情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。
- 認定調査項目や特記事項、主治医の意見書を活用します。主治医の意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意点を確認することができます。
- アセスメントは利用者と計画作成者との協働作業です。漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、興味・関心チェックシート p.39 を活用し関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要です。

●ポイント

- できないことばかりに目を向けず、本人ができること、できそうなこと（潜在能力）を探します。
- 能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに行為として、していないものがあればなぜしていないのかを明確にし、行為として行う事の大切さを理解してもらえよう働きかけます。
- 目指す生活や目標が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから一緒に考えます。
- 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取組が継続されることを活用します。（環境づくり）
- 具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持った上で、利用者に丁寧な説明を行います。
- 高齢者は往々にして加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等がみられます。その結果として、活動範囲が小さくなったり社会との交流機会が減ったりすることが、あきらめや自信の喪失感等につながっていることがあるので考慮します。

●目的

「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します。

●目標と具体策のすりあわせ

○「目標とする生活」にできるだけ近づくよう、総合的課題についても目標を設定します。

・自己効力感につながる目標を設定します。一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮します。

・「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点をあてるのではなく、特に介護予防ケアマネジメントでは、本人が「できること」や「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるという視点を持ちます。

○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、「身体機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていきます。

○利用者や家族に対して課題解決に向けた目標と具体策を引き出し、合意のプロセスを丁寧に進めます。

○専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分に説明をし、理解を得た上で使用する必要があることに留意する必要があります。

○目標は利用者・家族及びサービス担当者が共有し、一体となって目標の実現を目指します。なお、利用者本人が自らのケアプランであると実感し、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があります。そのためには、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間取り組むことにより実現可能なこと、③それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましいとされています。

●具体的なサービス計画

○利用者本人の取組

生活機能の低下を予防するための、利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善など。

○家族や地域の支援、民間サービス等

家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込みます。

○介護保険サービス、地域支援事業、区市町村サービス

生活機能低下を予防するために利用するサービス・活動事業や予防給付のサービス等を選択します。

＜サービス選択にあたっての留意点＞

通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション（生活不活発病予防）

生活不活発病予防の観点から、積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供し、生活不活発病の予防・改善を期待できます。

訪問型サービス（本人ができることはできるだけ本人で）

利用者にとって自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）がある利用者に対し1対1で提供するサービスであり、利用者の状況により訪問介護員への依存関係を生じやすい指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に配慮し、段階に応じ生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。

福祉用具の利用（利用の妥当性と適合性の検討）

利用にあたっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供される等、適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査することが必要です。

医療系サービス（介護予防訪問看護・介護予防通所リハビリテーション等）の利用

医療系サービスを計画に位置付ける際は、「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」の第30条第二十一号及び第二十二号の記載において当該ケアプランの医師への交付についても定められており、主治医との連携を図る必要があります。

サービス担当者会議

●目的

- 利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有します。
- 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有し、利用者の社会参加を促進し、生活の質の向上に役立てます。
- 利用者の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議します。
- ケアプランにおけるサービス提供事業者の役割を相互に理解します。

●開催時期

- ケアプラン原案作成時。
- 要介護認定更新時、区分変更時。
- 臨時の開催。
 - ・介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状況等に変化があったとき。
 - ・サービスや事業の利用中断があり、計画変更する場合。

●開催のポイント

- 出席者については、必ず守秘義務に関する配慮義務を課すことが必要であり、インフォーマルサービスの支援者にも守秘義務が求められるため説明が必要です。
- 疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。目標設定するときは、主治医より予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切です。医師との日程調整が難しい事が少なくないですが、受診時または照会等により情報を得る等、工夫し実施します。
- 介護予防・生活支援事業（サービス・活動事業）提供事業者が会議に参加することで、利用者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有できます。またリハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手できます。
- 簡略化されたケアプランを作るときは、評価する月についても話し合います。

利用者への説明・同意・ケアプラン確定・交付同意・交付

利用者・家族からケアプランの同意を得て交付します。また、サービス提供事業者に交付しサービス提供開始を伝えます。

サービス利用

ケアプランに組み込まれた具体的な支援の内容について、サービス提供事業者やインフォーマルサービスの支援者と調整を行い、計画の目標に沿ってサービスが適切に実施されるように支援します。

モニタリング

●モニタリングの目的

- 支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し次の支援計画に結びつけていきます。
- モニタリングの結果を評価につなげます。

●モニタリングの視点

- 利用者の生活状況に変化がないか。
- 計画どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- 個々のサービス提供等の内容が実施の結果、適切であるかどうか。
- 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

●記録（必要時「評価表」に記入）

- モニタリングの実施状況については随時「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。
- モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合、及び要介護認定における区分変更申請が必要な場合は、「評価表」に記入します。

●実施方法

類型	実施方法
介護予防支援 ケアマネジメントA	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供事業者からの報告・連絡、事業者への訪問、利用者からの意見聴取などの手法を通じて定期的に行います。 ・特段の事情がない限り、サービスの評価期間終了月、サービス提供開始の翌月から起算して3か月に1回及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問して面接し、必要に応じて計画の見直しを行います。(※1)(※2) ・上記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と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、利用者自身の状況を確認するようにします。 ・また、少なくとも1か月に1回は、モニタリングの結果を記録に記載するものとする。
ケアマネジメントB	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び家族との相談によって設定した時期に訪問し面接します。 ・「必要に応じて実施」のため、利用者の状況変化等があった際、サービス実施者側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きます。
ケアマネジメントC	<ul style="list-style-type: none"> ・実施不要ですが、利用者の状況変化等があった際、サービス実施者側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きます。

(※1) 原則は上記の手順に従ってモニタリングを実施してください。

(※2) 令和6年度介護報酬改定により、一定の要件を満たした上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器の活用することで、モニタリングの訪問回数が、少なくとも半年に1回利用者宅を訪問することに変更可能となりました。

評価

●目的・視点

- サービス提供事業者からの報告をもとに、介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には各利用者の状態を評価します。ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じ、今後のケアプランを見直すことが目的です。
- サービス提供事業者が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化を把握・集約し、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

●実施時期

- サービス担当者会議で評価すると決めた月。
- 介護予防サービス・支援計画表（C表）で設定した終了月。
- 本人の状態の変化に応じて目標変更するとき。
- 少なくとも1年に1回以上。
※新規、変化の生じる可能性の高い場合等、短期間で評価した方が良い場合などを見極めて期間を設定します。

●評価の反映

- 目標が達成された場合は、速やかに課題の再分析を行い次の目標を設定し、計画を見直します。
- 課題が解決されている場合は、次のステップアップのために住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。
- 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、実現可能な目標となっているか、課題分析結果に基づき計画を組み直します。

●記録

「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」に記載します。

（記入に伴う視点はp.50参照）



<評価に伴う留意点>

サービス利用等の判定は、各利用者の生活機能の変化に応じて評価・判定されるものですが、その際、利用者や家族の意向に配慮するとともに利用者の生活の自立を支援する観点から評価・判定されることが大切です。

利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、予防給付とサービス・活動事業という両制度間でのサービス移行があり得る事をあらかじめ説明しておくことが両制度の円滑な利用にあたって大切です。

評価にて改善された場合は一般介護予防事業等の案内を行うなど、終了後もセルフマネジメントが実施できるように支援していくことも必要です。

課題解決しないでサービスが終了し、その後の生活に心配な点がある方については、その後の生活の検討を行います。居宅介護支援事業者が地域包括支援センターより委託を受けて担当している場合は、地域包括支援センター等の関係機関を含めた協議を行うことが可能です。

評価表にある【プラン継続・プラン変更・終了】のチェックについては、計画作成者が「今後の方針」で該当するものに「レ」点をつけます。

※もともと達成可能な目標設定であるべきことや、モニタリングを通して目標を達成しない場合はケアプランの修正を行うべきことから、基本的には【プラン変更】となります。サービスの変更なし→プラン継続ではありませんので、注意してください。

【プラン継続】とは

・継続はまれなケース。ケアプラン中に一時的な入院等がありプランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく改めて同じケアプラン内容を実施するとき 等。

【プラン変更】とは

- ・目標設定期間満了したとき（認定更新時含む）。
- ・利用者の状態が変わったとき 等。

【終了】とは

- ・死亡・転出等によりプランニングの必要がなくなったとき。
- ・担当ケアマネジャーの交代時。
- ・担当居宅介護支援事業所の変更時。
- ・目標が達成、またはその他の理由でサービス不要となり、次のケアプランを作成する必要がなくなったとき 等。

4章 認定結果が出る前の対応について（暫定ケアプラン）

要介護認定の新規申請、区分変更申請等において、認定結果が出る前にサービスを提供する場合、要支援又は要介護の認定結果を見込んだ上で作成する暫定ケアプランが必要となります。

●作成が必要な場合

- 新規に要介護認定の申請を行い認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合。
- 要介護認定者が区分変更申請を行い認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合。
- 要介護認定者が更新申請を行い認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合。

<作成に当たっての留意事項>

認定結果が非該当となったとき又は暫定ケアプランに設定した要介護度等よりも重くまたは軽くなったときは、介護サービスに要する費用の全部又は一部が自己負担になる場合があるため、あらかじめ利用者又はその家族に十分な説明を行います。

要介護認定結果が要介護、要支援のいずれになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが相互に連携を取りながら暫定ケアプランを作成します。

暫定ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、認定結果確定後、利用者の状況等に変化がなければ、再度、アセスメントを行う必要はありません。

暫定ケアプランを交付していても、認定情報（「認定日」「認定の有効期間」「目標、援助内容の期間」）等が記載されていないため、確定ケアプランとみなすことができません。必ず、認定結果確定後に確定ケアプランを作成し利用者及びサービス提供事業者に交付します。

要介護認定は有効期間が申請日に遡って決定され、暫定ケアプランについても決定された要介護度等に基づき有効となることから、暫定ケアプランを作成する場合であっても、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第13条第6号から第11号までに定める一連の業務（アセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議の開催、ケアプランの説明及び同意、ケアプランの交付）（以下「一連の業務」という。）を行います。

更新申請の際に、利用者の状況からサービス内容に変更がないと判断し、更新前と同一内容で暫定ケアプランとする場合も基本的には一連の業務が必要となります。ただし、一連の業務を省略するような状況と考える場合には、ケアマネジャー一人で判断せず、地域包括支援センターへ相談してください。省略する場合は、その判断と利用者の同意、サービス提供事業者への電話連絡等の内容については経過記録に記載する必要があります。この場合において認定結果が出たときは、速やかに一連の業務を行わなければなりません。

要介護から要支援の認定結果となり要支援者の新規要介護認定申請をする場合、利用者や家族が認定の不服から地域包括支援センターとの面談を拒否する場合などについては、必ず当該地域包括支援センターに連絡の上、暫定ケアプラン作成時の一連の業務についての対応を相談します。

第5章 指定居宅介護支援事業者への業務委託

介護予防ケアマネジメント業務は、一部を居宅介護支援事業者に委託することが可能です。ただし利用申込みの受付、契約締結及び介護報酬の請求については、原則として地域包括支援センターが実施することとされています。また業務の一部を委託する場合も、利用者との契約締結主体は地域包括支援センターで、最終的な責任は地域包括支援センターが負うこととなります。地域包括支援センターは、委託居宅介護支援事業者（以下「委託事業者」という。）が作成した介護予防サービス計画について適切性や内容の妥当性などを点検し、業務が適切に行われているかを確認する必要があります。具体的には初回の介護予防ケアマネジメント実施時に立ち会うよう努めることですが、難しい場合は、委託事業者が行うケアマネジメントや介護予防サービス・支援計画表の確認などを通じて、全てのケースについて地域包括支援センターが関与します。

1. 委託契約の方法

下記の①②の書類について、委託事業者が必要事項を記載し、担当地域包括支援センターに提出します。

- ① 介護予防サービス計画作成委託契約書
- ② 代理受領委任状（東京都以外の場合は不要）

<① 介護予防サービス計画作成委託契約書 について>

- ・ 2部作成し、双方で一部ずつ保管します。
- ・ 担当地域包括支援センターは、契約印を押印した契約書2部を委託事業者に渡し、委託事業者は契約書2部に必要事項を記載し、契約印を押印後、1部は担当地域包括支援センターに返却します。

<② 代理受領委任状 について>

- ・ 1部作成し、原本を担当地域包括支援センターが保管、写しを委託事業者が保管します。
- ・ 委託事業者は、代理受領委任状に必要事項を記載し、押印後、担当地域包括支援センターに返却します。

2. 指定居宅介護支援事業者と地域包括支援センターとの連携

介護予防ケアマネジメント業務等の実施に当たっては、地域包括支援センターと委託事業者が協働して利用者を支援していくことが重要です。委託事業者は、次のような場合には、地域包括支援センターと連携する必要があります。

- ・ サービス担当者会議。
- ・ 介護予防サービス・支援計画表に対する確認（地域包括支援センター意見欄の記入）を行ったとき。
- ・ 利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画表が確定したとき（介護予防サービス・支援計画表の送付）。
- ・ 利用者の状態が変化し、介護予防サービス・支援計画表を見直す必要が生じたとき。
- ・ サービス提供事業者から個別介護計画に基づくサービス実施状況について報告を受けたとき。
- ・ 月初めに前月分のサービス利用状況を確認したとき。
- ・ 目標の達成状況を確認して介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表を作成したとき。

3. 介護予防支援の指定について

令和6年4月1日から施行された介護保険法の改正により、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所についても、要支援認定の利用者に対するケアマネジメントを直接実施できるようになりました。詳しい内容、手続き等については、国分寺市福祉部高齢福祉課介護給付係へご相談ください。

(※指定を受けていない場合でも、これまでどおり地域包括支援センターから委託を受けての実施は可能です。)



3. 提出書類一覧

●ケアプラン新規作成

- 基本チェックリスト
- 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
〈作成は必須だが原則提出は不要。求められた場合は提出〉
- 利用者基本情報
- A表～C表（介護予防サービス・支援計画表）
- D表（介護予防週間支援計画表）

●ケアプラン継続

- A表～C表（介護予防サービス・支援計画表）
- D表（介護予防週間支援計画表）
- F表（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）

●ケアプラン変更

- F表（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）
- 基本チェックリスト
- 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
〈作成は必須だが原則提出は不要。求められた場合は提出〉
- 利用者基本情報
〈利用者の生活状況等に変化が生じた場合（世帯構成の変化、認定情報など）は、利用者基本情報を適宜追加し認定更新時等に提出〉
- A表～C表（介護予防サービス・支援計画表）
- D表（介護予防週間支援計画表）

●ケアプラン終了

- F表（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）

●暫定プラン

- F表（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）
〈要介護認定の新規申請の場合は不要〉
- 基本チェックリスト
- 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
〈作成は必須だが原則提出は不要。求められた場合は提出〉
- 利用者基本情報*
- A表～C表（介護予防サービス・支援計画表）*
- D表（介護予防週間支援計画表）*

*本プラン移行時は、認定情報を反映した利用者基本情報と再度A表～D表を提出

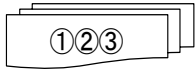

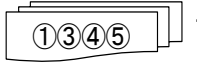
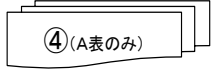
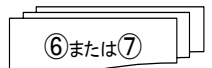
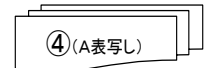
4. 利用票・提供票の作成について


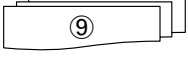
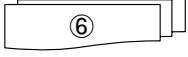
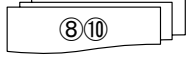
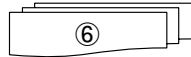
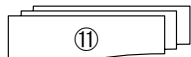
帳票名	提出先		
	利用者	地域包括支援センター	サービス提供事業者
サービス利用票・別表 (定額サービスのみ利用)	初回・サービス 変更時のみ	実績入りを 翌月6日までに提出	不要
サービス利用票・別表 (定額サービス外利用含む)	毎月分 (3か月に1回)		
週間サービス計画表	初回・サービス 変更時のみ	初回・サービス 変更時のみ	不要
サービス提供票・別表 (予定)	不要		前月末まで
サービス提供票・別表 (実績入り)	不要		

★以前より介護保険を利用している方で、利用票の受け取りを希望している場合は、個別に対応します。

★委託事業者は、給付管理のために、毎月、利用票・別表を提出します。

帳票の流れ(介護予防給付・従前相当、ケアマネジメントAの場合)

業務	居宅介護支援事業者		担当地域包括支援センター	
	介護予防給付・従前相当の場合	ケアマネジメントAの場合 (従前相当を除く)	介護予防給付・従前相当の場合	ケアマネジメントAの場合 (従前相当を除く)
1 利用申請	介護予防サービス利用希望の確認・情報共有			
2 契約締結	新規居宅介護支援事業所とは委託契約を結ぶ			
	利用者へは「委託契約のご案内」を交付			
	居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書提出			
3 アセスメント		 ※事業対象者の場合は①の実施は不要	認定審査会資料の写しの送付 ←	基本チェックリスト または 認定審査会資料の写しの送付 ←
4 介護予防サービス・支援計画表原案作成				
5* 介護予防サービス・支援計画表原案提出		※事業対象者の場合は①は不要 	→	→
6* 介護予防サービス・支援計画表原案の返却	担当地域包括支援センターで受け取り 	←	A表に計画に対する意見、日付を記載し押印	
7* サービス担当者会議の開催	目標の共有化、役割分担の確認、支援方策を協議する 			担当者会議への出席
8* 介護予防サービス・支援計画表原案の説明と同意	利用者・家族に説明を実施 同意を得る			
9 介護予防サービス・支援計画表の提出		※原案を変更している場合はB～D表も提出 ※原本は計画作成を担当した事業者で保管 利用者・サービス事業者へ交付	→	

サービス利用票・別表の交付	利用者へ交付 (定額サービスのみ利用の場合は初回のみ) 	----->
10 サービス提供票・別表の交付	サービス提供事業者へ交付(前月末までに) 	
11 サービス提供事業者との内容共有 サービスの利用		
12 給付管理		-----> 翌月6日 (6日が日曜・祝日の場合は翌開所日) までに実績を提出
13 モニタリング		
14 評価	介護予防サービス計画で 定めた期間の終了時に実施 今後の支援方針検討 	-----> ← マネジメント担当が確認 確認後、意見を記入し今後の方針等 について必要な助言・指導を行う

以後、3 アセスメント～14 評価を繰り返す

*5～8については、担当者会議で一体的に行う場合もある

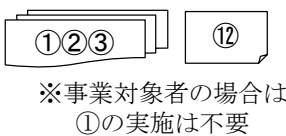
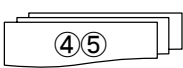
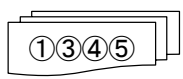
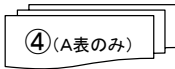
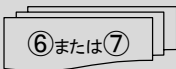
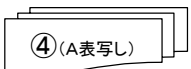
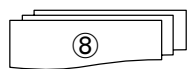
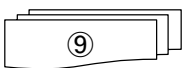
← 担当地域包括支援センターから
居宅介護支援事業者へ提出


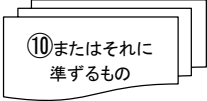
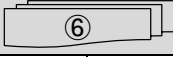
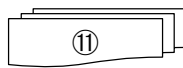
-----> 居宅介護支援事業者から
担当地域包括支援センターへ提出

帳票一覧

- ① 基本チェックリスト
- ② 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
- ③ 利用者基本情報
- ④ A表～C表 (介護予防サービス・支援計画表<ケアマネジメントA、Bの場合、簡略化されたA～C表でも可>)
- ⑤ D表 (介護予防週間支援計画表)
- ⑥ E表 (介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録<サービス担当者会議の要点を含む>)
- ⑦ E表(別表) (サービス担当者会議の要点)
- ⑧ サービス利用票・別表
- ⑨ サービス提供票・別表
- ⑩ 給付管理票
- ⑪ F表 (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)
- ⑫ 興味・関心チェックシート(参考帳票)

帳票の流れ(ケアマネジメントBの場合)

業務	居宅介護支援事業者	担当地域包括支援センター
1 利用申請	介護予防サービス利用希望の確認・情報共有	
2 契約締結	新規居宅介護支援事業所とは委託契約を結ぶ	
	利用者へは「委託契約のご案内」を交付	
	居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書提出	
3 アセスメント		← 基本チェックリストまたは認定審査会資料の写しの送付
4 介護予防サービス・支援計画表原案作成		
5 介護予防サービス・支援計画表原案提出	※事業対象者の場合は①は不要 	--->
6 介護予防サービス・支援計画表原案の返却		← A表に計画に対する意見、日付を記載し押印
7 サービス担当者会議の開催(省略可)		
8 介護予防サービス・支援計画表原案の説明と同意	利用者・家族に説明を実施 同意を得る	
9 介護予防サービス・支援計画表の提出	 ※原案を変更している場合はB～D表も提出 ※原本は計画作成を担当した事業所で保管 利用者・サービス事業者へ交付	--->
サービス利用票・別表の交付	利用者へ交付 (定額サービスのみ利用の場合は初回のみ) 	--->
10 サービス提供票・別表の交付	サービス提供事業者へ交付(前月末までに) 	

サービス提供事業者との 内容共有 11 サービスの利用		
12 給付管理		-----> 翌月6日 (6日が日曜・祝日の場合は翌開所日) までに実績を提出
13 モニタリング (必要に応じて実施)	利用者及び家族との相談によって設定した時期に行う 	
14 評価	介護予防サービス計画で定めた期間の 終了時に実施 今後の支援方針検討 	-----> マネジメント担当が確認 確認後、意見を記入し今後の方針等 について必要な助言・指導を行う ←-----

以後、3 アセスメント～14 評価を繰り返す

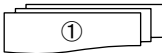
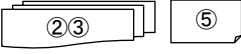
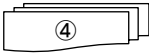


←----- 担当地域包括支援センター
から居宅介護支援事業者へ提出

-----> 居宅介護支援事業者から
担当地域包括支援センターへ提出

帳票一覧

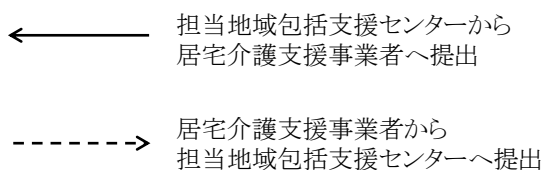
- ① 基本チェックリスト
- ② 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
- ③ 利用者基本情報
- ④ A表～C表（介護予防サービス・支援計画表<ケアマネジメントA、Bの場合、簡略化されたA～C表でも可>）
- ⑤ D表（介護予防週間支援計画表）
- ⑥ E表（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録<サービス担当者会議の要点を含む>）
- ⑦ E表(別表)（サービス担当者会議の要点）
- ⑧ サービス利用票・別表
- ⑨ サービス提供票・別表
- ⑩ 給付管理票
- ⑪ F表 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
- ⑫ 興味・関心チェックシート(参考帳票)

帳票の流れ(ケアマネジメントCの場合)

業務	居宅介護支援事業所	担当地域包括支援センター
1 利用申請	介護予防サービス利用希望の確認・情報共有	
2 契約締結	新規居宅介護支援事業所とは委託契約を結ぶ	
	利用者へは「委託契約のご案内」を交付	
		
3 アセスメント	 ※認定者の場合は基本チェックリストを実施	基本チェックリスト または 認定審査会資料の写し の送付
4 ケアマネジメント結果案作成		
5 ケアマネジメント結果の説明と同意	利用者・家族に説明を実施 同意を得る	
6 ケアマネジメント結果の提出 ケアマネジメント費の請求	 翌月6日までに実績を提出	
7 サービスの利用	セルフマネジメントの推進	
8 <u>モニタリング</u> (不要)	利用者の状況変化などがあつた際に、 サービス実施者や利用者から 地域包括支援センターへ 情報が入る体制を作っておく	

帳票一覧

- ① 居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届書提出
- ② 利用者基本情報
- ③ 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
- ④ A～C表（簡略化された介護予防サービス・支援計画表）
- ⑤ 興味・関心チェックシート(参考帳票)



委託先指定居宅介護支援事業所における 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の給付管理について

1 提出内容 ①～③は必須です。

- ① サービス利用票
- ② サービス利用票別表
- ③ 給付管理票

どちらも実績が入っているもの。
単位数の相違がないように記入。
初回加算算定対象者は給付管理票に(初)と
赤で記載してください。※

①～③は紙面でご提出ください(手書きも可能です)。

※ 初回加算について

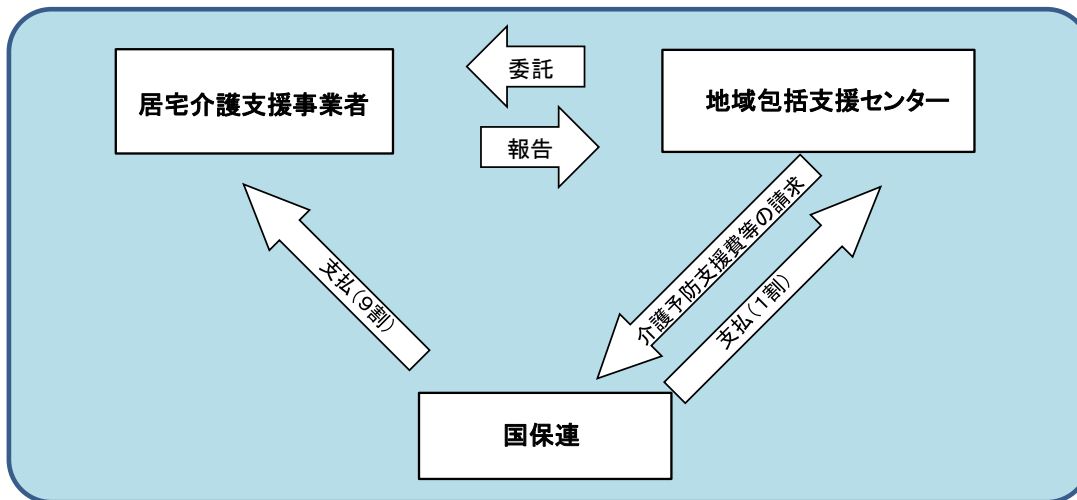
算定漏れ防止のため、初回加算算定対象者については必ず給付管理票への記載をお願いします。2か月以上サービス利用を中断した方は、再開時に再度算定できますので、お忘れの無いよう、お願いします。

2 提出時期 翌月6日(6日が日曜・祝日の場合は翌開所日)まで

3 提出方法 持参または郵送してください。 (FAXやメールでの送付はご遠慮ください。)

4 請求・支払いの流れ

～ 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費 ～



介護予防支援費等は、居宅介護支援事業所からの実績に基づき地域包括支援センターが給付管理業務を行い、受領委任払いで(国保連から直接居宅介護支援事業所に)支払われます。

5 委託費

介護報酬の基本単位及び初回加算、委託連携加算の9割が居宅介護支援事業所に支払われます。

●介護予防給付利用・従前相当・ケアマネジメントAの場合

- ① 基本単位（442）単位
- ② 初回加算（300）単位
* 初回のみ加算します。
- ③ 委託連携加算（300）単位
* 委託を開始した月に限り、利用者1人につき1回を限度として加算します。
- ④ 虐待防止措置未実施減算（－4）単位

サービスの内容	単位数	委託先居宅介護支援事業所に支払われる額
①基本単位	442	4,396円
①基本単位＋②初回加算	742	7,380円
①基本単位＋③委託連携加算	742	7,380円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算	1,042	10,364円
①基本単位＋④虐待防止措置未実施減算	438	4,355円
①基本単位＋②初回加算＋④虐待防止措置未実施減算	738	7,339円
①基本単位＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算	738	7,339円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算	1,038	10,323円

⑤ 業務継続計画未策定減算

サービスの内容	単位数	委託先居宅介護支援事業所に支払われる額
①基本単位＋⑤業務継続計画未策定減算	438	4,355円
①基本単位＋②初回加算＋⑤業務継続計画未策定減算	738	7,339円
①基本単位＋③委託連携加算＋⑤業務継続計画未策定減算	738	7,339円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算＋⑤業務継続計画未策定減算	1,038	10,323円
①基本単位＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	434	4,316円
①基本単位＋②初回加算＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	734	7,300円
①基本単位＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	734	7,300円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	1,034	10,284円

※ケアマネジメントBとCについては市にお問い合わせください。

6 限度額管理

各区分の支給限度額については以下のとおりです。

認定状態区分	利用可能サービス	1か月あたりの支給限度額
要支援認定者	○予防給付のみ ○予防給付と事業 ○事業のみ	要支援1 5,032単位 要支援2 10,531単位
事業対象者	○事業のみ	5,032単位 利用者の状態により一時的に10,531単位とすることも可

●給付管理に関するお問い合わせ ご契約先の地域包括支援センターへ

国分寺地域包括支援センターもとまち	: 042-401-0035
国分寺地域包括支援センターこいがくぼ	: 042-300-6024
国分寺地域包括支援センターほんだ	: 042-300-2339
国分寺地域包括支援センターなみき	: 042-300-3702
国分寺地域包括支援センターひよし	: 042-300-1405
国分寺地域包括支援センターひかり	: 042-573-4058

事前おうかがい票

相談 内容	①	訪問介護・通所介護サービスのみの利用	1か2へ
	②	65歳未満で介護サービスの利用希望	2へ
	③	福祉用具貸与購入・住宅改修・訪問看護の利用希望	2へ
	④	明らかに要介護状態(歩行困難、記憶障害、医療依存が高い)	2へ
	⑤	本人、家族に要介護認定申請の希望がある	2へ
	⑥	「おむつ給付・訪問理美容」利用希望	2へ
	⑦	生きがいづくり、居場所探しなどサロン、サークルを探している	3へ

1. [基本チェックリスト]の実施のための5つの質問

①	現在、かかりつけ医はいますか？	はい・いいえ
②	医療(透析、神経難病、ガン末期など)の観察が必要ですか？	はい・いいえ
③	トイレや入浴、歩く時やご飯を食べる時に、誰かに手伝ってもらっていますか？	はい・いいえ
④	買い物や病院に行く時に誰かに手伝ってもらっていますか？	はい・いいえ
⑤	最近、物忘れがひどいと感じることがありますか？ (例:ご飯を食べたことを忘れる。財布をよく無くすなど)	はい・いいえ

①かかりつけの病院や今までの病気の歴、現在治療中の疾病などを確認させていただきます。

確認の中で[要介護認定申請]を案内させていただくこともあります。

②～⑤に「はい」がある場合には、念のため[要介護認定申請]をしましょう。

2. [要介護認定申請]の案内をいたします

要介護認定申請をしてください。万が一、65歳以上の方で認定結果が「非該当」の場合は、改めて新しい総合事業などの案内をさせていただきます。

3. 地域で参加できるサロン・サークルの案内を案内いたします

市内のサロン・サークル、一般介護予防事業などを紹介いたします。

参考資料

【事前おうかがい票の活用について】

目的	<p>平成 29 年 4 月より介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者を基本チェックリストの結果で申請可能となる。</p> <p>相談内容によっては基本チェックリストの実施だけでなく、要介護認定申請の案内、一般介護予防事業やサロンの案内など、相談者のニーズや状態に合わせた対応が必要となる。</p> <p>相談窓口職員が利用者の相談内容に対し、要介護認定と基本チェックリストによる事業利用の案内をする際、判断に迷う場合にスクリーニングツールとして事前おうかがい票を活用する。</p>
対象者	<p>原則窓口に来所された、訪問型または通所型サービスの利用を希望されている 65 歳以上の被保険者 (2号被保険者は要介護認定が必要)</p>
利用方法	<p>窓口に来所された方の相談内容を確認して、事前おうかがい票の相談内容のどの項目に当てはまるかを確認する。</p> <p>基本チェックリストを実施する前には、1の「基本チェックリスト」の実施のための5つの質問を最低限実施し、総合事業以外のサービスの利用が必要な方、要介護状態が考えられる方など、相談内容から総合的に判断して要介護認定申請が適切な方を見落とさないようにする。</p>

(総合事業窓口受付用)

基本チェックリスト

実施日	令和 年 月 日
氏名	

No.	基本項目	回答 (いずれかを選択)		
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カ月間で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されますか	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	今日は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で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運動器(6～10) / ≥ 3	②栄養改善(11, 12) [2項目すべて] 11: / = 1 かつ 12: () < 18.5	③口腔機能(13～15) / ≥ 2
④閉じこもり(16, 17) / = 1 [16該当]	⑤認知症(18～20) / ≥ 1	⑥うつ(21～25) / ≥ 2
		⑦全体(1～20) / ≥ 10

【 職員記入欄 】

受付窓口	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターもとまち <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターなみき <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターひかり <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターほんだ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターひよし <input type="checkbox"/> 地域包括ケア課(市役所2階) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターこいがくぼ	受付印 受付者:
	介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 確認済 → <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 預り <input type="checkbox"/> 持参忘れ → <input type="checkbox"/> 介護保険システム確認済	
申し込み欄		

参考資料

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	実際に、足を運んで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	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。
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	椅子の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

参考資料

		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カ月間で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されますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘され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	今日は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

参考資料

		日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が ない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

興味・関心チェックシート

参考資料

氏名： _____ 様 年齢 _____ 性別（男・女） _____ 記入日： R _____ 年 _____ 月

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			

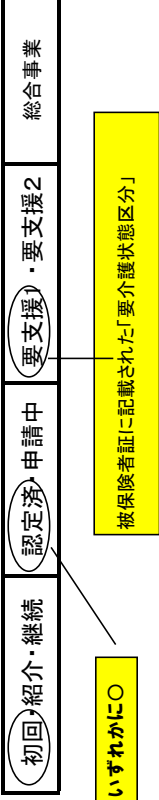
A表

No.

(1) 介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 利用者氏名 様
 認定年月日 要支援認定の結果を受けた日 認定の有効期間 ~

《※1》



委託している場合には、担当の地域包括支援センター名を記載

委託の場合：
担当地域包括支援センター

介護予防サービス計画作成者氏名

計画作成を行なう事業所名と住所、連絡先電話番号

計画作成事業者
事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 年 月 日 年 月 日
 (初回作成日)

介護予防支援事業者又は委託を受けた居宅介護支援事業者において利用者に関する介護予防サービス計画を作成した日を記載。2回目以降の計画作成の場合は初回の計画作成日もあわせて記載

目標とする生活 《※2》	1日、1週間、または1月	比較的小さい期間の単位の望ましい生活のイメージを記載。大きな目標にたどり着くための段階的な目標や健康管理能力や生活行為の拡大、環境改善などについて対象者が達成感を得られるような内容を具体的に記載することが望ましい。なお、ここでは利用者が目標を立てやすい期間を選択して差し支えない。
	1年	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。この際、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ものとする。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、利用者に改善後の生活を想像してもらいながら、その入らしい自己実現を引き出すように努める。
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)	「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、サービス担当者が生活の不活発化の改善・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、チーム全体で取り組むことなどを記載	

【地域包括支援センター記入欄】

名称	国分市地域包括支援センター	確認印
担当地域包括支援センター 意見	居宅介護支援事業所等に委託した場合に、最終的な責任主体である地域包括支援センターが、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認するために使用。 居宅介護支援事業所の計画作成担当者が介護予防サービス計画原案を作成した後、地域包括支援センターの担当者が確認し計画に対する意見を、担当者名を記載または押印する。	氏名 <input type="text"/>

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

介護予防サービス計画原案の内容を利用者、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、利用者に記名してもらい、なお、利用者名を記入した原本は計画作成を担当した事業所において保管する。

<p>※1 A表 「初回・紹介継続」欄</p>	<p>利用者が、指定介護予防支援事業者又は委託を受けた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人は「初回」に○印をつける。 介護予防ケアマネジメントを受けていた人が、予防給付を受けるよう紹介された場合、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○印をつける。 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○印をつける。</p>
---------------------------------	--

<p>※2 A表 「目標とする生活」</p>	<p>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、計画担当者が必要に応じて支援を行いつつ、利用者にとっては介護で予防への最初の取り組みある「目標とする生活」のイメージについて記載。 なお、計画の全体像を把握した段階で、目標とする生活について、再度利用者と修正することは差し支えない。 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。 漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でのどのようなことが変化すればよいか、イメージしやすい日常生活レベルでもに考える。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支えない。 一日及び一年単位の両方記載しなければならぬものではなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではない。</p>
--------------------------------	--

B表
No. 利用者介護保険被保険者番号

(1) 介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 様

計画作成(変更)日 年 月 日

当該介護予防サービス・支援計画表を作成または変更した日を記載

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

「主治医意見書」「生活機能評価」「利用者基本情報」等を踏まえ、介護予防サービス計画を作成する上で留意すべき健康状態の情報について記載

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
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。また参加することが望ましいと考えられるプログラムの数字に○をつける。				

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
<p>運動・移動について</p> <p>歩く、走る、昇降する、乗り物を操作する、様々な交通を用いて移動する等、運動機能や移動の状況について確認する。</p> <p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)、住居・経済の管理、花木やペットの世話などの日常生活上の行為の状況を確認する。</p> <p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <p>家族、友人、近隣のひととの対人関係、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、家族内や近隣における役割の有無などの社会参加の状況、状況に見合った適切な方法で人々と交流しているかどうか等を確認する。</p> <p>健康管理について</p> <p>清潔・整容・口腔ケアや服薬、定期受診の状況、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ることを確認する。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。</p> <p>その他の事項について</p> <p>経済や住宅の状況、家族の状況等、上記4項目に該当しない項目で必要と思われることについて確認する。</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>各アセスメント領域において生活上の問題となり得ていること及びその背景・原因を本人・家族の意欲・意向や面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書等の情報をもとに健康状態、心理・価値観、習慣、利用者を取り巻く物的・人的環境、経済状態等の観点から整理し分析。その際、基本チェックリストの結果についても考慮する。現在課題となっていることやその状態であると将来的に起こる課題を予測して記載し、結果としてその領域に課題があると考へた場合に有にノをつける。</p>	<p>●各領域における課題を踏まえ、利用者の生活全体の課題を総合的に判断し、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昇つけない。利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙し、課題とした根拠を記載する。</p> <p>例) 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。個々には、支援を必要とすることを明確にするため課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。</p> <p>なお、ここであげる総合的課題については、これ以降の介護予防支援のプロセスを展開するため優先度の高い順に1から番号をつける。</p>	<p>●総合的課題に対する目標と具体策を記載。その際、総合的課題に対応した番号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。</p> <p>この目標は、利用者や家族に対して専門職として示す提案であり、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。地域包括支援センターでの確認においてはこの項目を一つの評価指標とすることが考えられるため、目標は評価可能で具体的なものとし、具体策についても生活機能の低下の原因となつていく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へるようにする。</p> <p>なお、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。</p>	<p>●計画作成者が提案した課題に対しての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。ここで、専門職との相違点や利用者の意向が確認できる。</p> <p>合意が得られた場合は「○」が必要だと思う「○」を行なわ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方を記載しておく。この具体策に対する本人・家族の意向が最終的な「目標」の設定をすすめる上での足がかりとなるのでできるだけ理由や根拠を記載する。</p>	

C表
No.

介護保険被保険者番号

利用者名

様

(1) 介護予防サービス・支援計画表(3/3)

計画作成(変更)日

年 月 日

当該介護予防サービス・支援計画表を作成
または変更した日を記載

目標		目標についての支援のポイント		具体的な支援の内容			※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
<p>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。当初から課題に対して合意を得られなかった場合にはそのまま転記</p>	<p>()</p> <p>目標に対して、具体的な支援を考える上での留意点を記入。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等の役割分担など様々な次の項目について具体的に記載</p>	<p>本人等のセルフケア</p> <p>家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)</p> <p>介護保険サービス・地域支援事業(総合事業サービス)</p>	<p>具体的な支援内容について記載。 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。具体的なサービス内容については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内容を記載。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。</p>	<p>支援内容に適したサービス種別(サービス類型含む)や事業名等を具体的に記載</p>	<p>サービスの提供者を記載。サービス提供事業者の場合は、事業所名を、また、家族・地域・介護保険以外の公的サービスが担う部分については誰が行うのかを明記。</p>	<p>「支援内容」に掲げたサービスや支援の頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)を記載</p>	<p>「支援内容」に掲げたサービスや支援の頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)を記載</p>				
<p>()</p>	<p>()</p>	<p>本人等のセルフケア</p> <p>家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)</p> <p>介護保険サービス・地域支援事業(総合事業サービス)</p>	<p>●本人が自ら取り組むことを本人と相談しながら具体的に記載</p> <p>●家族や近隣などから支援されること、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。誰が何をするのか具体的に記載。</p> <p>●予防給付、総合事業のサービスや一般介護予防事業等を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。</p>				<p>「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(○カ月、○月○日～○月○日など)</p> <p>「期間」の設定は「認定の有効期間」も考慮</p>				

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

- 専門職として提案した具体策について合意できなかったり、地域に適切なサービスがなかったりして本来行うべき支援が実施できない場合に記載。
- ①利用者や家族と合意できなかった場合はその理由や根拠とともに、本来の支援を行うために働きかけられる具体的な手順や方針等、その内容の実現に向けた方向性を記載
- ②本来必要な社会資源が地域にない場合は地域における新たな活動の創設などの必要性を記載

A表(簡略)

No. _____

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 総合事業

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

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

委託の場合：
事業対象者は有効期間の終期はなし。

担当地域包括支援センター 国分寺市地域包括支援センター

計画作成者氏名 _____
計画作成事業者 _____
事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

目標とする生活	1日、1週間、または1月
	1年
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)	本人と話し合い目標を設定し、関係者全員で共有できるようにする。書ける人には本人に書いてもらう。代筆する場合は本人の言葉で書く。

【地域包括支援センター記入欄】

名称	国分寺市地域包括支援センター	確認印
担当地域包括支援センター	意見	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

B表(簡略)

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

本人の自己申告、検診結果、お薬手帳等で確認し、記載。

【基本チャエックリストの該当した項目数】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
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			
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

国際生活機能分類(ICF)の考えをもとに、情報収集を実施して記載。

趣味、楽しみ、特技などの興味や関心のある事を聞き取りして記載。

現在の状況の情報や基本チャエックリスト、基本情報と共にアセスメントを実施。アセスメントから考えられる本人の目標達成を妨げている課題を、本人も理解できる言葉を用いて具体的に記載。

C表(簡略)

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標	支 援 計 画						
	目標についての 支援のポイント ()	具体的な支援の内容	※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)	頻度	期間
		本人等の セルフケア					
		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 地域支援事業 (総合事業サービス) 区市町村サービス					
		本人等の セルフケア					
		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 地域支援事業 (総合事業サービス) 区市町村サービス					
		本人等の セルフケア					
		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 地域支援事業 (総合事業サービス) 区市町村サービス					

事業所以外のサービス
利用の時は、利用先の
名称を記載。

【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

D表

No.

介護保険被保険者番号

(2) 介護予防週間支援計画表

週単位の支援やサービスの時間帯を曜日と時間の表中に記載し、利用者の生活活動とサービス提供状況をわかりやすく記載

様

利用者名

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
	0:00								<p>利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載。本人の生活パターンを把握し、支援の提供時間の適正さや配慮すべき留意点を確認</p>
深夜	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス

週単位以外の支援を記載。福祉用具貸与や短期入所の利用などのほか、隔週や月単位で提供される支援について記載。医療・保健サービス、ボランティアな支援、近隣の支援なども書いておく

サービス担当者会議の要点

記録作成年月日

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成担当者 _____

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催場所 _____

開催時間 _____

開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

出席者の所属(職種)氏名
本人・家族・インフォーマルな支援者等については所属(職種)欄に本人との続柄や関係を記載

会議で検討した項目について検討項目に番号をつけるなどして簡潔にわかりやすく記載

会議の検討内容について、検討した項目の番号に対応して記載。またそれぞれの機関や事業者が実施するサービス内容だけでなくサービスの提供方法や留意点なども検討し記載

会議の結論について検討項目番号に対応して記載。結論は誰が、いつまでに何をするかを具体的に明記するとともに話し合った要点をわかりやすくまとめておく

本人の希望等により本来平行的なべき支援を利用しなかった場合や必要な社会資源が地域にない場合など、必要な支援を実施していくための課題について記載。また、次回の開催時期・方針等についても記載

F表
No

被保険者番号

(5) 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

評価を行なった日

評価日 年 月 日

利用者名		様		計画作成者氏名		今後の方針
目標	評価期間	目標達成状況	目標	目標達成状況に対する評価目	計画作成者の評価	
「介護予防サービス・支援計画表(3/3)」(C表)から目標を転記	「介護予防サービス・支援計画表(3/3)」(C表)から期間を転記	<p>評価期間内に目標がどの程度達成できたか具体的に記載。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。</p>	<p>達成: ○ 未達成: ×</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>目標達成した場合の感想・満足度、未達成の場合の原因や目標の妥当性等について利用者・家族の認識を確認して記載</p>	<p>計画作成者の評価</p> <p>目標設定の妥当性や目標が達成されなかった原因等について、計画作成者の評価を記入</p>	<p>目標達成状況や目標達成状況に対する評価から、今後の方針について専門的な観点を踏まえて記載</p> <p>●基本的に「プラン変更」になる。 「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化が無く、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。 「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要がなくなった時。(例 死亡 転出 等) ●目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにレ点をつける。</p>

総合的な方針	
<p>国分寺地域包括支援センター意見</p> <p>● 居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して記載する。 ● 介護予防ケアプランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受け、効果を認められた、維持、悪化等の判定をし、その根拠も記載する。 ● ケアプラン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されたケアプラン作成者の方針の統一をはかる必要がある。</p>	<p>プラン継続 <input type="checkbox"/></p> <p>プラン変更 <input type="checkbox"/></p> <p>終了 <input type="checkbox"/></p> <p>介護給付 <input type="checkbox"/></p> <p>予防給付 <input type="checkbox"/></p> <p>介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/></p> <p>一般介護予防事業 <input type="checkbox"/></p> <p>終了 <input type="checkbox"/></p> <p>プラン作成者がチェック</p>

居宅サービス計画における軽微な変更の取扱いについて

標記の件については、平成 28 年 10 月 5 日付国福介発第 726 号で、市内の居宅介護支援事業所に通知をしたところですが、居宅サービス計画の変更の考え方は全事業所にも影響することなので、次のように整理し、ここにお伝えします。

1 基本的な考え

居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準ⁱ第 13 条 3 号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第 11 号（居宅サービス計画の交付）までに規定された、居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要ですⁱⁱ。

ただし、利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はありません（なお、この場合においても介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要です）。

2 軽微な変更にあたる場合の例

軽微な変更にあたる場合の「例示」としては、下記のものがありますⁱⁱⁱ。

項 目	説 明
① サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合
② サービス提供の回数変更	同一事業所における週 1 回程度のサービス利用回数の増減
③ 利用者の住所変更	利用者の住所変更
④ 事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更
⑤ 目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合
⑥ 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更
⑦ 目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所の変更	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更

参考資料

<p>⑧ 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合</p>	<p>第1表の総合的な援助の方針や第2表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合</p>
<p>⑨ 担当介護支援専門員の変更</p>	<p>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（ただし、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識を有していること）</p>

①の例：毎週月曜日に利用予定であった通所介護のサービスを、毎週火曜日に変更する。10/26 に利用予定であった通所介護のサービスを、本人の通院の都合により 10/28 に変更する。

②の例：当初は週 1 回で試行的に入れた訪問介護のサービスを、利用者が訪問介護員に慣れてきたので週 2 回に変更する（利用者の状態像に変化がない場合に限る）。週 2 回利用していた通所介護を、家族のやむを得ない外出を理由として特定の週のみ週 3 回に変更する場合。

③の例：住民票上は西町の住居に単身で居住しているが、実態は東恋ヶ窪の長女宅で生活している場合であって、住民票を移すことにより、住所が東恋ヶ窪に変更になった場合。

④の例：B 法人の訪問介護事業所 D を利用していたが、事業所 D が同一法人の事業所 C と統廃合され、事業所 C を利用することになった場合。A 法人の直営店であった B 事業所が、フランチャイズ化したことにより C 法人の B 事業所となった。

⑤の例：長期目標（平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日）、短期目標（平成 28 年 4 月 1 日～平成 28 年 9 月 30 日）と設定していたプランにおいて、短期目標の終了月である 9 月のモニタリング時点で、サービス提供の効果はある程度評価できるものの、短期目標を達成するためにはあと 3 か月同じ内容でサービスを提供していくことが妥当と介護支援専門員が判断し、利用者もそれを希望している場合。※自動延長と取扱うことは制度の趣旨からして妥当ではないと考えます。

期間内に提供したサービスの評価をし、目標設定を変更したほうがよいか検討した上で、目標期間の延長で対応することが妥当かを判断してください。

- ⑥の例：車いすをレンタルしていたが、より軽く操作性のよい新しいモデルがリリースされたため、利用者の希望により新しいモデルに変更する場合。
- ⑦の例：訪問介護事業所Dの閉鎖により、以前と全く同じサービス内容で、訪問介護事業所Eをプランに位置付けた場合。
- ⑧の例：サービス内容に「体操・歩行運動」と記載していたところ、サービス事業所でサービス提供を受ける中で、「体操・マシントレーニング」とすることのほうが利用者の状況から適切と考えられる場合。訪問介護における生活援助を受けている利用者について、プランには「居室の掃除」「ごみ出し」を位置づけていたが、近隣に住む親族が「ごみ出し」を手伝ってくれることになったため、介護保険のサービスからインフォーマルサービスに変更となった場合（サービス種別の変更もここに含まれる）。
- ⑨の例：担当介護支援専門員が法人内の人事異動等で担当を外れることになった。引継ぎ期間中にサービス担当者会議やモニタリングに積極的に同席し、プランを引き継いだ時点で新しい担当者が利用者をはじめ各サービス担当者と同様に面識を有している場合。

上記はあくまでも「例示」です。「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうか（変更の結果、利用者やサービス提供事業所、プラン全体の内容等に具体的な影響がほとんど認められないかどうか）によって判断してください。例示にある項目に形式的に該当することのみを理由に、個別の判断をすることなしに一律に軽微な変更として取扱うことは、制度上想定していません。利用者の状態・状況は様々であり、一律に軽微な変更と取扱うこととすると、居宅サービス計画の変更の際に原則として一連の業務を行うと規定した趣旨を失わせ、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行う妨げとなってしまう可能性があります。

なお、軽微な変更でよいか判断する際には、併せてプラン自体の妥当性についても今一度ご確認ください。実地指導に入った際に、「引継ぎいだプランの内容に疑問があったが、軽微な変更（形式的に）当たるから見直しをしなくてよいと考え、そのままにしてしまった」という例がありました。

3 軽微な変更として考えられない場合

変更の結果、利用者やサービス事業所、プラン全体の内容等に具体的な影響が想定されるような場合には、軽微な変更として考えられません。 具体的には、プラン変更の結果、事業所間で情報共有する必要がある場合、プラン全体のサービス内容調整の必要性が生じる場合などが考えられます。また、居宅介護支援事業所の変更は軽微な変更に当たりませんので、事業所が変更になった場合には、一連の業務を行ってください（業務を行ったが、結果的には目標や内容についてほとんど変更がなかったというのであれば、問題ありません）。

4 軽微な変更として考えられる場合の対応

①ケアプランへの記載方法及び記録について

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こととなっています^{iv}。

具体的な取扱いとして、本市としては、第1～3表の記載事項の変更箇所について、見え消しで修正を行っていただきたいと考えます。 この場合においては、支援経過記録に、変更時点（年月日）、変更の理由、具体的な変更内容、利用者への説明・同意の年月日、サービス担当者への周知について（いつ、何を、どのように通知したか）を記載しておいてください。 利用者の変更プランへの署名、修正プランの再交付までは求めていません。

②サービス担当者会議について

軽微な変更該当するものであれば、必ずしもサービス担当者会議は実施する必要はありません。また実施するとしても、必ずしもすべての事業所を招集する必要はなく、照会で意見聴取をすればよいと考えます。

i 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号）

ii 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号）第 13 条第 15 号、同条第 12 号（㊿居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）

iii 介護保険最新情報 vol. 155 「「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について」（平成 22 年 7 月 30 日厚生労働省課長通知）

iv 「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 日老企第 29 号）

介護予防・日常生活支援総合事業に関するQ&A



Q1. 第2号被保険者が、サービス事業の利用を希望する場合の取り扱い如何。要介護等認定申請を行い要支援者となり、総合事業のみを利用している場合は、認定の期限が切れる前に、必ず更新申請が必要ということか。

A1. サービス事業の対象者は、介護保険法施行規則第140条の62の4において、
・居宅要支援者（要支援認定を受けた要支援者であって、居宅において支援を受ける者）
・基本チェックリストに該当した第1号被保険者
とされていることから、第2号被保険者については、要支援認定を受けていることが必要であって、お尋ねの場合、サービス事業を利用するためには、必ず更新申請が必要である。

Q2. 第2号被保険者が、要介護等認定申請を行って、特定疾病には該当するが、非該当（自立）と判定された場合でも、基本チェックリストにより事業対象者に該当した場合は、サービス事業のみを利用することは可能か。

A2. サービス事業の対象者は、介護保険法施行規則第140条の62の4において、
・居宅要支援者（要支援認定を受けた要支援者であって、居宅において支援を受ける者）
・基本チェックリストに該当した第1号被保険者
とされていることから、第2号被保険者については、要支援認定を受けていることが必要であって、特定疾病に該当したとしても、要支援1または要支援2の認定を受けていなければ、サービス事業を利用することはできない。

Q3. 介護予防ケアマネジメントの依頼は、利用者から市町村に届け出ることになっているが、本人の代理として家族や地域包括支援センターから提出する際は、委任状が必要か。また、要介護から要支援に変わり、給付によるサービス利用から、事業によるサービス利用に切り替わる際など、事業と給付の移行の度に、届出が必要か。

A3. 1 介護予防ケアマネジメントの依頼の届出については、委任状は必要なく、利用者本人が自署の上、家族や地域包括支援センターが代理で市町村に提出することは可能である。
2 介護給付から予防給付または介護予防・生活支援サービス事業に移行する場合は、居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため、届出が必要である。
3 なお、要支援者が、予防給付から介護予防・生活支援サービス事業へ移行する際は、指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、この場合は、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、届出書の提出は省略することもできる。

Q4. 住所地特例対象者が施設所在市町村で総合事業の事業対象者となった場合、介護予防ケアマネジメント依頼書は保険者市町村に提出することでよいか。その際、事業対象者である旨を記載した被保険者証の発行は、依頼書が提出されたタイミングで保険者市町村が発行することでよいか。

A4. 1 制度改正に伴って、住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村で行うこととなるため、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は、施設所在市町村に届け出ることとなる。

2 一方、保険者市町村は、事業対象者を登録したうえで、被保険者証を交付することが必要であり、施設所在市町村は、届出を受け取ったときは、速やかに保険者市町村に、届出書の写しを送付等することが必要である。

3 施設所在市町村から連絡を受けた保険者市町村は、サービス・活動事業の対象者として登録し、被保険者証を発行することとなる。なお、サービス事業費を国保連合会を経由して支払う場合は、保険者市町村から国保連合会に住所地特例対象者を連絡する必要がある。

※ 国保連合会に送る「介護保険 受給者情報異動連絡票」については、住所地特例の欄を設け、施設所在保険者番号等設定できるよう変更となる。

Q5. 事業対象者の方が状態の変化等により認定申請を行う場合、介護予防サービス計画作成等届出の取り扱いはどのようになるか。

A5. 事業対象者の方が認定申請を行ったことのみをもって、介護予防サービス計画作成等届出を出しなおす必要はない。要介護認定の結果が出た場合には、届出区分変更で支援事業所名を記入して、届出の提出を行う。

Q6. 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを行き来する場合、居宅サービス計画等作成依頼届出は変更届を提出する必要があるか。

A6. 変更届の提出は不要だが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのどちらか正しいほうで請求する必要がある。誤って両方請求した場合は、介護予防支援が優先されるため注意が必要である。

Q7. 介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する場合、介護予防支援と同様の扱いとされ、ケアプラン作成上限の制約を受けるのか。

A7. 総合事業における介護予防ケアマネジメントについて、報酬の逓減制度を設けていない。居宅介護支援事業所への委託に際しては、介護予防ケアマネジメントの適正な実施が確保されるよう確認の上委託を実施されたい。

Q8. 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）については、現行の予防給付に対する指定介護予防支援と同様の手続きを行うものと考えているが、モニタリングについては、総合事業の介護予防ケアマネジメントにおいては概ね3か月ごとに行うだけでよいのか。

A8. 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）については、モニタリングについても、指定介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価機関が終了する月、利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問して利用者に面接し、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、電話等による利用者との連絡を実施していただきたい。

Q9. 生活保護受給者においては、週間サービス計画表の提出や提出先についても、今まで通り生活福祉課でよいのか。

A9. 生活保護法の改正により総合事業も介護扶助の対象となっていることから、従来どおり生活福祉課へ週間サービス計画表の提出を行う。

Q10. 認定期間中に、従前相当サービスから訪問型サービスAに変更したいという方が出た場合には、ケアプランの作成（変更）は必要か。

A10. 従前相当サービスから訪問型サービスAへの変更は、サービス種別の変更になるのでケアプラン作成（変更）の一連の業務を行う必要がある。変更は月初からとなる。

Q11. 介護予防ケアマネジメントの対象は、従前相当、A、B、C類型サービス利用者でよいのか。

A11. そのとおりである。その他のサービス利用がある場合は介護予防支援になる。

Q12. ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託した場合、サービス内容がサービスAから介護予防給付を利用する事になった際、担当ケアマネジャーが地域包括支援センターに提出する書類は異なるか。

A12. ケアマネジメントAについては簡略化した様式でのケアプラン作成が可能だが、介護予防支援（予防給付）の場合は従前どおりの様式による作成が必要である。

Q13. ケアマネジメントBはケアマネジメントAより報酬が少ないが、ケアマネジメントAと同じ簡略化された計画表を使うのか。もっと簡略化したものを使うのか。

A13. ケアマネジメント A と同じ簡略化された計画表を使用する。モニタリングを毎月ではなく必要時に実施するため、ケアマネジメント A よりケアマネジメント B の報酬が少なくなっている。

Q14. 介護予防支援でプランを作成していた場合、訪問看護利用実績がゼロになったときは介護予防ケアマネジメントか。その際は、プランは作り直しか。

A14. 介護予防ケアマネジメントになる。プランの作り直しは必要ない。

Q15. 要支援1の場合、通所型サービスAを週に2回利用できるか。

A15. 要支援1は週1回、要支援2は週2回、事業対象者は利用者の状態像に応じたケアマネジメントにより、最大週2回まで利用できる。該当する曜日が5週ある月も同様である。

Q16. 要支援1の場合、訪問型サービスAを週に2回利用できるか。

A16. 訪問型サービスAについては、週1～2回の利用を想定している。要支援1は週2回、要支援2は週3回のサービスを利用する場合は地域包括支援センターと回数の必要性和サービス内容の協議をすること。

Q17. 基本チェックリストにより事業対象者として介護予防ケアマネジメントを開始後、要介護認定等申請を行い要介護1以上の結果が出た場合、同月内に介護給付を利用するまでの地域包括支援センターが作成するケアプランと、認定結果に基づいて、介護給付について居宅介護支援事業所が作成するケアプランの、2件存在することになると考えてよいか。また、その場合は、介護予防ケアマネジメント費と居宅介護支援費をそれぞれ請求でき、支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅支援事業者が連携を取り合って行うようになるのか。

A17. 1 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより事業対象者として総合事業のサービスを受ける場合は、介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用するが、認定結果が要介護1以上となり、介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することとなる。

2 なお、月の途中まで事業対象者として総合事業のサービスを利用していた者が、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

Q18. 予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによる事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算を算定してよいか。

A18. 初回加算の算定については、基本的には、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ることとしており、①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二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）、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に算定できると考えている。

2 お尋ねの場合においては、要支援者から事業対象者に移行しており、いずれにしても従来の要支援者に相当する者であって、上記の条件には該当しないため、初回加算の算定を行うことはできない。

3 なお、事業対象者が要支援の認定を受け、介護予防ケアマネジメントを実施する場合も上記の条件には該当しないため、初回加算の算定を行うことはできない。

Q19. ケアマネジメントは毎月給付管理を行うのか。

A19. ケアマネジメントA・Bについては毎月給付管理を行い、初回加算の請求が可能である。ケアマネジメントCについては、一回限りのケアマネジメントのため実施した月のみ給付管理を行い、初回加算はない。

Q20. 次のような場合、介護予防ケアマネジメント費請求はどのように行うのか。

- ①月により、通所型サービス・訪問型サービスのみの場合、予防給付+通所型サービス・訪問型サービスがあるケース（通常は、訪問型サービスまたは通所型サービスのみで時々ショート利用する等）
- ②通所型サービス・訪問型サービスのみの利用者が、月途中から福祉用具レンタルすることになったケース、逆に福祉用具レンタルをやめるケース
- ③通所型サービス・訪問型サービスと合わせて居宅療養管理指導や福祉用具購入、住宅改修の利用があるケース

A20. ①総合事業のサービスのみを利用する月は介護予防ケアマネジメント、予防給付と通所型サービス・訪問型サービスの両方を利用する月は介護予防サービス計画（予防給付）となる。そのため、月ごとにサービス内容に応じて、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費を選択して請求する。

②月の中で1日でも予防給付のサービスを利用する場合は、その月は介護予防支援費として請求する。

③居宅療養管理指導・福祉用具購入・住宅改修は区分支給限度額の対象外のサービスであり給付管理の対象外のため、介護予防ケアマネジメント費を請求する。

Q21. サービスBの利用についての給付管理は、これまでと同様にケアマネジャーが、地域包括支援センターに提出することになるか。

A21. ケアマネジメント費の給付管理、請求のために、給付管理票またはそれに準ずるものの提出が必要です。帳票の流れ（ケアマネジメントBの場合）はp.27参照。

Q22. 要介護・要支援認定の新規申請区分変更申請など認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と総合事業におけるサービス事業のどちらを位置付ければよいのか。

A22. 暫定ケアプランについては、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果 要支援者となった場合について、総合事業において当該被保険者が自ら作成したケアプランは認められないため、暫定ケアプラン作成時は必ず地域包括支援センターへ相談を行い、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者においてケアプランを作成するよう注意されたい。なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう総合事業サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

Q23. 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、介護予防ケアマネジメントをおこなう事業所として指定を受ける必要があるのか。

A23. サービス・活動事業における介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）については、地域包括支援センターが実施するものとしており、市町村が直接実施するか、包括的支援事業を受託した地域包括支援センターによる実施となる。また、更にその事業（第一号介護予防支援事業）の一部を厚生労働省令で定める者（指定居宅介護支援事業者）に委託することにより実施することも可能である。

2 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）については、ガイドラインに記載しているとおり、市町村の状況に応じて、現行の予防給付（介護予防支援）と同様、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に一部委託することも可能としているが、何らかの形で地域包括支援センターに関与していただきたいと考えている。

3 なお、予防給付におけるケアマネジメント（指定介護予防支援）については、引き続き、指定介護予防支援事業所としての指定を受けて行うものである。

Q24. 介護予防ケアマネジメントの実施について、全事例を居宅介護支援事業所に委託できないか。

A24. 1 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）は、地域包括支援センターが実施することとしているが、状況に応じて、全事例について、指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所が作成したケアプランの内容やモニタリング結果等を地域包括支援センターで確認するなど、ケアマネジメントプロセスの一部を委託することも可能である。
2 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施に当たっては、市町村において地域の実情に応じて検討し、居宅介護支援事業所に委託することもできるが、その場合にも、ガイドラインの望ましい実施体制の例にあるとおり、①初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、（1クール終了後の）ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関与する、②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よう努める等、何らかの形で地域包括支援センターが適宜関与していただきたいと考えている。

※このQ&Aは介護予防日常生活支援総合事業ガイドライン等を参考に国分寺市にて一部
改変しています。

参考資料

参考 1

「第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会」
(平成18年10月18日厚生労働省講堂)

介護予防サービスの実施上の留意事項について（厚生労働省説明資料）

1 趣旨

- 本年4月に施行された改正介護保険法により、新たな介護予防サービスが導入されたが、この介護予防サービスにおいては、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）による新たな目標志向型のケアマネジメント、介護予防訪問介護、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションに対する定額制介護報酬など新たな手法によるサービス提供が導入されたところである。
- こうした新たな手法によるサービス提供の実施に際し、特に留意すべき点について次のとおり取りまとめたので、管下の介護予防サービス事業者、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に対し、周知を図るとともに、適正な運用の徹底を願いたい。

2 介護予防訪問介護に関する留意点

(1) サービスの提供方法

- 介護予防サービスの提供に当たっては、目標を設定し、サービス担当者会議等を適切に開催することにより介護予防サービス事業者と目標を共有した上で、利用者ができる行為は可能な限り本人が行うよう配慮しなければならないこととされているが、こうした点を踏まえ、月単位の定額制サービスが導入された介護予防訪問介護については、主に次の点で、従前の訪問介護サービスと取扱いが異なること。
 - ① 介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）においては、目標や方針、サービスタイプの区分のみを定めることとし、従前のように提供回数や時間、サービス提供スケジュールなどを詳細に定めることは求められないこと。したがって、介護予防訪問介護の場合、介護予防訪問介護（Ⅰ）～（Ⅲ）のうちいずれの区分を適用するかを決定し、サービス提供に当たっての配慮事項等を介護予防サービス事業者に伝達するものであること。
 - ② 具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス事業者が利用者の状況や目標の達成度を踏まえて、柔軟に決定すべきものであること。したがって、利用者の状態の改善や利用者の自立が進み、訪問介護員が実施していた家事を本人自らが行うようになれば、結果的に当初の想定よりもサービス提供の回数や時間が少なくなることが想定されるが、この場合については、サービス提供量が減ったとしても適切なサービス提供による効果であると評価できること。
 - ③ しかしながら、利用者の状況や目標の達成度を踏まえない一律のサービスカット、利用者の状態がなんら変化していないにもかかわらず、一方的にサービス提供の回数や時間を減らす「過少サービス」や、例えば、第1週から4週まで週1回一律時間のサービスを提供し第5週は一律にサービス提供をしないとといった、利用者の状況を踏まえない「画一的なサービス」を提供すること等は、いずれも不適正なサービス提供であり、是正指導の対象となるものであること。
 - ④ 定額報酬については、平均的なサービス提供時間等を基に報酬水準を算定したものであるが、個別の利用者に対するサービス提供時間については、平均にとらわれて画一にすべき

参考資料

ものではないこと。したがって、個別の利用者についてみた場合、結果的にサービス提供時間が平均よりも多い場合や少ない場合がありうるが、いずれにせよ、個別の利用者の状況等に応じた必要なサービス量を提供することが求められるものであること。

- なお、以上のように、サービス提供について、従前の介護給付との相違はあるものの、介護予防訪問介護サービスについても、適正なケアマネジメントの結果、必要と判断される家事援助的なサービスは認められるものであり、例えば、利用者が、可能な限り、自ら家事等（掃除、買い物、調理等）を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性について考慮した上で、個別のケアマネジメントによる判断を経てその必要性が認められれば、介護予防訪問介護サービスが提供されるものであること。

3 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションに関する留意点

(1) サービスの提供方法

- 介護予防サービスの提供に当たっては、日標を設定し、サービス担当者会議等を適切に開催することにより介護予防サービス事業者と目標を共有した上で、利用者ができる行為は可能な限り本人が行うよう配慮しなければならないこととされているが、こうした点を踏まえ、月単位の定額制サービスが導入された介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションについては、主に次の点で従前の通所介護・通所リハビリテーションと取扱いが異なること。
 - ① 介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）においては、目標や方針のみを定めることとし、従前のように提供回数や時間、サービス提供スケジュールなどを詳細に定めることはせず、サービス提供に当たっての配慮事項等を介護予防サービス事業者に伝達するものであること。
 - ② 具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス事業者が利用者の状況や目標の達成度を踏まえて、柔軟に決定されるべきものであること。
 - ③ したがって、利用者の状況や目標の達成度を踏まえない一律のサービスカット、利用者の状態がなんら変化していないにもかかわらず、一方的にサービス提供の回数や時間を減らす「過少サービス」や、例えば、第1週から4週まで週1回一律時間のサービスを提供し第5週は一律にサービス提供をしないといった、利用者の状況を踏まえない「画一的なサービス」を提供すること等は、いずれも不適正なサービス提供であり、是正指導の対象となるものであること。
 - ④ 定額報酬については、平均的なサービス提供回数・時間等を基に報酬水準を算定したものであるが、個別の利用者に対するサービス提供回数・時間については、平均にとらわれて画一にすべきものではないこと。したがって、個別の利用者についてみた場合、結果的にサービス提供回数・時間が平均よりも多い場合や少ない場合がありうるが、いずれにせよ、個別の利用者の状況等に応じた必要なサービス量を提供することが求められるものであること。

参考資料

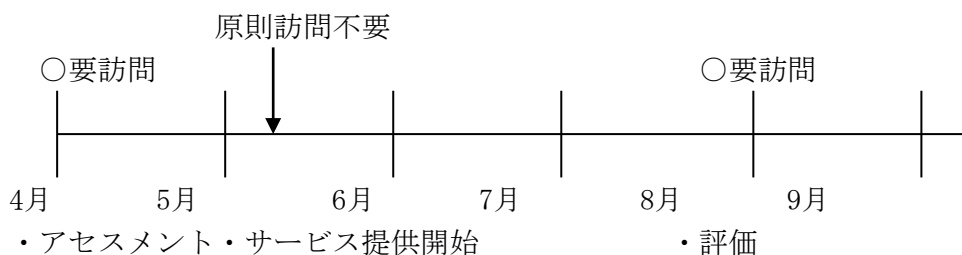
4 介護予防支援事業所によるチェックの徹底

- 介護予防サービス提供の状況については、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が確認しなければならず、利用者の状態等を踏まえない過少サービスや画一サービス等の不適正なサービスが行われている場合には、これを迅速に把握し、早急に介護予防サービス事業者と調整のうえ、適正なサービス提供がなされるよう措置を講じなければならないこと。なお、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）は、ケアマネジメント担当機関として、少なくとも次の機会を活用するなどにより、介護予防サービス事業者によるサービス提供が適正になされているのかを常に把握しなければならないこと。
 - ① 介護予防サービス事業者によるサービス提供状況や利用者の状態等に関する月に1度の報告（介護予防支援等の運営基準（平成18年厚生労働省令第37号。以下「支援基準」という。）第30条第12号）
 - ② 利用者及びその家族、介護予防サービス事業者等と継続的に行われるモニタリングの際の情報（支援基準第30条第15号）
 - ③ 事後の評価の際に得られる情報（支援基準第30条第14号）
- また、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が是正のための調整を講じても改善が図られない場合にあつては、保険者や指定事業者に対し指導監督権限を有する都道府県等と連携し、保険者や都道府県等において更なる改善措置を図ることが求められること。

5 介護予防支援における利用者の居宅の訪問について

- 介護予防支援の際、利用者の居宅の訪問については、原則としてアセスメント時及びサービス評価期間終了月並びにその間の3ヶ月に1回は少なくとも実施する必要がある旨を定めたところである（第1回会議資料参）
- この点に関し、アセスメント時に利用者の居宅を訪問し、その翌月からサービス提供を開始する場合については、アセスメント時に利用者の居宅を訪問すれば、その翌月（サービス提供開始月）の訪問は不要である（すなわら、アセスメント月とその翌月の2ヶ月連続した訪問が必要なわけではない）。
- 本年9月8日付けで支援基準が一部改正されたところであるが、この改正は、従前より委託お示ししてきたこうした点を明確化するものであり、利用者の居宅訪問に関する方針を変更するものではない。

[参考例]



国分寺市
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの手引き
(改訂版)

発行元:国分寺市 福祉部 地域包括ケア課
〒185-8501 東京都国分寺市泉町2-2-18