

那須塩原市
介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防ケアマネジメント
マニュアル



令和7年10月

目 次

<u>「介護予防・日常生活支援総合事業」とは</u>	
1 那須塩原市の総合事業の構成	1
2 介護予防ケアマネジメントの対象者	2
3 那須塩原市のサービス・活動事業	2
<u>介護予防ケアマネジメントの実施について</u>	
1 事業内容	5
2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	5
3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	6
4 実施主体（実施担当者）	8
5 実施の手順	9
6 留意事項	20
7 報酬（単価、加算）、支払	24
8 介護予防手帳の活用について	27
<u>介護予防ケアマネジメント実施における関係様式一覧</u>	
	28
参考様式例 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書	
	59

このマニュアルは、平成 27 年 6 月 5 日付老振発 0605 第 1 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」（令和 7 年 7 月 17 日一部改正）に基づき那須塩原市版として改変したものです。

「介護予防・日常生活支援総合事業」とは

介護保険法第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。）は、市が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものです。那須塩原市は、平成29年4月1日から実施しています。

自分で出来ないことに対して自分で出来るようになるという「自立の促進」や自分のできる能力を維持していくという「重症化予防」を目的として、一人ひとり状況に応じた自立支援に向けたサービスを展開していきます。

1 那須塩原市の総合事業の構成

総合事業は、①居宅要支援被保険者等の社会参加、介護予防及び自立した日常生活のためのニーズに対応するため、介護サービス事業者等が提供する旧介護予防訪問介護等に相当する専門的なサービスに加え、地域住民の主体的な活動や高齢者の日常生活と密接にかかわる地域の多様な主体による支援等を行うサービス・活動事業（法第115条の45第1項第1号）と、②第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業（法第115条の45第1項第2号）からなる。

介護予防・日常生活支援総合事業の構成				
介護予防・日常生活支援総合事業	サービス・活動事業 ・要支援認定を受けた者（要支援者） ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ・継続利用要介護者 ※サービス活動A・B・Cのみ	訪問型サービス（第1号訪問事業）	従前の訪問介護相当 多様なサービス・活動	①従前相当サービス ②訪問型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③訪問型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス） ⑤訪問型サービス・活動D（移動支援）
		通所型サービス（第1号通所事業）	従前の通所介護相当 多様なサービス・活動	①従前相当サービス ②通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）
		その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）		①栄養改善を目的とした配食 ②住民ボランティア等が行う見守り ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）
		介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）		①ケアマネジメントA ②ケアマネジメントB ③ケアマネジメントC
	一般介護予防事業 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業		

※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

いきいき百歳体操で地域の居場所づくり

2 介護予防ケアマネジメントの対象者

- 要支援 1 及び 2 の認定者
- 総合事業対象者…基本チェックリストの基準項目に該当した方（P29 参照）
 - ・ 要支援認定の更新をせず、有効期間終了前に基本チェックリストの基準項目に該当したもの（現行も緩和 A も使える）
 - ・ 要介護認定等の申請をせず、総合事業の利用を希望し、基本チェックリストの基準項目に該当したもの（那須塩原市は緩和 A が上限）
 - ・ 要介護認定等の申請の結果「非該当」と認定され基本チェックリストの基準項目に該当したもの（利用できるサービスは緩和型サービス A が上限）

3 那須塩原市のサービス・活動事業

（1）現行とサービス A について

身体介護が必要な「現行相当サービス」と身体介護が不要な「緩和した基準によるサービス」の比較。

○訪問型サービス

サービス種別	総合事業（訪問型サービス）	
	従前の介護予防訪問介護相当のサービス	訪問型サービス A （緩和した基準によるサービス）
サービス内容	○従前の介護予防訪問介護員による身体介護、生活援助	○生活援助（掃除、買い物、調理、洗濯等）
対象者	○身体介護が必要なケース ○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース	○身体介護が不要なケース
サービスの類型と利用者	■訪問型Ⅰ（週 1 回程度） 事業対象者 要支援 1・2 ■訪問型Ⅱ（週 2 回程度） 事業対象者 要支援 1・2 ■訪問型Ⅲ（週 2 回超） 事業対象者 要支援 2	■訪問型 AⅠ（週 1 回程度） [1 回あたり 20 分以上 45 分未満] 事業対象者 要支援 1・2 ■訪問型 AⅡ（週 1 回程度） [1 回あたり 45 分以上 60 分未満] 事業対象者 要支援 1・2

○通所型サービス

サービス種別	総合事業（通所型サービス）	
	従前の介護予防通所介護相当のサービス	通所型サービス A （緩和した基準によるサービス）
サービス内容	○従前の介護予防通所介護と同様のサービス	○閉じこもり予防や生活目標を明確にした自立支援に資するサービス（運動メニュー・レクリエーション等）
対象者	○身体介護が必要なケース ○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース	○身体介護が不要なケース
サービスの類型と利用者	■通所型 1（週 1 回程度） 事業対象者 要支援 1 ■通所型 2（週 2 回程度） 事業対象者 要支援 2	■通所型 AⅠ（週 1 回程度） [1 時間 30 分以上 3 時間未満] 事業対象者 要支援 1・2 ■通所型 AⅡ（週 1 回程度） [3 時間以上] 事業対象者 要支援 1・2

(2) サービスBについて

高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域住民が主体となってサービス（サービスB事業）を行う団体に対し、補助金を交付します。

○補助対象団体

次の条件を満たす住民主体で構成された団体、社会福祉法人、NPO 法人

- ①市内で活動する団体で、構成員3人以上であること
- ②1年以上の活動実績を有すること
- ③構成員が介護予防サポーター養成講座修了者であること

○補助対象要件

主に、要支援1・2の方、事業対象者（基本チェックリストにより該当した者にサービスを提供すること

○サービス提供

団体は、地域包括支援センターのケアマネジメントCによりサービスB事業の利用が適当と判断される者に対し、サービス提供を開始する。

(3) サービスCについて

一時的に身体機能が低下した高齢者に、心身状態に応じた効果的な介護予防プログラムに基づくサービスを集中的に実施することにより、日常の生活行為に支障のある高齢者を短期間で改善させ、自立した生活を送れるようにすることを目的とする。

○対象者

支援1・2、介護予防・生活支援サービス事業対象者で、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントにより利用が適当と判断された者

○申請書類

- ・サービスC事業利用申請書（様式11）
- ・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）
- ・基本チェックリスト
- ・介護予防サービス・支援計画表 様式5

介護予防ケアマネジメントの判断結果が分かるものとして添付。

《介護予防ケアマネジメントにより利用が適当と判断するケース》

- (1) 退院直後で生活機能全般が低下しているケース
 - (2) ADLやIADLの自立に向けた支援が必要なケース
 - (3) 自分で外出できるようになる事で閉じこもりが予防できるケース
 - (4) 自ら介護予防に取組み、生活機能の維持向上に向けた支援が必要なケース
 - (5) 本人の改善の意思及び改善の見込みが明確なケース
- ただし、次のサービスを利用している者は対象者から除く。

- (1) 介護予防通所リハビリテーション
- (2) 介護予防訪問リハビリテーション
- (3) 介護予防訪問看護
- (4) 介護予防認知症対応型通所介護
- (5) 介護予防小規模多機能型居宅介護
- (6) 介護予防認知症対応型共同生活介護
- (7) 介護予防特定施設入居者生活介護
- (8) 第一号通所・訪問事業（この事業を除く）

対象者は、日常の生活行為を短期間で改善し、自立した生活を再開することを目標としているため、サービス終了後は、自立した日常生活を続けると共に、要支援状態にならないよう予防に努めることが求められる。
よって、既に同様のサービスを受けている者は対象者から除くものとする。
また、サービス終了後に、上記(1)～(8)のサービスを利用することがないよう、申請時に十分に理解を求めるものとする。

○サービスCの内容

①提供期間

原則3ヶ月（12回）

※本人の意思に反しやむを得ず参加できなかった場合や、当初目標としていた以上の生活行為の改善を希望した場合には、最大6ヶ月（24回以内）まで延長可

②回数・時間

	回 数	1回当たりの時間
通所型	週1回×3か月 計12回	1時間30分程度
訪問型	週1回×3か月 計12回	1時間程度

③提供するサービス

作業療法士、理学療法士等のリハビリテーション専門職が、生活機能を向上するための訓練等を指導する。

- ・運動器機能向上プログラムに基づくサービスを実施
- ・必要に応じ、栄養改善プログラム、口腔機能向上プログラム等を実施

④事業費

訪問型：1回あたり6,600円（12回で79,200円）

通所型：1回あたり5,500円（12回で66,000円）

⑤利用料

利用者負担割合	訪問型	通所型
1割負担	660円/回	550円/回
2割負担	1,320円/回	1,100円/回
3割負担	1,980円/回	1,650円/回

※介護保険負担割合により変更（1割～3割）

※別途料金（個別プログラム、診療情報提供料、教材費、送迎費等）が発生する場合あり

⑥サービス提供事業者

- ・菅間記念病院 在宅総合ケアセンター 通所リハビリテーション事業所内（訪・通）
- ・にしなすの総合在宅ケアセンター マロニエ苑通所リハビリテーション内（訪・通）
- ・栃木県医師会塩原温泉病院（訪）
- ・那須訪問診療所（訪）

介護予防ケアマネジメントの実施について

那須塩原市では、平成 29 年 4 月 1 日から総合事業を実施しています。それに伴い、予防給付のうち介護予防訪問介護と介護予防通所介護が総合事業に移行し、総合事業のサービスのみを利用する要支援者等には、総合事業における介護予防ケアマネジメント（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号二に規定する第 1 号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）を実施しています。この介護予防ケアマネジメントマニュアルでは、介護予防ケアマネジメントに関わる事務手続等を中心に記載しています。

1 事業内容

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第 1 号訪問事業）、通所型サービス（第 1 号通所事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域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ある。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、目標達成のために必要なサービスを主体的に利用して、そ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る。

3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、利用者の状況に応じて実施するものとする。

本市においては、ケアマネジメントAを実施する。

(1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

訪問型・通所型サービスA、訪問型・通所型サービスCで実施。

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

モニタリングについては、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、利用者本人の居宅を訪問して行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

【ケアマネジメントAのプロセス】

- ・サービス・活動事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
- ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

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【利用者・サービス提供者へ】

→サービス利用開始

→モニタリング【給付管理】

(2) 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）

訪問型・通所型サービスBで実施。

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

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、状態に応じたケアマネジメントに移行する。

【ケアマネジメントCのプロセス】

- ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用（サービスB）などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合

アセスメント

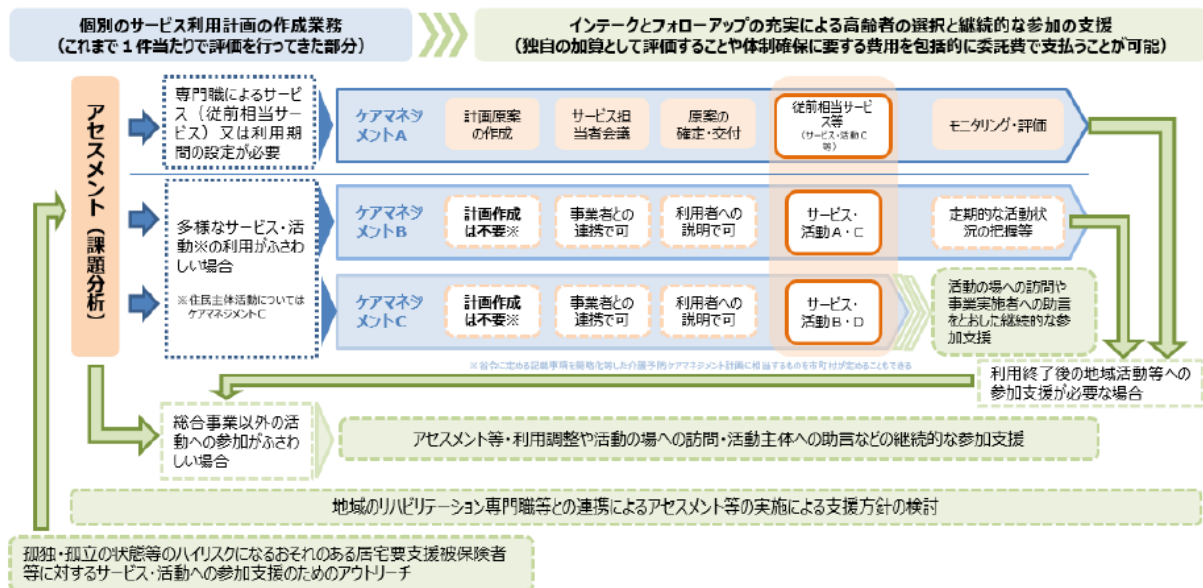
→利用者の目標設定に助言をし、結果を介護予防手帳にて共有する

→利用者への説明・同意

→利用するサービス提供者等への説明（サービスB利用開始証明書様式12で行う）

→サービス利用開始

介護予防ケアマネジメントにおけるプロセス等について



※那須塩原市ではケアマネジメントBは実施しません。

4 実施主体（実施担当者）

○利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施する。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能である。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して適切な人員配置等の体制整備をしていただきたい。

介護予防ケアマネジメントの望ましい実施体制は、次のとおりとする。

（１）地域包括支援センターが、原則介護予防ケアマネジメントを行う。

●今まで介護認定を受けておらず、担当ケアマネがない総合事業対象者となる方（以下「新規の方」という）は、必ず地域包括支援センターが基本チェックリストを行う。

（２）新規の方を居宅介護支援事業所に委託する場合においては、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、初回から3か月目のモニタリング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が行い、適宜地域包括支援センターが関与する。

●現在居宅介護支援事業所に委託している場合においても、新規に基本チェックリストを実施するときには、地域包括支援センターが同席する

（３）新規の方を居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメントから居宅介護支援事業所が行う場合においては、初回立ち合いやケア会議の活用等何らかの形で、ケアマネジメント全体に関与する。

※（２）（３）による居宅介護支援事業所に委託する場合、様式3介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント変更届出書に変更理由を記載し市に提出する。

5 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として市町村に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順として実施する。

○ 概要

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 (P. 10 手順の詳細 参照)

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。
総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続 (P. 11 手順の詳細 参照)

地域包括支援センターが利用者宅を訪問し、重要事項説明書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する。

(3) 介護予防ケアマネジメント

ア アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援する

ウ サービス担当者会議（ケアマネジメントCの場合を除く）

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

キ モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントCの場合を除く）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。利用者宅への訪問によるモニタリングは、3か月毎実施する。

ク 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。
1年ごとに基本チェックリストを実施し、状態のアセスメントを行う。

○手順の詳細

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

来所者（相談者）意向確認票を参考とする。

・市役所に本人及び家族来庁時

①認定申請のため来庁⇒基本介護認定申請受付

※新規の介護サービス利用希望の相談があった場合、基本チェックリストのみによる「明らかに認定申請が不要」な状態の判断が困難なため、本人が総合事業サービスのみを希望する場合を除き、従来どおり認定申請の案内を行う。

②介護認定をせずに本人が総合事業の利用を希望している場合、地域包括支援センターにつなげ、基本チェックリストで総合事業該当かどうかの確認をする。地域包括支援センターは総合事業の説明をする。

③介護認定や総合事業の希望でなく、通い場所の相談⇒従来どおり本人の意向に沿って元気アップデイサービス、シニアセンター等を提案する。

来所者（相談者）意向確認票

新規申請

※CL=チェックリスト=総合事業の申請

☐ 給付サービスを利用したい ☐ 入居（GH／サ高住）、入所（特養／老健）したい ☐ がん末期、ターミナル等で症状急変の可能性ある（かつ緊急性がある？） ☐ 重症のけが・病気、重い認知症等で要介護相当の手厚いサービスが必要 ☐ 要介護認定が必要（理由： ） ☐ 第2号被保険者である（40～64歳） ☐ 状況・希望するサービス等がはっきり分からない	→	要介護申請	①
☐ 明らかに要介護状態ではなく、利用したいサービスが訪問介護、通所介護のみである	→	CL	②
☐ 「元気アップデイサービス」「シニアセンター」の利用を希望している	→	その他の申請	③

更新申請

☐ 要介護1～5の認定を受けている ☐ 要支援1、2の認定を受けており、上記要介護申請項目に該当する	→	要介護申請	①
☐ 要支援1、2の認定を受けており今後訪問型サービス、通所型サービスのみを利用予定の方	→	CL	②
☐ 今現在、サービス利用の必要がなく、何も利用していない	→	必要時に申請するように説明	

※来所者意向確認票により基本チェックリストを行う該当者には様式1により実施する。

【総合事業の説明内容】

・申請時には相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等の申請が可能であること等を説明する。

・さらに、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。

・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、要介護認定等申請の案内を行う。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続

地域包括支援センターが利用者宅を訪問し、重要事項等を文書で説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

介護予防ケアマネジメントの実施主体について、住所地と居住地が異なる場合、利用者の居住する地域包括支援センターが実施する（R2.4 地域包括支援センター運営調整会議で統一。R2.4.22 県高齢対策課に確認：法令では「居住するセンターが実施」との文言のため、市で統一を図る）。

【申請から利用まで】（P13 総合事業サービス利用の流れ参照）

対象者の居住する管轄の地域包括支援センターまたは介護予防ケアマネジメントの委託を受けたケアマネジャーが基本チェックリストを実施し、その結果、事業対象者に該当した場合は介護予防ケアマネジメントの依頼を受ける。

基本チェックリストはケアプラン作成者が実施する。ケアプラン作成者が包括であれば包括、居宅ケアマネであれば居宅ケアマネが実施する。

なお、総合事業対象者選別に伴う基本チェックリストは、地域包括支援センターが行う（R2.4 地域包括支援センター運営調整会議で統一）。

①担当地域包括支援センター又は介護予防ケアマネジメントの委託を受けたケアマネジャーが本庁高齢福祉課・西那須野庁舎福祉担当・塩原庁舎のいずれかに以下のものを提出する。

- 「基本チェックリスト判定結果」（該当した場合）様式1
- 「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
- 対象者の介護保険被保険者証（紛失した場合は、再交付申請書）

②本庁高齢福祉課から地域包括支援センターへ次のものを発行する。

- 「認定状態区分：事業対象者」が印字された介護保険被保険者証を交付
- 負担割合証が発行されていない場合は、負担割合証を交付

③対象者が地域包括支援センターから介護保険被保険者証などを受領する。

④利用者と地域包括支援センターが契約し、地域包括支援センターにて介護予防ケアマネジメント（ケアプラン作成等）を実施する。

居宅介護支援事業所に委託する場合において、包括は、将来を見据えた目標設定、ケアプラン作成等について、初回立会いやケア会議等の活用等何らかの形で関与する（「～したい」「～できるようになる」の視点で）。

介護予防ケアマネジメントを実施する場合の契約は、地域包括支援センターが実施する。例外として、県外や県南在住の利用者の場合は、事務の効率化を図る観点から代行することは可とする（R2.4 地域包括支援センター運営調整会議で統一）。

⑤対象者が総合事業サービス利用開始。

◆「事業対象者」となる手続きについて

○「基本チェックリスト判定による該当結果」のみでは「事業対象者」と認定されません。同時に「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届」の提出があって「事業対象者」と認定されます。

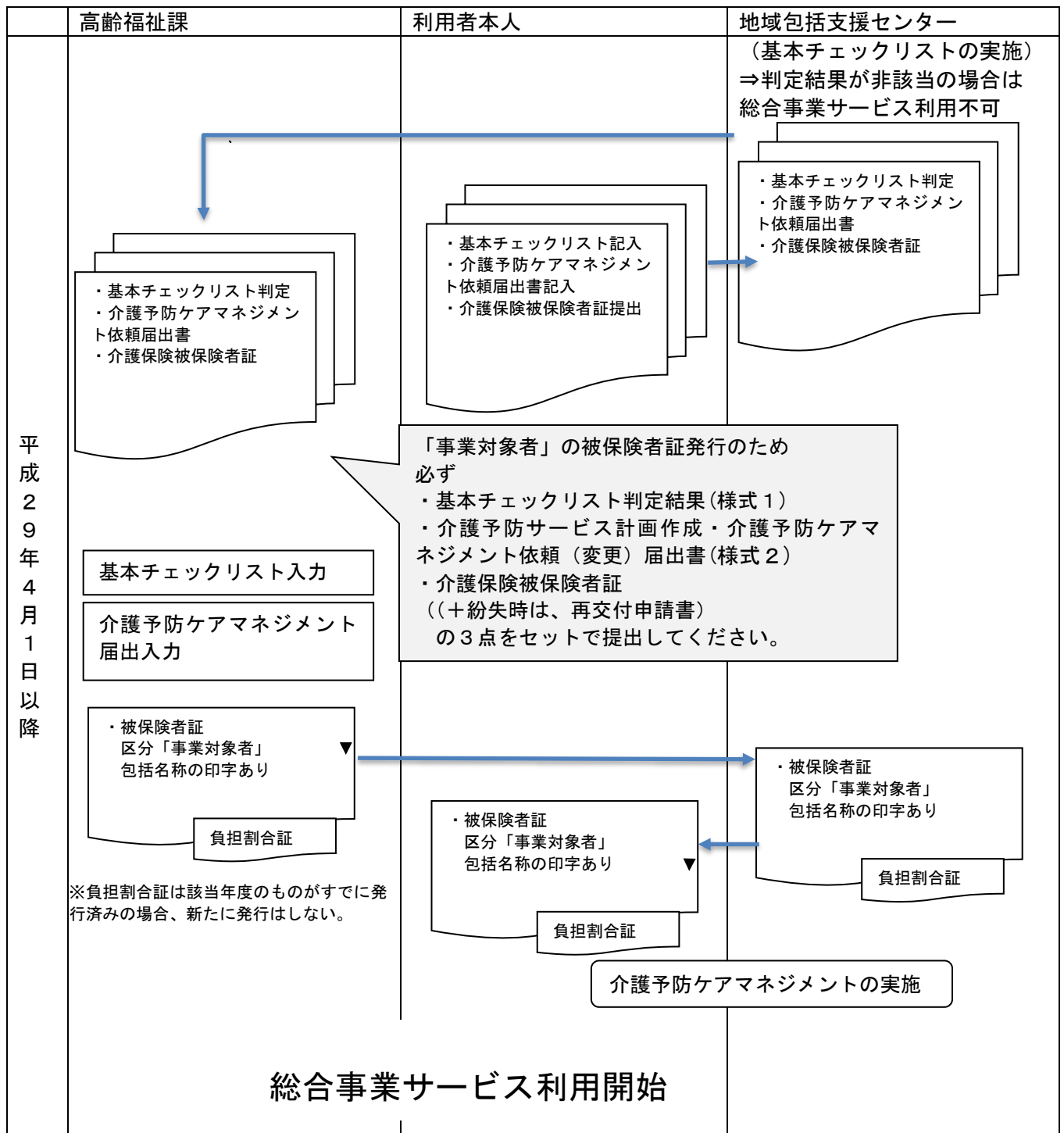
○基本チェックリスト実施後、2週間以内に上記①を市に提出してください。

○要支援認定を受けていた方が、更新申請をせずに認定有効期間終了日翌月1日以降、引き続き総合事業サービスのみを利用するため「事業対象者」の手続きを行う場合は、認定有効期間終了日の4週間前から認定有効期間終了日までに「事業対象者」の手続きを行ってください。

◆みなしの場合の担当（認定の有効期限が切れる前に更新が間に合わない場合）

○要支援が出ると思っているが、要介護認定が出てしまい、その後、居宅ケアマネに依頼が来ると、有効期限が切れてから新しい認定結果が出るまでの間の給付管理を担当できる者が居なくなります。みなし利用する場合は、居宅に依頼することが望ましいと考えます（R2.4 地域包括支援センター運営調整会議で統一）。

◆総合事業サービス利用の流れ



- ◆「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」
 - すべての事業対象者及び要支援認定者が提出する必要があります。
- ◆「事業対象者」が利用できるサービスについて
 - 総合事業サービスのみが利用できます。
 - 総合事業サービス以外の予防給付や介護給付の利用はできませんので、予防給付や介護給付が必要な場合は、従来どおり認定申請による要介護・要支援認定が必要となります。
 - 2号被保険者は「事業対象者」となることができませんので、従来どおり認定申請による要介護・要支援認定が必要となります。要支援1、2の判定結果の場合は総合事業のサービスが利用できます。
- ◆要支援認定者は、認定有効期間中に認定を取り下げて「事業対象者」となることはできません。
- ◆「事業対象者」の有効期間
 - 「事業対象者」の有効期間の終期がないため更新手続きなどは不要です。
- ◆自立・回復等により「事業対象者」でなくなった場合
 - 「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終了届出書」（様式9）の提出を利用者に求め、市に提出してください。
- ◆事業対象者の1か月あたりの支給限度額
 - 市告示参照
- ◆「事業対象者」の転出について
 - 「事業対象者」が他の市町村に転出するときは、「事業対象者」としての認定は引き継がれません。本人が「事業対象者」の手続きを希望する場合は、改めて転入先の市町村が定めたルールによる手続きが必要になります。
- ◆「事業対象者」の転入について
 - 「事業対象者」が他の市町村から転入するときは、「事業対象者」としての認定は引き継がれません。
 - 他市町村で「事業対象者」であっても本人が総合事業サービスのみを希望する場合を除き、従来どおり認定申請の案内を行います。
 - ただし、転入前の市町村で「事業対象者」であった等の申し出があり、本市の総合事業サービス利用のみを希望する場合は、地域包括支援センターが基本チェックリストを実施し、該当となる方は「事業対象者」の手続きを行います。
 - この場合、転入前の市町村に「事業対象者」であったか否かの確認を行う必要はありません。

(3) 介護予防ケアマネジメント

ア アセスメント（課題分析）

○利用者の自宅を訪問し、本人との面接による聴き取り等を通じて行う。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している場合であっても、将来を見据えた目標設定、ケアプラン作成等について初回立会いやケア会議等の活用等、何らかの形で地域包括支援センターが関与する。

○より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」様式4なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。

○プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

○目標の設定

・生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」

（P19）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、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

・また、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る、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。

・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している場合のケアプランの原案作成は委託先の居宅介護支援事業所が行う。

・ケアプランの原本は、地域包括支援センターが管理する（給付管理をする責務上、包括が管理すると県に確認済）。

○利用するサービス内容の選択

・「要支援1」の者は、介護予防ケアマネジメントのプロセスで本人の状況を確認するとともに事業の説明を行い適切なサービスの利用につなげる。

・「要支援2」の者は、原則現行相当サービスを利用するが、アセスメントにより緩和型サービスAを利用することもできる。

・「事業対象者」は、上記「要支援1」と同様である。ただし、介護認定申請をせずに新規に「事業対象者」となった者及び要介護認定審査会の結果「非該当」と認定され、基本チェックリストにより総合事業対象者となった者は、緩和型サービスAの利用が上限となる。

・「要支援者」は、対象者の状況に変化が生じたときには、月の途中でであっても、緩和型サービスAから現行相当サービスへ移行することは可能である。（現行サービス利用可能者が緩和を使っていたが、状態が悪くなり現行になるケース）

・利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。

・サービス事業の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の類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせ

せる等、複数の類型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マネジメントにより利用回数、利用時間を設定する。

○さらに、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者とよく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。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、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）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、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

- ・原則、モニタリングは1回/月実施する。サービス利用状況の確認と心身の状況確認のため、毎月、電話や通所先での面接などにより実施する。また、3か月に一度は自宅に訪問し、生活状況、新たな課題が出ていないかなどを本人・家族から聞き取りにて確認する。これらの実施状況については、「介護予防支援経過」に随時内容を記載する。

ウ サービス担当者会議

○ケアマネジメントAにおいて実施する。

○ケアマネジャー、サービス提供事業所と利用者の目標や自立支援に資するケアプランについて共有する。居宅介護支援事業所に委託している場合は、必要時地域包括支援センターが同席する。

エ 利用者への説明・同意

○利用者に対して目標の確認をし、目標達成に向けての取り組みについて説明し、同意を得る。

オ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス実施者）

○サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、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からケアプランをサービス実施者にも交付する。

○ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を介護予防手帳にて交付し、利用者自ら、サービスB団体に持参してもらう。また、サービスB利用開始証明書様式12を利用し、サービスB団体と利用依頼、利用開始について書面でやりとりする。地域包括支援センターは、サービスB利用開始証明書の写しを市に提出する。

カ サービス利用開始

キ モニタリング（ケアマネジメントCの場合を除く）

○ケアマネジメントAは、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期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、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。

○ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、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とっておく。

○委託の場合、居宅介護支援事業所は、デイサービス等サービス提供事業所からの報告書、モニタリング、評価表は、居宅から地域包括支援センターに提出しない。(R2.4 地域包括支援センター運営調整会議で再統一)

○居宅への委託契約書は自動更新の契約書とする。(R2.4 地域包括支援センター運営調整会議で統一)

※ 状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例

- ・サービス提供者と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。

ク 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

○ケアマネジメントAについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

○1年に1回基本チェックリストを実施し、地域包括支援センター、ケアマネジャー及びサービス提供事業所と状態のアセスメントを行う。

【介護予防ケアマネジメントの考え方】

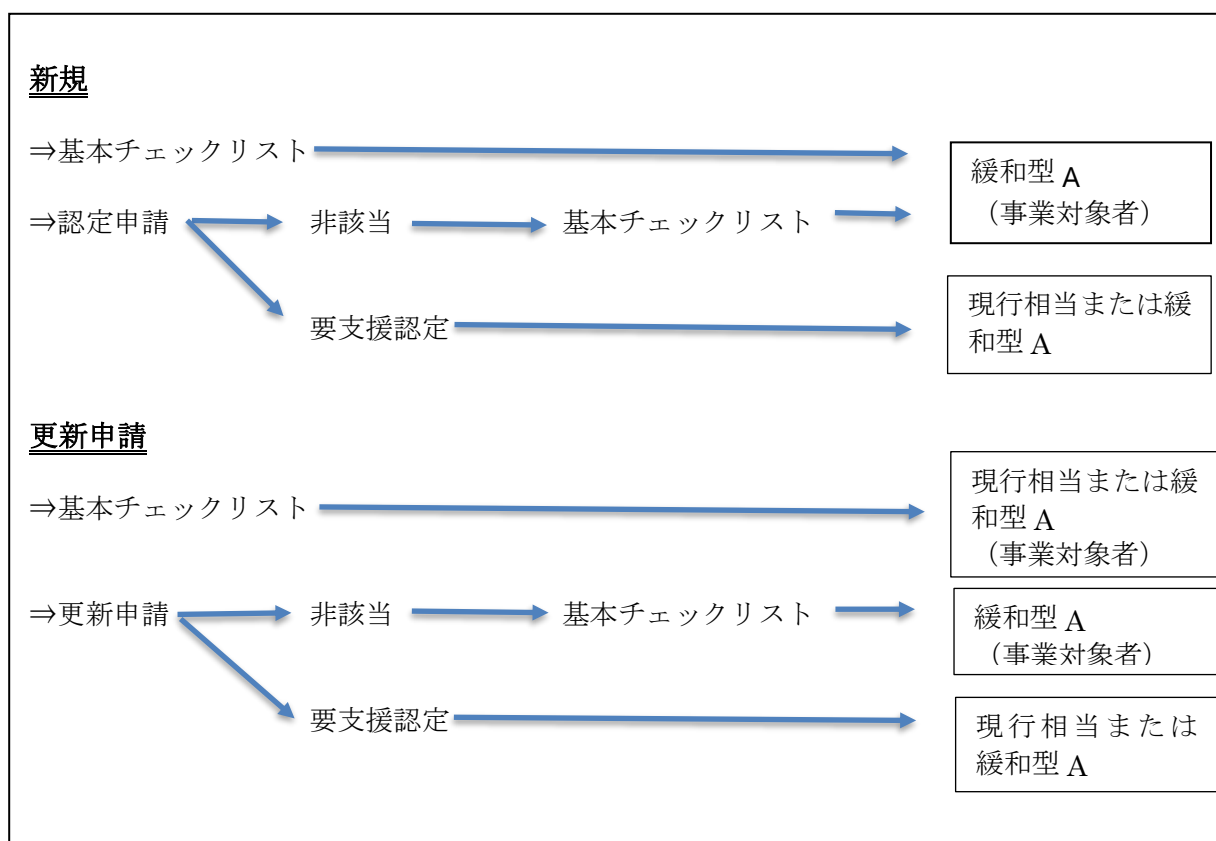
- 基本チェックリストは、総合事業対象者かどうかの振り分けのために使う。
- 「現行相当」か「緩和型A」の利用については、対象者の必要なサービスをケアマネによるアセスメントにより対象者の状況を確認し、適切なサービスの利用につなげる。
- アセスメントにより必要なサービスを提供することとなり、対象者によっては、通所が「現行相当」であっても訪問は「緩和型A」になることもありうる。
(ただし、ケアプラン作成にあたり下記の条件がある。)

【ケアプラン作成の条件】

- ◆今まで認定を受けていない新規に基本チェックリストで事業対象となった方
基本チェックリスト⇒事業対象者⇒**緩和型A**が上限
(現行相当サービス利用の場合は認定申請を行う)

- ◆新規介護認定又は認定更新した方で認定結果が「非該当」の方
認定申請⇒非該当⇒基本チェックリスト⇒事業対象者⇒**緩和型A**が上限

【サービスの振り分け方法】



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
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
家庭生活 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済ます
対人関係 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
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 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
コミュニケーション 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
運動と移動 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
知識の応用（判断・決定） 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
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

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

6 留意事項

(1) 介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、別紙様式を用いる。

(様式5～8 介護予防手帳参照)

モニタリングの結果については、支援経過記録に記載しておく。1年後の評価結果については、「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8を作成する。市への書類の提出は求めないが、担当の地域包括支援センターにて保管する。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している場合は、居宅介護支援事業所は地域包括支援センターに様式8を提出する。

ケアマネジメントCにおけるケアマネジメント結果は介護予防手帳に記入する。

介護予防手帳は、セルフマネジメントの推進を目的として作成しており、アセスメントの段階から「していることや興味の確認」などを聴取し、利用者と相談しながら、利用者の興味、関心のあることを通して生活の目標やその達成のために取り組むことを決定し、それを介護予防手帳に記入して携行し、活動の記録を記載するなどの活用によるセルフマネジメントツールとして使用する。

(2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付の利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできない。

※要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡を取り、給付管理を行う。

(3) サービス事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐ必要がある。

(4) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。

(5) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる。

(6) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていただきたい。

(7) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターに加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。その中で、特に、ケアマネジメントCでは、そのプロセスの一部を本人や家族、主な利用先と想定されるB型サービスを運営する住民主体が、担うことになり、利用者のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センター職員等専門職と共に、ケアマネジメント結果等が共有されていることが必要である。

○地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

介護予防ケアマネジメントを担う地域包括支援センター（委託する場合は居宅介護支援事業所）においては、本人の意欲を引き出す生活目標の設定や住民主体の支援の重要性について理解し、セルフマネジメントにつなげるために、本人の思いや意欲を引き出す関わりや、必要な支援・サービスを主体的に選択できるような支援によって、本人がケアマネジメント結果を「自分のプラン」と認識できるよう本人の思いや希望が反映されたものとするのが求められる。

なお、住民主体の支援のいわゆるインフォーマルな資源の活用についても、ケアマネジメントCとして評価し、報酬につながるものとして設定している。

ケアプラン結果を介護予防手帳で共有した後は、モニタリングは行わず、本人が自身でこの内容に沿って、介護予防の活動を行い、セルフマネジメントを進めることになる。

その時点で、地域包括支援センターの個人への関わりは一旦終了するが、その後も本人の状況が変化したときや、困りごとができたときには、安心して相談できる体制を確保しておく。そのためにも、本人及び家族へ介護予防におけるセルフマネジメントの重要性について時間をかけて伝え、本人・家族との信頼関係を築いていくことが重要である。

○地域づくり型介護予防事業・B型サービス

総合事業の中で住民主体の支援として位置付けられるのが、地域づくり型介護予防事業及び住民主体の支援であるB型サービスである。

特に、B型サービスは、虚弱高齢者や要支援相当の高齢者に社会参加の機会を確保する上で重要な役割を果たす。B型サービスを利用する高齢者が、その中でケアプラン結果等を使って自らの健康状態を共有し、その上でB型サービスの運営主体が活動状況を確認し、状況の変化など必要な時は地域包括支援センター等専門職に繋がる仕組みを構築することが必要である。これは、通常のケアプランというモニタリングの意味を持つと考える。

さらに、住民主体の活動場所では、専門職のアドバイス等も共有し、本人がそれに基づいた取組を継続できるようお互いが声をかけ合うなどにより、健康管理や体力の維持改善のための取組が、日常生活の中でより定着することが期待される。

○高齢者本人と家族

高齢者本人が自分の健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持っていただくことが必要である。

その上で、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、地域包括支援センターに相談するという意識を醸成していくことも合わせて必要である。

(8) より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン『第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～』」も参考にしながら、取り組んでいただきたい。

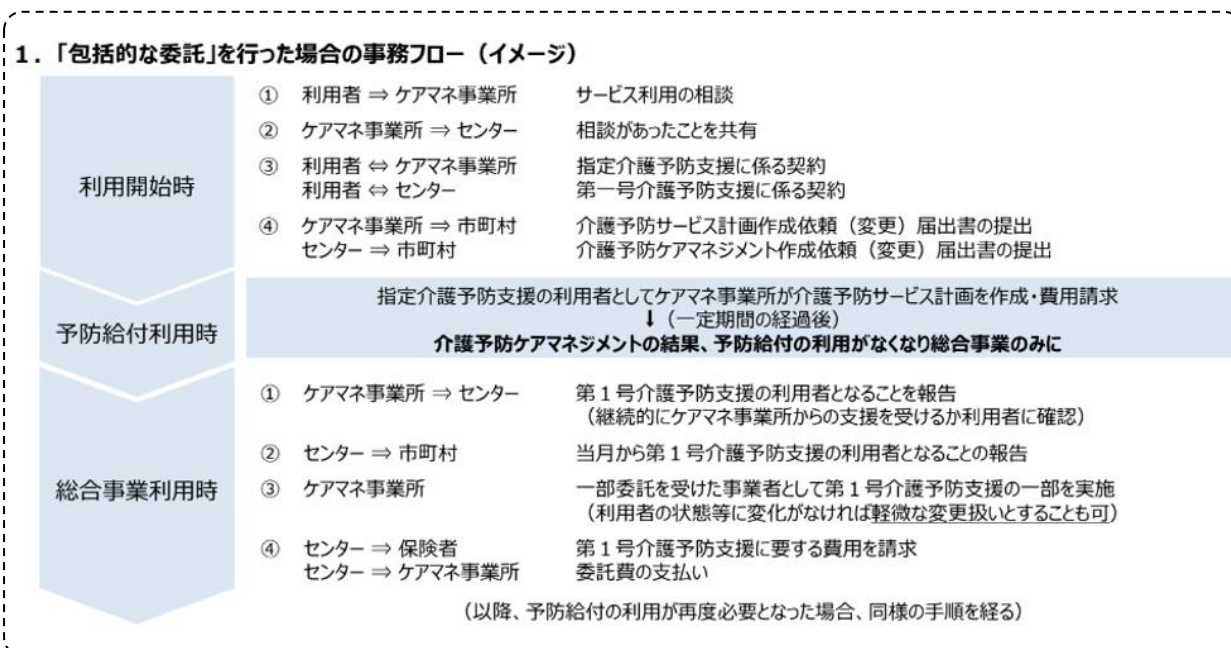
○包括的な委託の実施について

令和6年4月から、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られるようになったことを受け、令和6年12月13日から「包括的な委託」を行い、一部の事務手続きを簡素化する。

◎「包括的な委託」による手続きの簡素化が適用される場合

介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所が、介護予防サービス計画を届け出た後、予防給付未利用などの理由により、地域包括支援センターからの委託を受けて介護予防ケアマネジメントを担当することになったとき。

■（参考）国が想定する包括的委託の事務手続きの流れ



■本市における事務手続きの流れ

1. 初回届出時

①～③を窓口提出する。

①「介護予防サービス計画作成届出書（様式2）」

介護予防支援に係る指定を受けた居宅介護支援事業所が、介護予防支援を実施する届出

②「介護予防ケアマネジメント依頼届出書（様式2）」

地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメントを、指定を受けた居宅 介護支援事業所に委託する届出

③「包括的な委託に伴う計画種別届出書（様式13）」

初回届出時、①②のどちらの届出を適用するのか種別を選択する届出書

（注）①②は、同じ様式であるが内容が異なるためそれぞれ作成して提出すること。

＜被保険者証の交付＞

①～③を確認後、市において、

- ・介護予防支援を実施する「指定を受けた居宅介護支援事業所名」
 - ・介護予防ケアマネジメントを委託する「地域包括支援センター名」
- を併記した被保険者証（うち一つは手書き）を交付する。

2. 変更届出時

次の様式を「窓口」「メール」「FAX」のいずれかの方法により提出する。

- ・「包括的な委託に伴う計画種別届出書（様式13）」

（注）必要事項を記入の上、変更日、変更後の種別を選択
保険証は、利用者において保持（窓口への提出不要）

7. 報酬（単価、加算）、支払

（１）単価及び加算

○介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託により実施するものである。

○委託をする場合は、１件あたりの単価を設定することとし、その単価については、提供する内容等に応じて、介護給付の報酬単価以下の単価を市が定める。

（単位数については、市の告示参照）

○介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターに委託し、実施する。

○委託する１件あたりの単価については、後述(3)で示す。

加算については、次のとおりとする。

ア 初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して２月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む。）

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合。ただし、予防給付を受けていたものが、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

イ 委託連携加算

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、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携を新たに評価する。

利用者１人につき指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定。

（２）介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

要介護等認定を受け、結果が要支援１・２の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付から介護予防支援介護給付費が支払われることになり（国保連支払）、要支援認定を受けていない事業対象者（申請をしていない者や申請はしたが非該当となった者）又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメント費が支払われることになる。実際の支払いは国保連に介護予防ケアマネジメントの費用を請求し、国保連から支払われることとなる。

ア サービス事業に関する費用の支払：要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護１以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。

イ 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護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り扱う。

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

サービス 認定等結果	給付のみ	総合事業のみ	給付と総合事業
非該当・ 事業対象者	全額自己 負担	介護予防ケアマネジメントも含め て、事業より支給 【例】事業対象者が訪問介護を利用 ⇒認定非該当になった場合、訪問介護は 事業費として支給	給付分は全額自己負担 介護給付ケアマネジメントも含めた事業分は 事業より支給 【例】事業対象者が訪問介護と福祉用具を暫定プランで利用 ⇒認定非該当になった場合、福祉用具は全額自己負担、訪 問介護は事業費として支給
要支援	予防給付 より支給	介護予防ケアマネジメントも含め て、事業より支給 【例】事業対象者が訪問介護を利用 ⇒要支援認定を受けた場合、訪問介護は 事業費として支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は 予防給付より支給、事業分は事業より支給 【例】事業対象者が訪問介護と福祉用具を暫定プランで利用 ⇒要支援認定を受けた場合、福祉用具は予防給付費、訪問 介護は事業費として支給
要介護	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事 業費より支給	介護給付費と事業費の併用はできないため、 どちらかのサービスは全額自己負担(※) 介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は 介護給付より支給、事業分は介護給付サービ スの利用を開始するまでのサービス提供分は 事業により支給

※厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についてのQ&A【平成27年3月31日版】」第4問4より

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

なお、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)」(平成28年3月31日事務連絡)によりお示ししているが、予防給付及びサービス事業を併用する場合の給付管理票及び介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については介護予防・日常生活総合支援事業における給付管理票の提出パターンは様式11のとおりであるので留意願いたい。

(3) 介護予防ケアマネジメント費の請求及び支払について
『介護予防ケアマネジメント費』は国保連に請求する。
合成単位数等は「介護予防支援費」と同様。

項 目	委託料
介護予防ケアマネジメント（基本）	4, 420円
初回加算	3, 000円
委託連携加算	3, 000円

⇒提供月において要支援者が総合事業サービスと併せて予防給付を利用する場合は、従来どおり「介護予防支援費」の請求となる。

⇒総合事業サービスは自己作成によるサービス提供はできない。

【介護予防ケアマネジメントの請求方法】

○介護予防ケアマネジメントとして国保連に請求する対象者

①事業対象者のうち総合事業サービスの利用者

②要支援者のうち総合事業サービスのみの利用者

○介護予防ケアマネジメントの請求は国保連にサービスコード【AF】で給付管理票（様式9）

を提出する。提供月の翌月10日までに提出。

限度額管理対象 予防給付
介護予防支援【46】▲ 介護予防訪問介護【64】 介護予防訪問入浴介護【62】 介護予防訪問看護【63】 介護予防訪問リハビリテーション【64】 介護予防通所介護【65】 介護予防通所リハビリテーション【66】 介護予防福祉用具貸与【67】 介護予防認知症対応型通所介護【74】 介護予防認知症対応型共同生活介護【37】 介護予防小規模多機能型居宅介護【75】 介護予防短期入所生活介護【24】 介護予防短期入所療養介護（介護保険施設）【25】 介護予防短期入所療養介護（介護容量施設等）【26】 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）【39】 介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）【69】

限度額管理対象 那須塩原市総合事業サービス
介護予防ケアマネジメント【AF】 訪問介護相当サービス【A2】 訪問型サービスA【A3】 通所介護相当サービス【A6】 通所型サービスA【A7】

※介護予防・日常生活総合支援事業における給付管理の提出パターンは（様式9の別紙）
※サービスコードは市ホームページに掲載

8. 介護予防手帳の活用について

1. 目的

高齢者が、自律的に生活を管理（セルフマネジメント）する力を高めるため、自身の興味・関心に基づいた生活の目標をたて、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら、日常生活の活動を高め、家庭や社会へ参加し、一人一人の生きがいや自己実現のための取組をして、生活の質の向上を目指すものである。

地域包括支援センターが実施した介護予防ケアマネジメントCについても、介護予防手帳を活用し、関係者と共有する。

2. 交付対象者

ケアマネジメントCの対象者

総合事業サービスBの利用者

その他交付を希望する者

（サービスBの利用者のみでなくボランティアも含め、年齢に関係なく交付することを含む）

3. セルフマネジメントツールとしての活用

介護予防手帳は、ケアマネジメント結果を基に自己管理する「セルフマネジメント」のツールとして位置づけ、各項目を本人自らが記載し、活動する際に持ち歩き、自身で管理するものとする。

介護予防ケアマネジメントCの対象者は、活動場所で行き先状況を記録することがモニタリングの意味を持つ。

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判定結果様式及び事業対象者に該当する基準

様式 1 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 までを「標準様式例」という）

様式 8 介護予防ケアマネジメント依頼終了届

様式 9 給付管理票

様式 9 別紙 給付管理票の提出パターン

様式 10 サービスB利用開始証明書

様式 11 サービスC事業利用申請書

様式 12 介護予防手帳

様式 13 包括的な委託に伴う計画種別（介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント）届出書

様式1

基本チェックリスト判定結果

対象者氏名：		被保番：	実施日：
生年月日	性別：男・女		
年齢	実施場所：	担当包括：	実施職員：

No.	質 問 事 項	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	・ はい	・ いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	・ はい	・ いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	・ はい	・ いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	・ はい	・ いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	・ はい	・ 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	・ はい	・ 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	・ はい	・ いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	・ はい	・ いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	・ はい	・ いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	・ はい	・ 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	・ はい	・ いいえ
12	BMIが18.5以下 体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)	・ はい	・ いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	・ はい	・ いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	・ はい	・ いいえ
15	口の渇きが気になりますか	・ はい	・ いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	・ はい	・ いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	・ はい	・ 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	・ はい	・ 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	・ はい	・ いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	・ はい	・ いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	・ はい	・ 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	・ はい	・ 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	・ はい	・ いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	・ はい	・ 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	・ はい	・ いいえ

生活	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	同じこもり予防	物忘れ防止	うつ予防
0/20	0/5	0/2	0/3	0/2	0/3	0/5

(裏面)事業対象者に該当する基準

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。

様式1の別紙

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ヵ月以内の値を、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ヵ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言われますか	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						
					年 月 日						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所 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所 ※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ください。											
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。											
那須塩原市長 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の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。 令和 年 月 日											
被保険者 住所 氏名				電話番号（ ）							
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号									
介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供に当たり、被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る判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に必要な範囲で提供することに同意します。 年 月 日 氏 名 代筆者（続柄） 氏名											

（注意）

- この届出書は、要支援認定の申請時又は、介護予防サービス計画の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那須塩原市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の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（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、必ず那須塩原市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一時、全額負担していただくことがあります。
- 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村の窓口へ提出してください。

様式3

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）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			

（出典）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会（2014.3）

様式4

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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・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・その他()				
来 所 者 (相談者)			家族構成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先	続柄				
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先
			家族関係等の状況		

《介護予防に関する事項》

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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

年 月 日 氏名

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）

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		初回・紹介・継続		認定済・申請中		要支援1・要支援2		事業対象者	
計画作成者氏名 _____				委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____							
計画作成（変更）日 ____年 ____月 ____日（初回作成日 ____年 ____月 ____日）				担当地域包括支援センター： _____							
目標とする生活											
1日						1年					

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家 族の支援、インフォーマル サービス（民間サービス）	介護保険サービス 又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無					()					
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、健診結果、報告結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

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

【意見】

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 _____

様式6

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。

様式7

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（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。

1 「利用者基本情報」様式 4

①「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

②「相談日」

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

③「本人の現況」

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

④「本人氏名」

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

⑤「住所」

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

⑥「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦「日常生活自立度」

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

⑧「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨「障害者等認定」

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

⑩「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無について、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。

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

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱「現病歴・既往歴と経過」

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

⑲「現在利用しているサービス」

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

⑳「個人情報第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する

記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス・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）」様式 5

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ないものではない。

「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あると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

⑰「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、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。

⑱「具体策についての意向 本人・家族」

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

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

⑳「目標」

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

㉑「目標についての支援のポイント」

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

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

㉒「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」

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

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

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

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

②③「【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」

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

②④「サービス種別」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

②⑤「事業所（利用先）」

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

②⑥「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

②⑦「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

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

②⑧「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に〇印を付す。

②⑨「地域包括支援センターの意見・確認印」

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

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、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。)

③⑩「計画に関する同意」

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

3 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録」様式6

①「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

②「計画作成者名」

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

③「年月日」「内容」

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

4 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表」様式7

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。

様式8

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号												
フリガナ																	
					生年月日												
介護予防サービス計画の作成を実施していた介護予防支援事業所 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）していた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 ()														
那須塩原市長 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の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼しておりましたが、中止・終了することを届け出します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 電話番号 () 氏名																	
確認欄		☐ 基本チェックリスト非該当 ☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号															
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															

（注意）

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼を終了することが決まり次第速やかに那須塩原市へ提出してください。
- 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村の窓口へ提出してください。

様式9

給付管理票

給付管理票														
保険者番号				保険者名				作成区分						
				那須塩原市				1.居宅支援事業者作成						
被保険者番号				被保険者氏名				2.被保険者自己作成						
				フリガナ				3.介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成						
								居宅介護/介護予防 支援事業所番号						
生年月日				性別	要支援・要介護状態区分等				担当介護支援専門員番号					
明・大・昭・平 年 月 日				男・女	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名					
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業支援限度基準額				限度額適用期間				支援事業者の 事業所所在地及び連絡先						
								電話番号						
								委託先の支援事業所番号						
								介護支援専門員番号						
居宅サービス・介護予防サービス・総合事業														
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号―事業所番号)				指定/基準該当/ 地域密着型サービス /総合事業識別				サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数		
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
									合計					

様式9の別紙

給付管理票の提出パターン

	利用者	利用サービス				給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	給付管理票の提出先	介護予防支援費/ 介護予防ケアマネジメント費	請求先	
		介護予防給付		総合事業							
		限度額 管理 対象	限度額 管理 対象外	限度額 管理 対象	限度額 管理 対象外						
	要支援者	○				要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス（※1）	国保連合会	介護予防支援費	国保連合会	
		○	○			要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス（※1）	国保連合会	介護予防支援費	国保連合会	
		○		○		要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス（※1） 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス（※2）	国保連合会	介護予防支援費	国保連合会	
		○	○	○		要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス（※1） 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス（※2）	国保連合会	介護予防支援費	国保連合会	
			○			不要	—				
				○	○		要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス（※2）	国保連合会	介護予防ケアマネジメント費	国保連合会
					○		要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス（※2）	国保連合会	介護予防ケアマネジメント費	国保連合会
	事業対象者			○		要	—	国保連合会	介護予防ケアマネジメント費	国保連合会	

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

（※2）訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)、訪問型サービス(独自/定率)、訪問型サービス(独自/定額)、通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)、通所型サービス(独自/定率)、通所型サービス(独自/定額)

（注意）住所地特例適用被保険者の介護予防ケアマネジメント費は施設所在市町村へ請求（請求方法を施設所在市町村に確認のうえ請求）

サービス B 利用開始証明書

地域包括支援センター記載欄

当地域包括支援センターがケアマネジメント C を行う対象者

____様について、____年 ____月から、貴団体が実施するサービス B の利用をさせていただきますようお願いいたします。

なお、対象者への説明及び同意取得は、____年 ____月 ____日に済んでいます。

包括名：

住 所：

電 話：

担当者：

サービス B 団体担当者記載欄

上記の件について、当書面をもって利用の申込を受け付けました。

____様におかれましては、____年 ____月 ____日から、サービスの利用が開始されます。

団体名：

住 所：

電 話：

担当者：

※記入後、上記地域包括支援センターに提出してください。

地域包括支援センターは、写しを市に提出してください。

様式11

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

申請者 住 所 那須塩原市
氏 名
電話番号
代理人 住 所 那須塩原市
氏 名
電話番号
続 柄

サービスC事業利用申請書

サービスC事業を利用したいので、那須塩原市訪問型・通所型サービスC事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

種 別	訪問型サービスC ・ 通所型サービスC									
申請者の状況	介護保険 被保険者番号									
	要介護度等 (該当に○)	事業対象者・要支援1・要支援2 【認定有効期間 令和 年 月 日まで】								
	ふりがな 氏 名							電話 番号		
	住 所	那須塩原市								
	生年月日	昭和 年 月 日(歳)								
	治療中の ケガ・病気									
主治医	医療機関名									
	主治医氏名									
	電話番号									
緊急 連絡先	住 所							電話 番号		
	ふりがな 氏 名							続柄		

(個人情報の取扱い)

利用決定された場合には、申請書に記載された内容を本事業の委託先へ提供することについて同意します。

申請者氏名

那須塩原市

介護予防手帳
～ 私のプラン ～

● 氏名 _____

この手帳について

この手帳は、あなたが住み慣れた地域でいきいきと楽しく暮らし続けていくことを願い作成したものです。

いきいきと楽しく暮らし続けていくためには、あなたの毎日の暮らしの支えになるような、気持ちが明るくなるような活動を持つことが大切です。

あなたがしたいことを実現すること、得意なことやできることを家庭や地域の中で発揮することを目標にし、その目標を達成するために自分が何をしたらよいかを考え、積極的に取り組んでいきましょう。

また、あなたの取り組みへの参加度合は、地域の人たちと一緒に確認しましょう。思うように参加できないときなど、きっと相談に乗ってくれるはずです。

あなたが地域に参加することで、他の人の目標達成の力になることもできます。地域の人みんなで協力し合い、いきいきと楽しく健康な暮らしを続けましょう。

◎この手帳は、サロン・体操・趣味などの活動場所で、活動の様子を記録するのに使いますので、持ち歩くようにしてください。

◎わからないことがありましたら、現在お住いの地域の地域包括支援センターにお問い合わせください。

- 1 -

手帳の構成

この手帳は4つの項目から構成されています

していることや
興味の確認

私のプラン

活動記録

地域包括支援
センター

内 容：あなたがしていること、趣味、興味のあること、得意なことなどを確認しましょう。

書くひと：あなた

内 容：あなたの暮らしの支えになるような活動の目標やその達成に向けて必要な取り組みを書いてください。

書くひと：地域包括支援センターの担当者とあなた

内 容：あなたが通い参加する場所での活動の様子を書いてください。

書くひと：あなたとあなたの活動に関わる人

内 容：市内の地域包括支援センターの一覧

- 2 -

していることや興味の確認

あなたが日常的に行っている行為や興味のあることなどを確認しましょう。

■ 以下の行為について 該当するものに○をつけてください。

01	買い物をする	している・してみたい
02	料理を作る	している・してみたい
03	掃除をする	している・してみたい
04	洗濯物を干す	している・してみたい
05	自分でお風呂に入る	している・してみたい

■ 趣味や興味のあるものについて該当するものに○をつけてください。

01	読書・生涯学習・歴史	している・してみたい・興味がある
02	俳句	している・してみたい・興味がある
03	書道・習字	している・してみたい・興味がある
04	絵を描く・絵手紙	している・してみたい・興味がある
05	パソコン・ワープロ	している・してみたい・興味がある
06	写真	している・してみたい・興味がある
07	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい・興味がある
08	お茶・お花	している・してみたい・興味がある
09	歌を歌う・カフオケ	している・してみたい・興味がある
10	音楽を聴く・楽器演奏	している・してみたい・興味がある
11	編み物・針仕事	している・してみたい・興味がある
12	畑仕事	している・してみたい・興味がある
13	家族との暮らし・孫の世話	している・してみたい・興味がある
14	地域の子どもの世話	している・してみたい・興味がある
15	動物の世話	している・してみたい・興味がある

- 3 -

■ 意味や興味のあるものについて該当するものに○をつけてください。		
16	デート・異性との交流	している・してみたい・興味がある
17	居酒屋に行く	している・してみたい・興味がある
18	舞金を伴う仕事	している・してみたい・興味がある
19	友達とのおしゃべり	している・してみたい・興味がある
20	将棋・囲碁	している・してみたい・興味がある
21	麻雀・花札など	している・してみたい・興味がある
22	散歩・体操・運動など	している・してみたい・興味がある
23	野球・相撲観戦	している・してみたい・興味がある
24	競馬・競輪・競艇・パチンコ	している・してみたい・興味がある
25	地域活動（町内会・老人クラブ）	している・してみたい・興味がある
26	お祭り・宗教活動	している・してみたい・興味がある
27	旅行・温泉	している・してみたい・興味がある
28	ボランティア	している・してみたい・興味がある
29		している・してみたい・興味がある
30		している・してみたい・興味がある
31		している・してみたい・興味がある
32		している・してみたい・興味がある
33		している・してみたい・興味がある

※得意なことを活かして活動してみたいことがありましたら、下記にご記入ください。

（例：お花の免許を活かして、お花を教えてみたい。）

[illegible]

一緒に作ったひと		
名 前	団体・包括名称	
連絡先	TEL	
コメント		

目標を達成するために 取り組むこと	自己評価	
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足

- 6 -

[illegible]

- 8 -

- 9 -

- 10

- 11

● × モ 欄 ●

私が活動している場所の名前										
私の役割と過ごし方										
日 付										
コ メ ン ト 記 入 欄	/									
	参加度	低	1	2	3	4	5	高		
	/									
	参加度	低	1	2	3	4	5	高		

- 12 -

● × モ 欄 ●

私が活動している場所の名前										
私の役割と過ごし方										
日 付										
コ メ ン ト 記 入 欄	/									
	参加度	低	1	2	3	4	5	高		
	/									
	参加度	低	1	2	3	4	5	高		

- 13 -

那須塩原市地域包括支援センター			
名称	所在地	電話	担当地域
地域包括支援センター 泰山荘	住吉町5-10	02-9655	黒崎地区 厚崎地区の一部
稲村いだむろ 地域包括支援センター	東原165	02-3361	稲村地区 高林地区
地域包括支援センター あぐり	観世1416-3	73-2550	豊津地区 厚崎地区の一部
地域包括支援センター さちの森	野間453-23	02-1333	観世地区
地域包括支援センター 秋桜の家	大原町33	05-2972	東部・須野地区
西部須野西部 地域包括支援センター	上赤田238-058	37-8183	西部須野西部地区
地域包括支援センター とちのみ	井口533-20	37-1683	西部須野東部地区
しおばら 地域包括支援センター	下田野282-6	35-3745	塩原地区

- 14 -



様式 13

包括的な委託に伴う計画種別（介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント届出書

										種別		
										新規・変更		
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号							
フリガナ												
					生 年 月 日							
					年 月 日							
介護予防サービス計画の作成を行う指定居宅介護支援事業者												
事業者の事業所名				事業所の所在地				〒				
介護保険事業所番号						電話番号						
介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター												
事業者の事業所名				事業所の所在地				〒				
介護保険事業所番号						電話番号						
種別		利用開始年月日				年 月 日						
☐ 介護予防サービス計画												
☐ 介護予防ケアマネジメント												
(届出者)												
年 月 日												
所属												
氏名												
電話番号												

参考様式例

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 利用契約書

この契約書様式は、あくまでも参考様式例となりますので、文面内容は施設や法人の判断により適宜修正してくださるようお願いいたします。押印についても同様です。

現在使用されている契約書文面との整合が必要となりますので、この契約書様式文面例をそのまま用いることができないことがあります。

利用者に対する読み替え規定の説明を省略させるものではありません。

この新しい契約書様式は、例示であって、この契約書様式により生じた損害等を那須塩原市が負担するものではありません。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書

利用者：

事業者：

第1条（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの目的及び内容）

1 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し、要介護状態の予防と、可能な限り居宅において自立した日常生活を営み続けるために利用者の選択に基づいて必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、介護予防サービス・支援計画書を作成します。また、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

2 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容の詳細は、別紙に記載のとおりとします。

第2条（契約の有効期間）

この契約の有効期間は、____年____月____日から1年間とします。ただし、有効期間満了日までに、利用者からの意思表示がない場合は、この契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

第3条（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者）

1 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者を選任し、適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに努めます。

2 事業者は、前項の担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業者側の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡します。

3 事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

第4条（介護予防サービス・支援計画書の変更等）

1 事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望する場合には、速やかに自立した日常生活に向けての検討を行い、必要に応じてその変更に向けた手続きをするとともに、これに基づき介護予防サービス等が円滑に提供されるようサービス事業者等への連絡調整等を行います。

2 事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の範囲内でサービス内容等の変更を希望する場合には、速やかにサービス事業者への連絡調整等を行います。

第5条（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの記録等）

1 事業者は、利用者との合意のもとで介護予防サービス・支援計画書を作成して、利用者にもその写しを交付します。

2 事業者は、定期的に、介護予防サービス・支援計画書に記載したサービス提供の目標等の達成状況等を評価し、その結果を介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面に記載するとともに、介護予防サービス・支援計画書の変更が生ずる場合は、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書を追記・修正し、利用者に説明のうえ、その写しを交付します。

3 事業者は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面を作成した後5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

第6条（利用者の解約等）

1 利用者は、少なくとも3日前までに事業者に予告することにより、いつでも、この契約を解約することができます。

2 利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

第7条（事業者の解除）

事業者は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、この契約を解除することができます。

第8条（契約の終了）

1 利用者が医療施設等に入院（所）し、又は要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスの利用が困難となった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、事業者は利用者に対し速やかにその旨を通知するものとします。

2 事業者は、この契約が終了する場合で、必要があると認められるときは、利用者が指定する居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者及び地域包括支援センター、並びに医療機関等の関係機関への関係記録の写しの引き継ぎ等の調整を行うものとします。

第9条（秘密保持）

1 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

2 事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

3 事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第10条（苦情対応）

1 利用者は、提供された介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関して苦情がある場合又は事業者が作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供された介護予防サービス等に苦情がある場合には、事業者、市町村に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。また、国民健康保険団体連合会に対しても、介護予防支援に関する苦情を申し出ることができます。

2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

3 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

第11条（居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案作成）

1 利用者が、居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案作成を希望される場合は、申込の際に事業者に申し出ることとします。

2 事業者は、利用者から前項の希望が出された場合は、手続き等について説明及び情報提供するとともに、当該居宅介護支援事業者や関係機関と調整を図ります。

3 利用者は、介護予防サービス・支援計画書原案作成などの居宅介護支援事業者の業務に積極的に協力することとします。

4 居宅介護支援事業者は、本契約の趣旨を尊重して、介護予防サービス・支援計画書原案作成の業務に従事することとします。

5 事業者は、居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス・支援計画書原案に関する最終責任を負うものとします。

第12条（その他）

1 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

2 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第13条（契約外の事項）

この契約、介護保険法等の関係法令等で定められていない事項については、関係法令等の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。

上記のとおり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの契約を締結します。

年 月 日

利用者 住所

氏名

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所

氏名

立会人 住所

氏名

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

事業者 所在地

事業者名

代表者名

担当者

（業務委託先 居宅介護支援事業者）
事業者名（法人名）

事業所名

担当ケアマネジャー

※ 居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む）のみ記入