

千葉県介護予防ケアマネジメントの手引き
【第4版】

令和7年12月

千葉県保健福祉局
健康福祉部地域包括ケア推進課

目 次

第1章 地域包括ケアシステム	
1 地域包括ケアシステムとは.....	1
2 地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」.....	4
3 地域づくり（自助・互助）の促進	6
4 地域づくりにおけるあんしんケアセンターの役割	6
第2章 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業	
第1節 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	
1 介護予防	7
2 地域包括ケアシステムの構築に必要なセルフマネジメント.....	9
3 介護保険制度の維持に向けて	10
第2節 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業の対象者	
1 総合事業の対象として、介護予防ケアマネジメントを要する方	11
2 基本チェックリスト	11
3 事業対象者及び要介護等被保険者の有効期間について	16
第3節 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業利用の流れ	
1 介護給付、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業 利用までのフロー図	17
2 サービス利用までの基本的な流れ	18
3 届出について.....	22
4 保険者が変更となった場合の流れ.....	24
5 例外的なサービス利用の方法.....	25
第4節 介護予防ケアマネジメントの種類	
1 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い	32
2 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	32
3 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方	39
4 報酬（単価、加算）	40
第5節 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス選択	
1 総合事業におけるサービスの種類	45
2 介護予防ケアマネジメントにおけるサービス選択の考え方	50
第3章 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託	
第1節 業務委託	
1 業務委託について	54
2 業務委託の要件	54

3 ケアマネジメントの種類による業務委託について	54
4 記録の整備	55
5 書類の保管および契約終了時の書類の取扱い	56
6 あんしんケアセンターと指定居宅介護支援事業者の連携	56
7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの業務委託の必要書類	57

第4章 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの具体的な進め方

第1節 業務の流れ	59
第2節 契約	
1 契約関係書類の種類	63
2 新規委託契約時の指定契約関係書類一覧	66
3 再契約について	68
4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約	68
第3節 アセスメント（課題分析）	
1 アセスメントのポイント	70
2 興味・関心チェックシート	74
3 基本情報	76
第4節 介護予防サービス・支援計画原案作成	
1 目標の設定	81
2 利用するサービス内容の選択	81
3 ケアプランの期間について	82
4 サービスの選択について	82
5 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	88
6 介護予防サービス・支援計画票の記入の仕方	90
第5節 サービス担当者会議	
1 会議の開催時期	104
2 会議の内容	105
3 会議の開催方法	105
第6節 モニタリング	
1 モニタリングの定義（意味）	107
2 モニタリングの実施	107
3 モニタリングの位置づけ	108
第7節 評価	
1 評価のポイント	109
2 評価の反映	110
3 評価の実施	110
第8節 その他	
1 個人情報保護と適切な取扱い	114

第1章 地域包括ケアシステム

1 地域包括ケアシステムとは

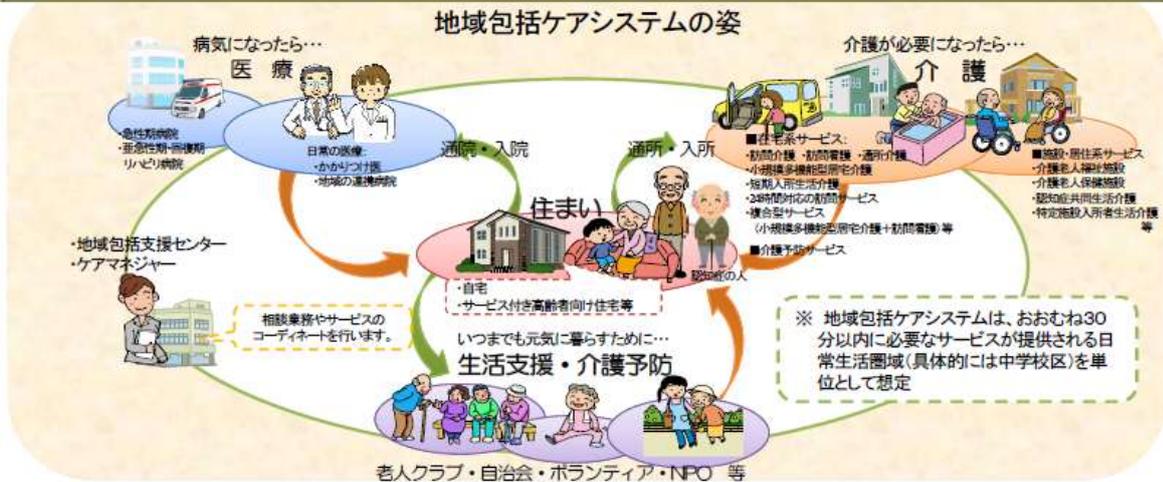
地域包括ケアシステムは、「地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組み」と定義されています。

高齢者がいつまでも住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、介護だけでなく、住まいと自立的な生活を送るための生活支援サービスや、必要に応じて医療、看護、リハビリテーション、保健、福祉サービスなど多様なサービスが必要となります。

そのためにも、地域包括ケアシステムは、多様な資源が利用者からみて、一体的に提供される体制を実現する地域の仕組みづくりです。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



～なぜ地域包括ケアシステムが必要なのか～

団塊の世代のすべてが後期高齢者に達する2025年を迎え高齢者人口は増加し、介護需要も増加し続けます。

また、担い手となる生産年齢人口も減少し、2040年前後には、団塊世代ジュニア世代が65歳に到達します。2025年は入口に過ぎず、介護需要が増加する状況は、2040年頃を超えて長期間にわたり続きます。

2025年から2040年にかけては、団塊の世代が85歳以上に移行し、疾病や介護のリスクが高まり、死亡者数も増加し続けます。

高齢者が尊厳を持って生活を継続し、人生の最期を迎えるための看取りの体制を実践できる体制を整える必要があります。

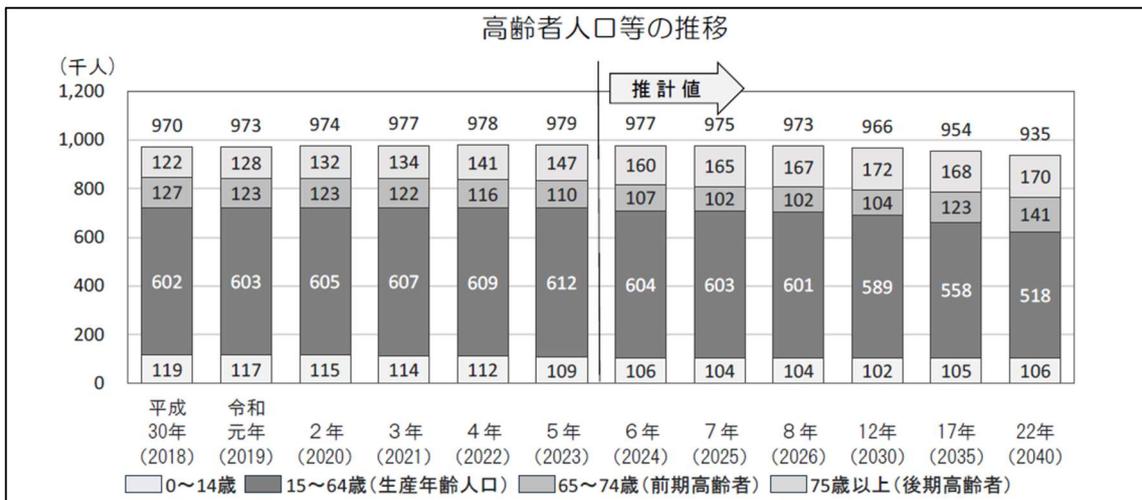
千葉市の状況予測

【高齢者人口の推移】

本市の総人口は、令和5（2023）年9月末現在で97万9千人、そのうち65歳以上の高齢者人口は25万7千人、高齢化率は26.3%となっています。

また、令和5（2023）年では、75歳以上の後期高齢者人口が、65～74歳までの前期高齢者人口の約1.3倍となっています。

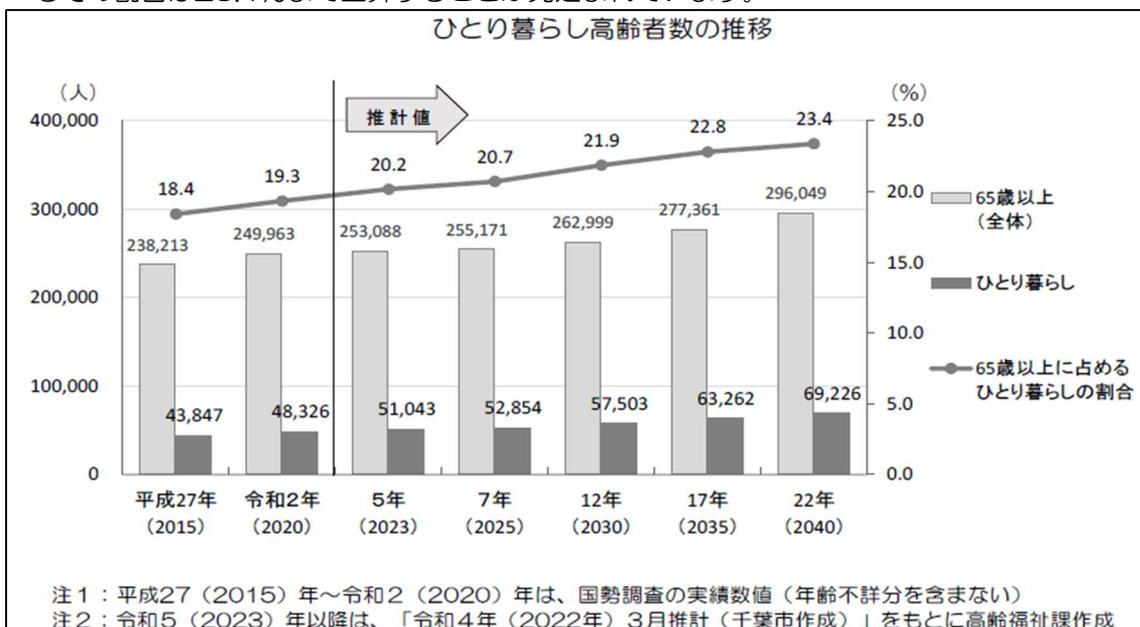
将来推計では、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7（2025）年には、65歳以上の高齢者人口は26万7千人、高齢化率は27.4%まで上昇することが見込まれており、団塊ジュニア世代が全て65歳以上となる令和22（2040）年は、総人口の減少が続くのに対して、高齢者人口は31万1千人、高齢化率は33.2%まで上昇することが見込まれています。



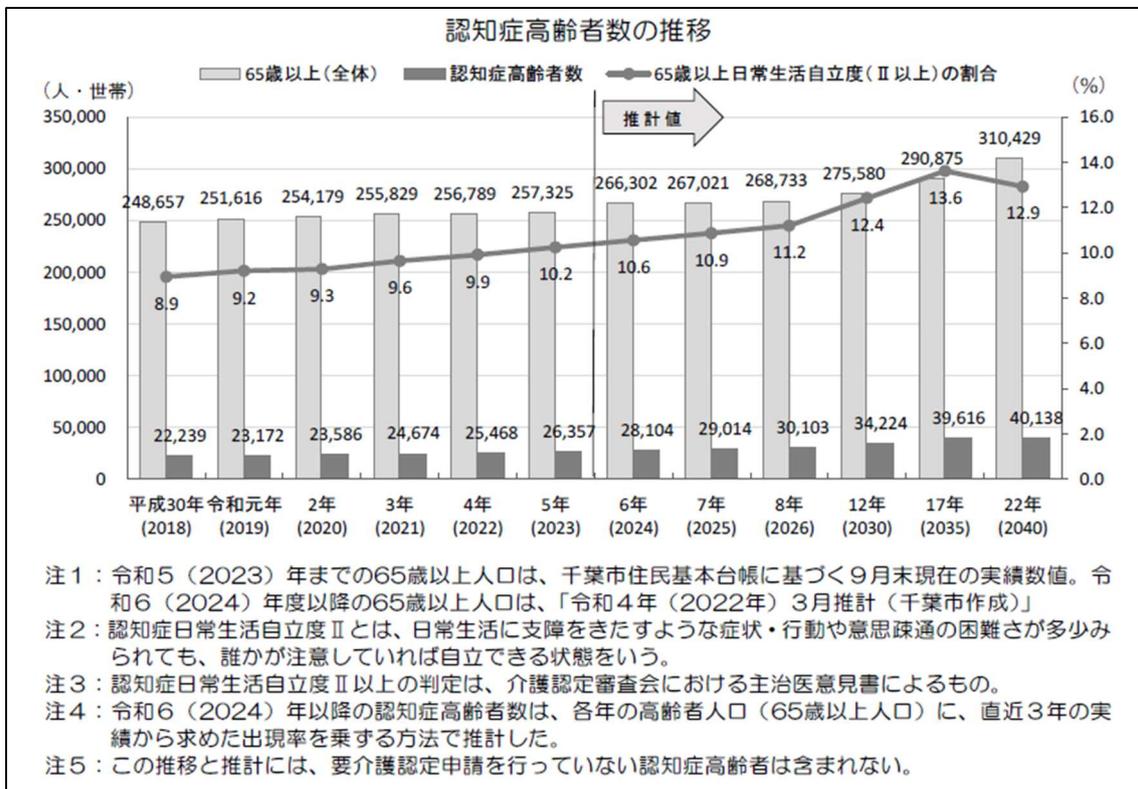
【一人暮らし高齢者数の推移】

本市のひとり暮らし高齢者は、令和2（2020）年に実施した国勢調査によると約4万8千人、高齢者に占めるひとり暮らし高齢者の割合は19.3%となっています。

将来推計では、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7（2025）年には、ひとり暮らし高齢者数は約5万3千人、高齢者に占めるその割合は20.7%、団塊ジュニア世代が全て65歳以上となる令和22（2040）年には、ひとり暮らし高齢者数は約6万9千人、高齢者に占めるその割合は23.4%まで上昇することが見込まれています。



本市の認知症高齢者（「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者）は、令和5（2023）年9月末現在で約2万6千人です。認知症高齢者は、令和7（2025）年には約2万9千人まで、令和22（2040）年には約4万人まで、増加することが見込まれています。



【保険給付費及び地域支援事業費の見込み】

第9期計画期間の保険給付費及び地域支援事業費は、第8期計画期間の被保険者数、要介護認定者数、給付実績、及び第9期施設整備計画などを勘案して推計しました。令和8（2026）年度には、保険給付費では約861億円、地域支援事業費では約41億円となる見込みであり、それぞれ令和5（2023）年度比で1.16倍、1.24倍となる見込みです。

また、団塊ジュニア世代が65歳に達する令和22（2040）年度には、保険給付費では約1,031億円、地域支援事業費では約46億円となる見込みであり、それぞれ令和5（2023）年度比で1.39倍、1.41倍となる見込みです。

図表5 保険給付費及び地域支援事業費の見込み

項目	期・年度	第9期計画期間				第14期
	第8期	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和22年度(2040)	
保険給付費	令和5年度(2023)	74,328	79,066	82,665	86,052	103,148
居宅サービス		51,765	55,056	57,602	60,343	68,702
介護サービス		50,344	53,630	56,152	58,870	67,150
介護予防サービス		1,421	1,426	1,450	1,473	1,552
施設サービス		19,084	20,300	21,148	21,573	29,962
その他		3,479	3,710	3,915	4,136	4,484
地域支援事業費		3,280	3,649	3,842	4,075	4,634
合計		77,608	82,715	86,507	90,127	107,782

注1：令和5(2023)年度は、10月末決算見込み額
注2：令和6(2024)年度以降は推計値
注3：その他は特定入所者介護サービス等費、高額サービス等費、高額医療合算介護サービス費、及び審査支払手数料の合算

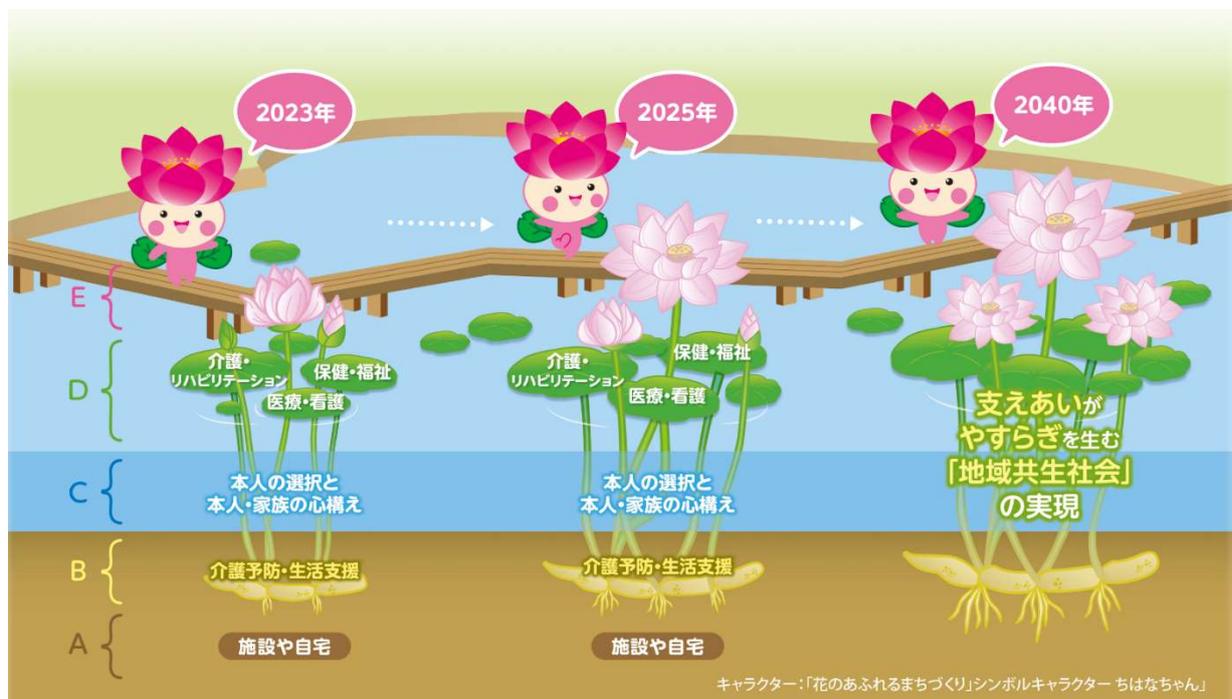
2 地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」

医療や介護等の需要が増え続けると見込まれる中で、人口構成の変化が予想される節目の年をイメージしながら、本市における地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進を図るための将来像を描きました。

<本市の目指す姿と方向性>

年	令和7（2025）年	令和22（2040）年
テーマ	私たちにもできる地域包括ケア	私たちの地域包括ケアから 地域共生社会へ
目指す姿	<p>○一人ひとりが、自らの健康づくり・介護予防に努めながら、生きがいをもって暮らすとともに、社会参加することにより担い手・支え手となる個々の意識が醸成され、より多くの市民に広がりをもせている千葉県</p> <p>○支援を必要とする高齢者と家族のだけれども、専門職等による支援に支えられ、安心して自分らしく生きることが出来る千葉県</p>	<p>○自らの健康づくり・介護予防に努めてきた高齢者を含め市民一人ひとりの心に、支える担い手の精神が根付き、地域全体が支え合いの和となって、高齢者も若者も支援を必要とする人も支援する人も社会の一員として、心豊かに暮らせるあたたかいまち千葉県</p>
方向性	<p><自助と互助の強化> 超高齢社会においては、高齢者も支える担い手となることを目指し、自らの健康づくり・介護予防に努めるよう推進するとともに、広く活発な支え合いの取組みとなるよう強化します。</p> <p><共助と公助の充実> 複雑化、複合化する市民ニーズに対応する市の取組みと包括的な支援体制を構築します。</p>	<p><自助、互助、共助、公助の一体的推進> 4つの助がバランスのよい和となって繋がり、とりわけ互助が強く連結するよう市と地域住民等が一体となって取り組みます。</p>

<地域包括ケアシステムの将来像>



千葉市の地域包括ケアシステムの将来像を市の花オオガハスの成長に例えて表現しました。

【A ハス池の土壌】

地域での生活の基盤となる「施設や自宅」をハス池の土壌に例えました。

【B ハスの地下茎（レンコン）】

地域での「介護予防・生活支援」を土壌の中で育つハスの地下茎（レンコン）に例えました。

【C 池の水】

「本人の選択と本人・家族の心構え」を池の水に例えました。

【D ハスの葉】

専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を3枚の葉に例えました。

【E オオガハスの花】

地域包括ケアシステムが深化し、地域共生社会が実現していく様子をオオガハスの花に例えました。

千葉市高齢者保健福祉推進計画（第9期介護保険事業計画）より

3 地域づくり（自助・互助）の促進

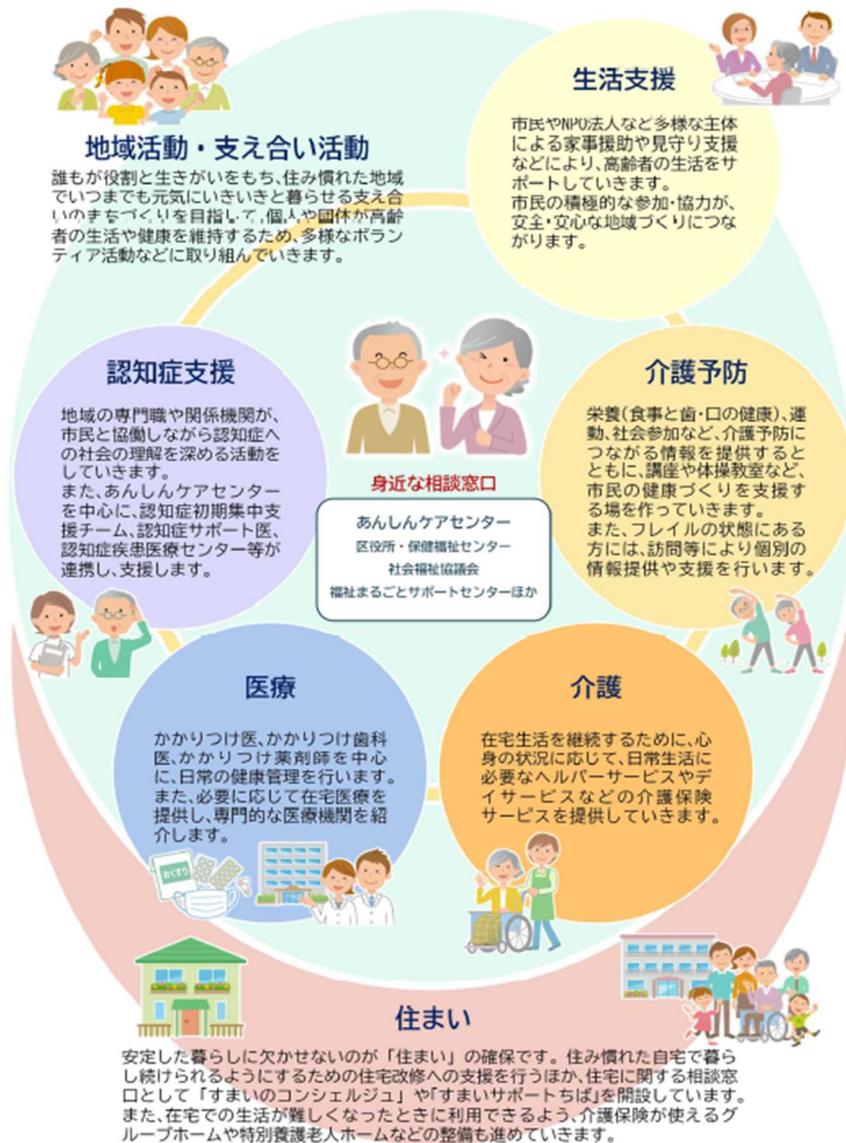
千葉市内、区内でも地域の特性が違います。そのため、地域づくりは、地域に根付いたあんしんケアセンターが中心的な役割を担いながら、生活圏域を基本に進めることが重要です。

4 地域づくりにおけるあんしんケアセンターの役割

あんしんケアセンターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とされており、地域づくりの拠点として重要な役割を果たすことが期待されています。

また、あんしんケアセンターは、指定介護予防支援事業者として介護予防ケアマネジメントを担う機関でもあり、ケアプランの中にインフォーマルサポートを組み込んでいくなど、今後の地域づくりにおいて、中核的な役割を担っています。

地域包括ケアシステムの姿（地域で安心して暮らし続けるために）



第2章 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業

第1節 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

介護予防ケアマネジメントは、介護予防・日常生活支援総合事業を効果的に実施する上で、重要な役割を担うサービスです。

「足腰が弱くなり買い物にでることがおっくうになった」という高齢者に対して、単に訪問サービスの生活援助を勧めることは適切ではありません。

「近くのスーパーに買い物に出られるようになりたい」という本人の希望を実現するために何が 필요한のか？という視点で、本人の興味・関心や生活上の困りごとを把握し、本人の「したい」、「できるようにになりたい」と思う具体的な生活を実現するための目標や取り組みに替えていくことが重要です。

また、総合的・効率的な資源の組み合わせという観点から、地域の助け合いやボランティアなど多様な資源を組み合わせることが重要です。

介護予防ケアマネジメントの3つのポイント

- 1 介護予防
- 2 地域包括ケアシステムの構築に必要なセルフマネジメント
- 3 介護保険制度の維持に向けて

1 介護予防

「目指す姿」を実現するために～介護予防の基本～

【目指す姿】

- ・一人ひとりの生きがいや自己実現のため、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、生活の質を維持・向上できる。
- ・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す。

ア 介護予防ケアマネジメント担当者による支援の基本

⇒自立支援に重点をおく

- ①利用者が要介護状態になることをできる限り防ぐ。
- ②要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないように防ぐ。
- ③単に困りごとを補うサービスを当てはめるのではなく、自立した活動範囲の維持拡大に向ける。

<ポイント>

- ① 利用者のアセスメントを行い、その状態や置かれている環境に応じて、利用者本人と目標設定をする。
- ② 利用者に自分の状況と目標の理解を促す支援をする。
- ③ 目標達成のため必要なサービスを利用者自らが主体的に利用できるよう支援する。
- ④ 「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチできるよう、利用者が取組む内容の選択を支援する。
(例) 地域で何らかの役割を果たせる活動を継続する等
- ⑤ セルフケア・セルフマネジメントの継続に向け支援する。

イ 高齢者自身の基本姿勢

⇒セルフケア・セルフマネジメント

- 心身の状態を知り、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持つ。
- 自らが必要な情報にアクセスする。
- 介護予防や健康維持・増進に向けた取り組みを自ら行い継続する。

※介護予防ケアマネジメントでは、利用者本人に健康増進や介護予防について意識してもらうことが大切です。

<ポイント>

介護予防ケアマネジメントでは、利用者のセルフケア・セルフマネジメントに係る意識を高めるような関わりが重要です。

- 自身の心身の状態を客観的にとらえている。
- 自分の健康増進や介護予防について意識している。
- 自ら必要な情報にアクセスできる。
- 介護予防・健康維持、増進に向けた取り組みを自ら行い継続しようとする。

できるだけ、多くの項目が○となるような支援・働きかけが必要です。

2 地域包括ケアシステムの構築に必要なセルフマネジメント

利用者自身が家庭内や地域で何らかの役割を果たすことで、利用者自身の介護予防と地域づくりに繋がる視点を持ち、ケアプランにインフォーマルサービスを位置づけることが重要です。

関わり方のポイント

高齢者自身による積極的な社会参加（自助）につなげる。

- ・ シニアリーダー
- ・ 介護支援ボランティア
- ・ 地域の支え合い活動
- ・ シルバー人材センター
- ・ 地域のサロン活動
- ・ 担い手養成の講座 等

①セルフケアを目指す

介護予防ケアマネジメントは、フォーマルサービスにつなげることがイメージされやすいですが、総合事業においては、サロンや通いの場等インフォーマルサービスにつなげることが重要視されています。

従来は総合相談で対応されていたインフォーマルサービスについても、「介護予防ケアマネジメントC」として報酬によって評価されるようになりました。

ケアマネジメントA・介護予防支援からケアマネジメントCを目指してください。

②いきいき活動手帳（介護予防手帳）の活用

セルフマネジメント支援ツールとして介護予防手帳を活用してください。

<いきいき活動手帳の活用>

○あんしんケアセンターによるアセスメント結果（心身の状況）や、状態を維持改善するためのアドバイスをを行います。

その後、必要な支援・サービス、到達すべき短期目標・長期目標等が記入された手帳を交付します。

○本人がいつでも手帳の記載内容を確認できるようにすることで、本人のセルフマネジメントを促します。

○サービス利用時には手帳を必ず持参することとし、その都度、サービス提供者も手帳の内容を確認してからサービスを実施し、必ず記録します。

○各サービス提供者が他のサービスの実施状況も確認できるようになることで、状況に応じたより適切なサービス提供が期待できます。

○手帳にセルフケアの記録欄等を設けることで、総合事業の利用終了によりあんしんケアセンターから離れても、セルフマネジメントにより介護予防を継続するためのツールとします。

※介護保険法第4条では、介護保険給付の前提として、国民が自らの健康増進を行い、要介護状態になることを予防するように努める義務を定めています。

3 介護保険制度の維持に向けて

今後の超高齢社会において、高齢者が尊厳のある生活を送ることができるように、制度を維持する必要があります。

①介護保険（共助）の本当の役割と意義とは

介護保険制度は、高齢者介護を国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で支えていくことが基本的な考え方になります。

一方で、家族で介護をする「自助」や、地域の助けあい等の「互助」だけでは介護負担を受け止められないという現状もあり、「自助」や「互助」では対応しきれない部分について、「共助」で対応していくことも必要です。

②給付の適正化

- ・高齢者の要望や、単に困りごとを補うサービスを当てはめないように注意します。
- ・「共助・公助」→「自助・互助」へ

高齢者による「自助」や「互助」の積極的な取り組みは、結果として「共助」としての介護保険制度の持続可能性を高めると考えられます。

③今後の専門職（介護人材）の役割

今後の高齢者人口の増加や要介護者の増加と同じペースで医療・介護・福祉に関わる専門職を増員し続けることは現実的に困難であり、専門職が不足することが予測されます。



医療・介護・福祉に関わる専門職の対象は、専門職にしかできない業務への重点化を進めていきます。

第2節 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

1 総合事業の対象として、介護予防ケアマネジメントを要する方

- (1) 基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当した方（事業対象者）
- (2) 要支援1または2の認定を受けた方（要支援者）
- (3) 要介護認定を受けたが、その前に（1）または（2）の対象者として総合事業のサービス・活動Bを利用し、継続して同サービスのみを利用する方（要介護者）

2 基本チェックリスト

(1) 基本チェックリストの活用

基本チェックリストは、介護を含めた生活の困りごと等の相談をする被保険者に対して実施し、利用すべきサービス（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）への振り分けを行うための、簡易アセスメントのツールとして活用できます。

質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で、その後の支援方針を判断します。

主に介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメントや評価の際に用いて、介護予防サービス・支援計画に反映させることが多くなりますが、総合相談の場面でも活用し、利用者本人の状況に応じた支援へつなげてください。

(2) 基本チェックリストの実施

ア 基本チェックリストは、資料2の「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。

イ 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化します。

一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービスの利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行います。

ウ 基本チェックリストの実施及び相談により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請につなげます。

(3) 基本チェックリストの該当基準

- ア No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
- イ No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
- ウ No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
- エ No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
- オ No.16 に該当
- カ No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
- キ No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(本人控)

基本チェックリスト

実施日	20	年	月	日			
被保険者番号							
住所						氏名 (自署)	
生年月日	20	年	月	日	電話番号		

基本チェックリストの個人情報及び結果は、千葉市あんしんケアセンター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業所及びサービス提供事業者へ情報提供し、介護予防事業の適切なサービス提供のために利用されます。

また、市全体の介護保険事業の評価のため市に情報提供し、統計的に利用されます。

No	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)			点数	
暮らしの様子						
1	バスや電車で1人で外出していますか	0点 はい	1点 いいえ		/5点	
2	日用品の買い物をしていますか	0点 はい	1点 いいえ			
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点 はい	1点 いいえ			
4	友人の家を訪ねていますか	0点 はい	1点 いいえ			
5	家族や友人の相談にのっていますか	0点 はい	1点 いいえ			
運動器関係						
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0点 はい	1点 いいえ		/5点	
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点 はい	1点 いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか	0点 はい	1点 いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか	1点 はい	0点 いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点 はい	0点 いいえ			
栄養関係						
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点 はい	0点 いいえ		/2点	
12	BMI(体格指数)が18.5未満ですか (BMI=体重_____kg ÷ 身長_____m ÷ 身長_____m) ※身長はcm(センチ)ではなく、m(メートル)を使います。	1点 BMIが 18.5未満	0点 BMIが 18.5以上			
口腔機能関係						
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点 はい	0点 いいえ		/3点	
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1点 はい	0点 いいえ			
15	口の湿きが気になりますか	1点 はい	0点 いいえ			
閉じこもり関係						
16	週に1回以上は外出していますか	0点 はい	1点 いいえ		/2点	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点 はい	0点 いいえ			
物忘れ関係						
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点 はい	0点 いいえ		/3点	
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点 はい	1点 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点 はい	0点 いいえ			
No.1～No.20の合計					/20点	
こころ関係						
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1点 はい	0点 いいえ		/5点	
22	(ここ2週間)これまでに楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1点 はい	0点 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点 はい	0点 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点 はい	0点 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点 はい	0点 いいえ			
その他の質問項目 (該当するものに○をつけてください)						
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
2	現在、ひとりで暮らしていますか			はい		いいえ

以下は記入しないでください。(あんしんケアセンターまたは居宅介護支援事業所が記入)

利用サービス				
訪問・通所介護相当サービス	<input type="checkbox"/> 訪問・ <input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> シニアフィットネス	<input type="checkbox"/> 開始時	<input type="checkbox"/> 終了時
緩和基準によるサービス	<input type="checkbox"/> 訪問・ <input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> チャレンジシニア	<input type="checkbox"/> 開始時	<input type="checkbox"/> 終了時
住民主体による支援	<input type="checkbox"/> 訪問・ <input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 総合相談		
予防給付サービス	<input type="checkbox"/> 訪問・ <input type="checkbox"/> 通所・()	<input type="checkbox"/> イベント等		
その他のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問・ <input type="checkbox"/> 通所→サービス内容()	<input type="checkbox"/> いきいき活動手帳		

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せん。
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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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。 ※「外出」には、「通院、買い物、交流」なども含みます。
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	

3 事業対象者及び要介護等認定者の有効期間について

(1) 事業対象者

基本チェックリストにて事業該当者となった方の認定期間の設定はありません。

(2) 要介護等認定者

以下のとおり、申請区分によって異なります。

<要介護等認定の有効期間>

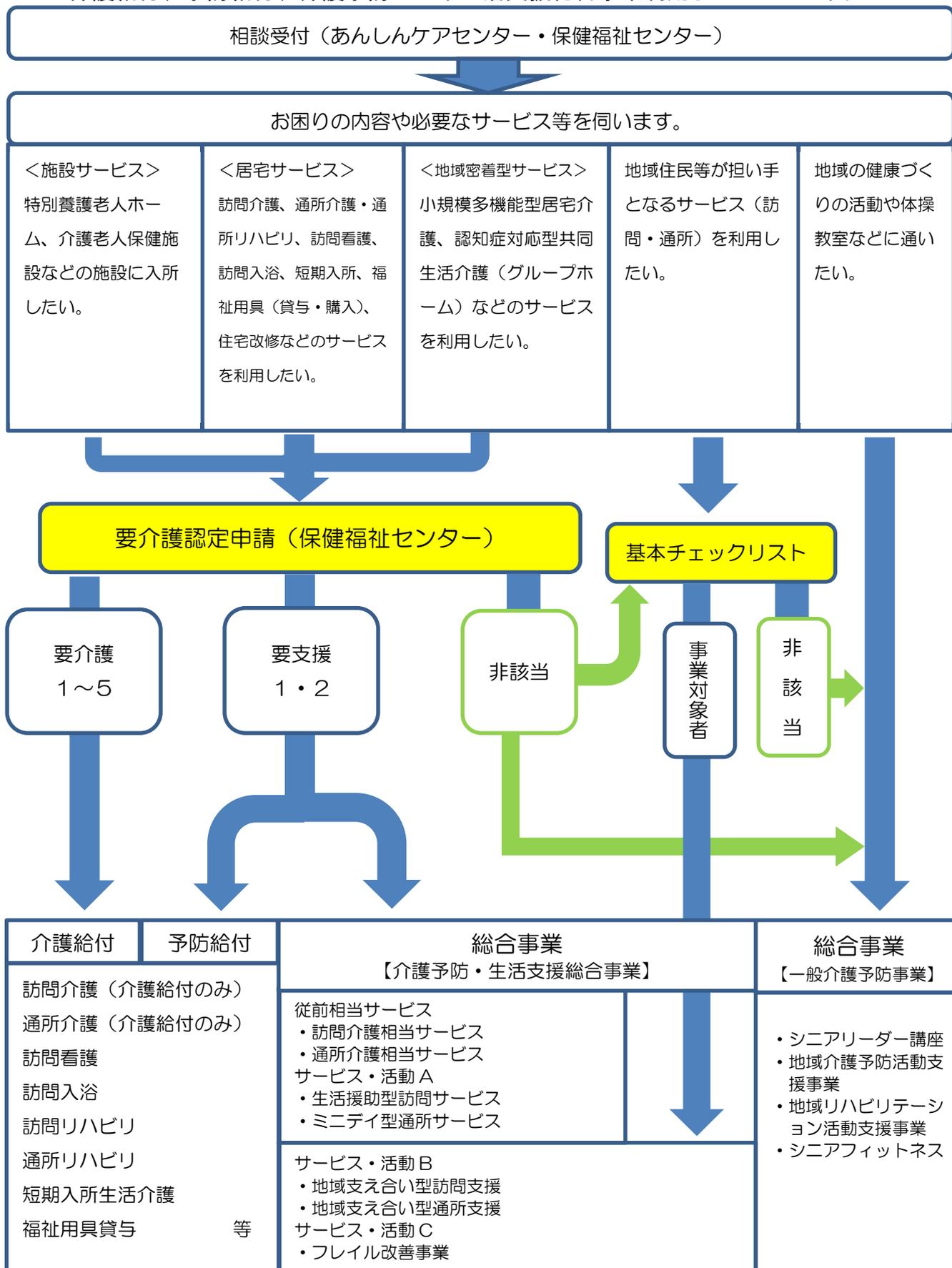
申請区分等		有効期間	
		原則の認定有効期間	認定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヵ月	3ヵ月～12ヵ月
区分変更申請			
更新申請	前回要支援→今回要支援	12ヵ月	3ヵ月～48ヵ月
	前回要介護→今回要介護		
	前回要介護→今回要支援		3ヵ月～36ヵ月
	前回要支援→今回要介護		

※交通事故等の第三者行為により、介護保険サービスを要することになった場合は、求償事務が発生するため、介護保険室へその旨をお伝えください。

ただし、求償の対象となるのは保険給付のみで、介護予防ケアマネジメントや総合事業は対象となりません。

第3節 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業利用の流れ

1 介護給付、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業利用までのフロー図



2 サービス利用までの基本的な流れ

(1) 保険者が「千葉市」の場合（千葉市に住民票がある、千葉市から住所地特例施設に入所など）

千葉市内に居所がある者が、要支援認定を受けて総合事業のサービスを利用する

⇒申請からサービス利用まで、従来の手続きの流れと変更はありません。

千葉市外に居所があるが、住民票を千葉市内から異動していない者が、要支援認定を受けて総合事業のサービスを利用する

⇒認定申請や作成届の提出は従来と変更はありません。住民票上の住所を担当圏域としているあんしんケアセンターが担当となりますが、介護予防ケアマネジメントの実施は、居所近隣の居宅介護支援事業所に委託することが望ましい。

なお、県外の居宅介護支援事業所に委託する場合、県国保連に支払先の情報がないため、委託費も含めてあんしんケアセンターに支払われるため、委託先への支払いはあんしんケアセンターから行ってください。

千葉市外の住所地特例施設に居所がある者が、要支援認定を受けて総合事業のサービスを利用する

⇒認定申請や作成届の提出は従来の手続きの流れと変更はありませんが、介護予防ケアマネジメントの実施は、施設所在地を担当圏域とする地域包括支援センターが行います。

(2) 保険者が「千葉市」以外の場合（千葉市に住民票がない、市外から住所地特例施設に入所）

千葉市内に居所がある、住民票を千葉市外から異動していない者が、要支援認定を受けて総合事業のサービスを利用する

⇒認定申請や作成届の提出を保険者である市町村に行い、住民票上の住所を圏域とする地域包括支援センターが担当となります。介護予防ケアマネジメントの実施は、居所近隣の居宅介護支援事業所に委託することが望ましい

千葉市内の住所地特例施設に居所がある者が、要支援認定を受けて総合事業のサービスを利用する

⇒認定申請や作成届の提出を保険者である市町村に行く。居所である施設所在地を圏域とするあんしんケアセンターが担当となります。

(3) 事業対象者としてサービスを利用する場合

「事業対象者」として、サービス・活動 B（通所・訪問）やサービス・活動 C を利用する。

- ①あんしんケアセンターにて「基本チェックリスト」を実施し、介護予防ケアマネジメントの依頼について説明。
- ②介護予防ケアマネジメントの重要事項を説明し同意を得る。

- ③本人・家族またはあんしんケアセンター等(代行)が、必要書類を介護保険室に提出。
- ④介護保険室にて「事業対象者」として登録・介護保険被保険者証の発行送付。
- ⑤介護予防ケアマネジメントの開始。

【「事業対象者」となる手続き】

次の必要書類を提出することで、「事業対象者」の介護保険被保険者証が発行され、総合事業サービスの利用が可能となります。

必要書類

- ・基本チェックリスト判定による該当結果（基本チェックリスト写し）
- ・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書
- ・介護保険被保険者証

- ◆「基本チェックリスト判定を行う」のみでは「事業該当者」として登録されません。（必要書類を揃えて提出してください。）
- ◆「事業該当者」の手続きは、基本チェックリスト実施日から1か月以内に行ってください。
- ◆千葉市においては次の手続きはできません。
 - ・認定申請と事業対象者手続きを同時に行う
 - ・認定申請中の方が事業対象者の手続きを行う
- ◆2号被保険者は「事業対象者」となることができません。
 - ・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。

※サービス事業者が、対象者の保険者から指定を受けていない場合、総合事業のサービスとして利用することはできません（サービス・活動Cを除く）。

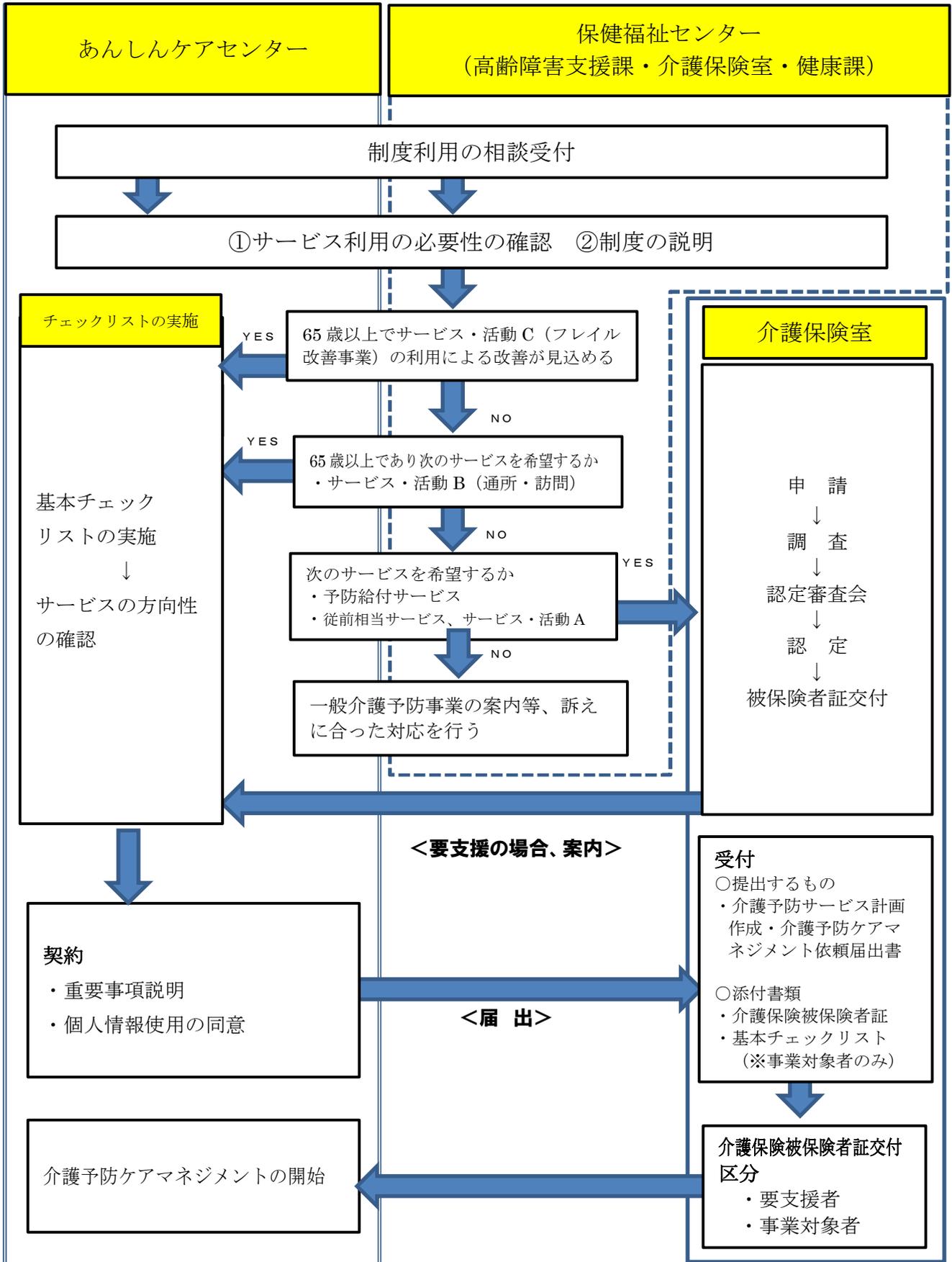
（4）「区分変更」申請または「要支援⇔要介護変更」申請を行い、却下となる場合

- ・区分変更：「要支援1⇔要支援2」または「要介護1～5→要介護1～5」の変更を行う申請
- ・要支援⇔要介護変更：「要支援1, 2⇔要介護1～5」の変更を行う申請

認定結果		却下のパターン	
変更前	変更後	区分変更	要支援⇔要介護
要支援 要介護	変更前 と同じ	有効期間の61日前以前の申請で、要介護状態区分が変わらない場合。(注1)	有効期間の61日前以前の申請で、要介護状態区分が変わらない場合。(注1)
要支援	要介護	審査会翌開庁日付で却下。	
要介護	要支援	審査会翌開庁日付で却下となるが、同日付でみなし申請として変更後の認定を有効にする。ただし、有効期間はみなし申請日より開始。	

注1…有効期間の60日前以降の申請であった場合は、更新申請として取り扱われる。

【総合事業サービス利用までの流れ図】



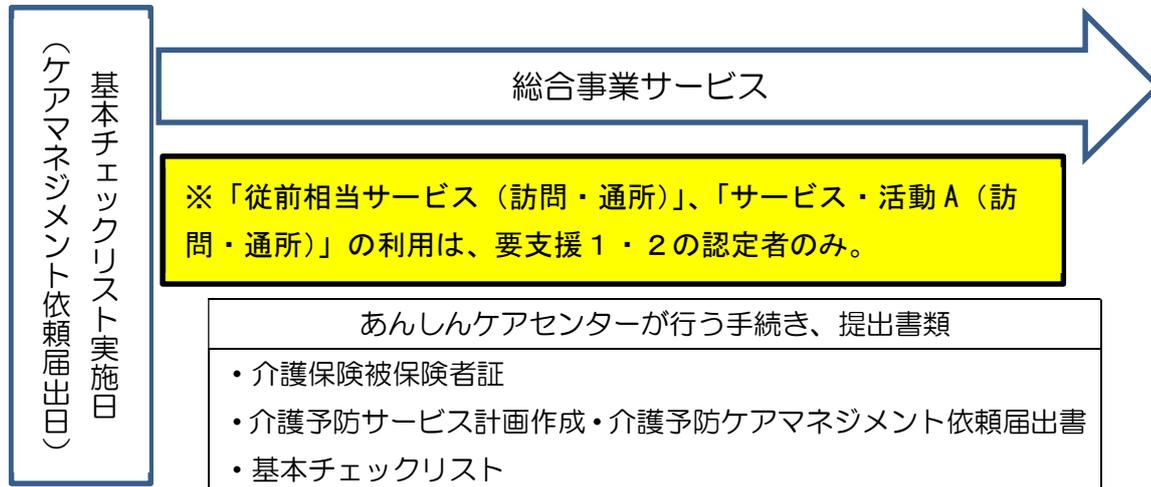
【認定有効期間の開始日・サービス利用開始日の考え方について】

	要支援認定者	事業対象者
有効期間開始日	<p>(新規・区分変更の場合)申請日</p> <p>※審査会で決定後、申請日に遡って有効期間開始日としている。</p> <p>(更新の場合)</p> <p>現有効期間終了日の翌日</p>	<p>依頼届出書の届出日</p> <p>※必ず基本チェックリスト実施日以降であること。</p> <p>※事業対象者は有効期間を持たないが、対象者となった日を開始日としている。</p>
サービス利用開始日	「依頼届出書の届出日」以降	
	「依頼届出書の届出日」の考え方	
	<p>(原則)</p> <p>実際に届出を提出した日</p> <p>(例外)</p> <p>条件を満たす場合、次の日に遡って届出することが可能</p> <p><u>①有効期間の初日</u></p> <p>【条件】</p> <p>認定結果通知日から30日以内に依頼届出書を提出すること。</p> <p><u>②依頼届出書提出月の1日</u></p> <p>【条件】</p> <p>開始日の属する月の末日までに依頼届出書を提出すること。</p>	<p>(原則)</p> <p>実際に届出を提出した日</p> <p>(例外)</p> <p>条件を満たす場合、次の日に遡って届出することが可能</p> <p><u>①基本チェックリスト実施日</u></p> <p>【条件】</p> <p>ア 原則</p> <p>基本チェックリストを実施した月の末日まで(同月中)に依頼届出書を提出すること。</p> <p>イ 例外(月末に基本チェックリストを実施した場合)</p> <p>基本チェックリストを実施した日から5営業日以内(実施日を含む)に依頼届出書を提出すること。</p>
	<p>※郵送での提出の場合は、到達日が上記の期日以内であること。</p> <p>※住所地特例者については、上記によらず、届出書に記載された内容をそのまま登録して差し支えない。</p>	

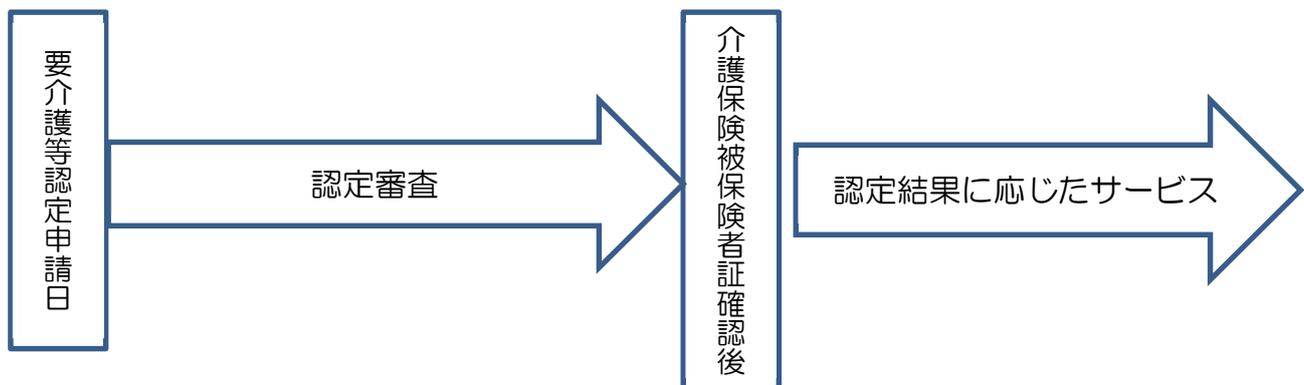
3 届出について

ア 新規でサービス利用を開始する場合の流れ

事業対象者として利用



要介護等認定を受けて利用

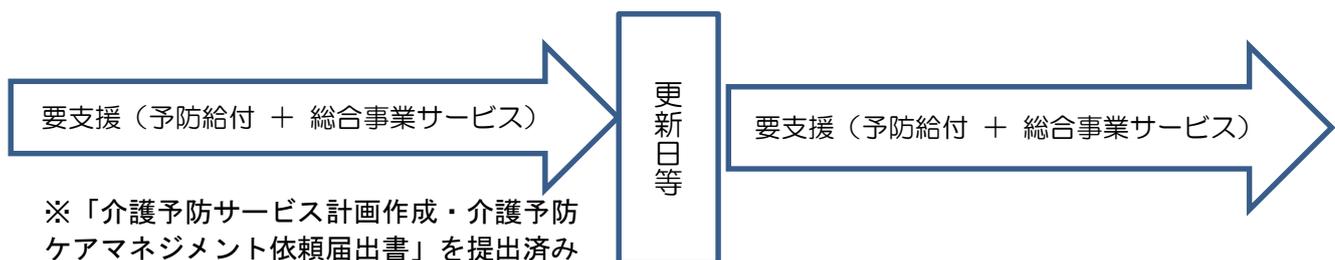


イ 更新等により区分の変更がある場合の流れ

要支援⇒要支援

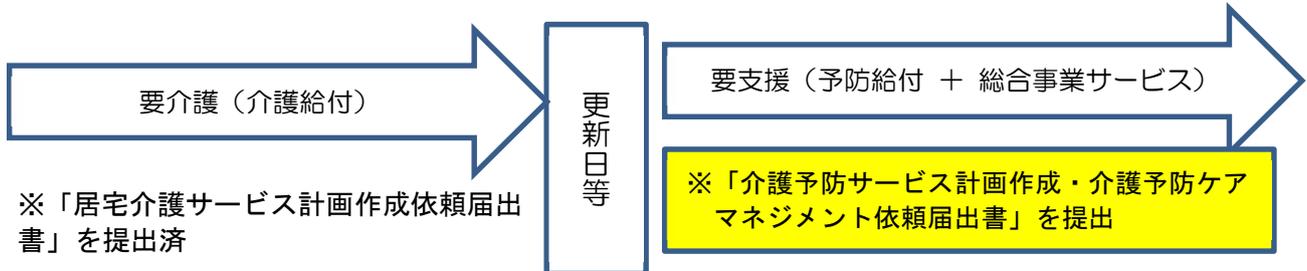
○要支援者は総合事業サービスを利用できるため、「事業対象者」の手続きは不要です。

担当あんしんケアセンターの変更がない場合、「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届出書」の提出の必要はありません。



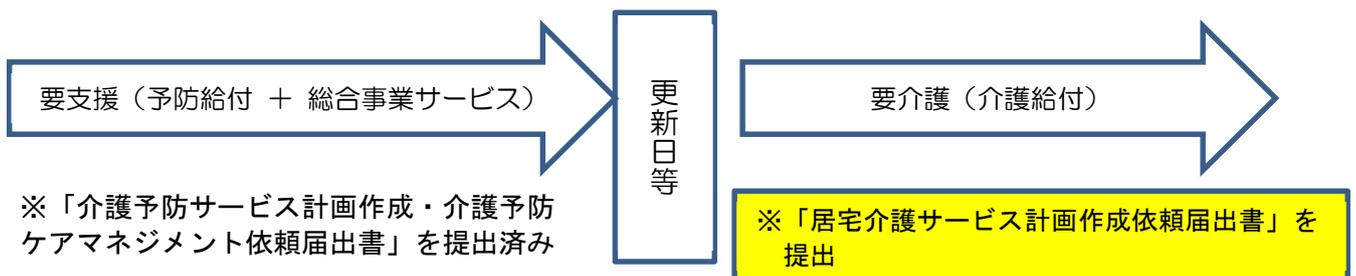
要介護⇒要支援

- 要支援者は総合事業サービスを利用できるため、「事業対象者」の手続きは不要です。
- 介護保険室に「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出してください。
- ※未提出の場合、サービス利用料が全額（10割）利用者の自己負担となる場合があります。



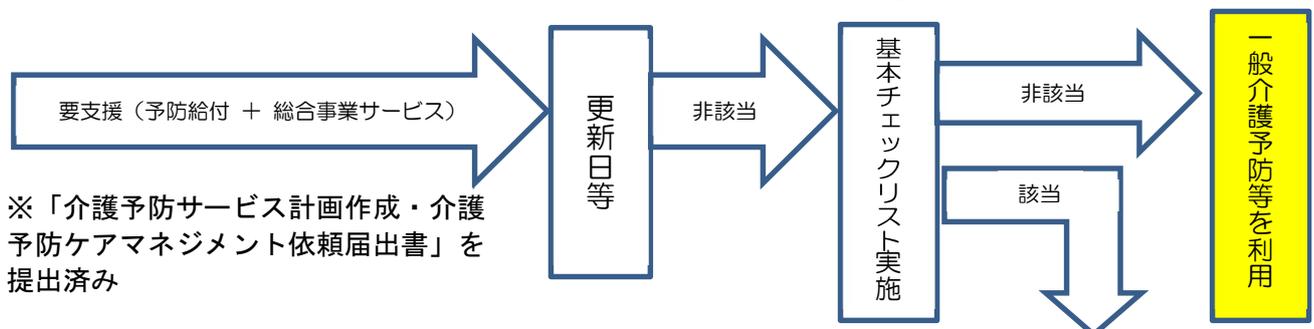
要支援⇒要介護

- サービス・活動Bを除き、総合事業サービスの利用は不可。（要介護者として給付サービスを利用してください。）
- 介護保険室に「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を提出してください。



要支援⇒非該当

- 基本チェックリストを実施し、基本チェックリストの該当結果と「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出することで「事業対象者」と認定されます。
- ただし、基本チェックリスト非該当の方は「事業対象者」とは認定されません。



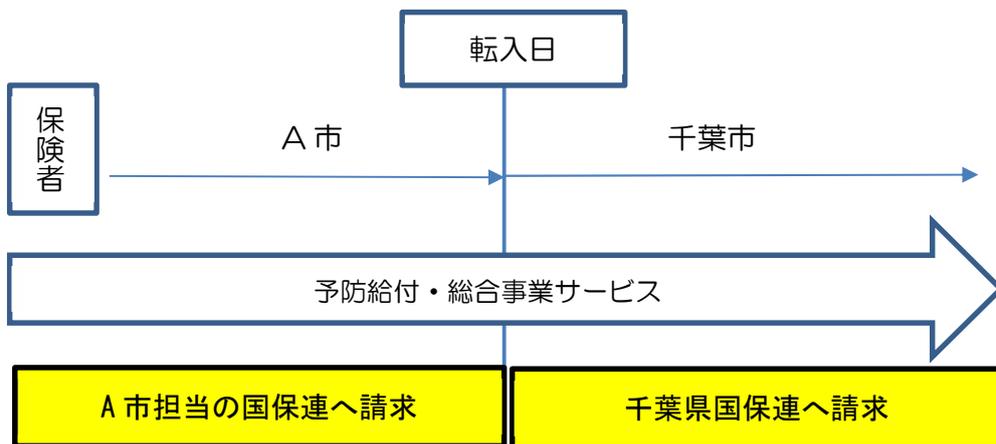
「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出(区分「事業対象者」となる)
 ※サービス・活動B（通所・訪問）、サービス活動Cが利用可

基本チェックリストは、サービス利用開始日の前（若しくは同日）に実施されていることが前提であることに注意

4 保険者が変更となった場合の流れ

転入日（保険者の切り替え）を境に、保険者が変更される。給付管理や請求は、保険者ごとに行うこととなるため、前市で利用したサービスの給付管理と千葉市で利用したサービスの給付管理を、それぞれの担当事業所が行う。

(1) 市外（A市）から千葉市内に転居し、サービスを継続して利用する場合

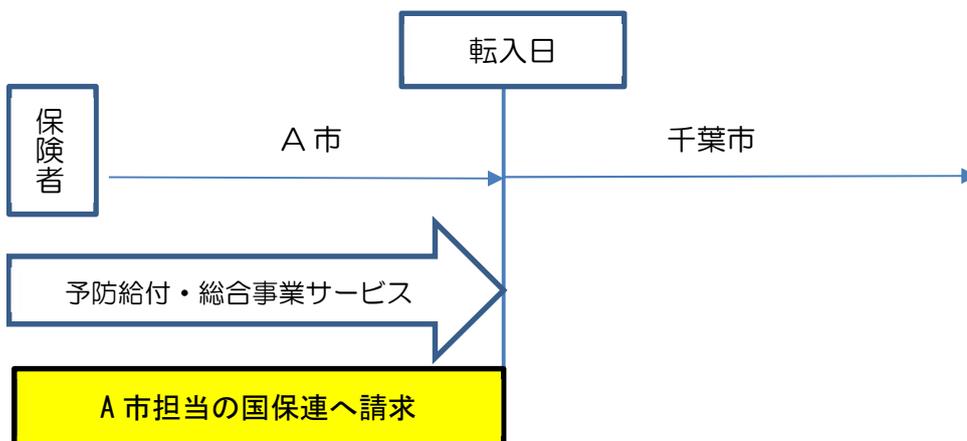


例) 5月14日にA市から千葉市に転入。A市で訪問型サービスを利用し、千葉市でも訪問型サービスを利用した場合の給付管理

5月1日～5月13日：A市の介護保険情報による給付管理を、前住所地担当の地域包括支援センターが、A市担当の国保連に提出。

5月14日～5月31日：千葉市の介護保険情報による給付管理を、現住所担当のあんしんケアセンターが、千葉県国保連に提出。

(2) 市外（A市）から千葉市内に転居し、サービスを利用しなかった場合



例) 5月14日にA市から千葉市に転入。A市で訪問型サービスを利用し、千葉市ではサービスを利用しなかった場合の給付管理

5月1日～5月13日：A市の介護保険情報による給付管理を、前住所地担当の地域包括支援センターが、A市担当の国保連に提出。

※市内から市外に転居し、保険者が他市となった場合は、上記の保険者を入れ替える

(3) 千葉市内で転居した場合

市内転居の場合、保険者である区が変更されても被保険者番号に変更は生じないため、従来の担当変更と変わらない。月途中で転居した場合は、月末の担当センターが給付管理を行うが、月末時点の保険者番号で、転居前の分と合わせて給付管理票等を作成する。

転居前のみサービスを利用した場合でも、月末時点の保険者番号で作成しないと、国保連から返戻となる。

また、月途中でのセンター変更は必須でなく、転居前に担当していたセンターが月末時点の介護保険情報をもって給付管理を行い、翌月から転居後の住所を担当するセンターに引き継いでも構わない。

5 例外的なサービス利用の方法

(1) 暫定ケアプランの作成によるサービス利用

新規の要介護認定等申請・更新申請・区分変更（要介護新規）申請を行い、認定が確定する前に認定結果の見込みを立てて、サービスを利用するために作成するプランを「暫定ケアプラン」としています。

ただし、暫定ケアプランによりサービス利用する際は、認定結果により利用者に不利益が生じる恐れがあります。

やむを得ず暫定ケアプランによりサービスを利用する際は、サービス利用について緊急性や必要性を十分に考慮し、サービス利用に係る費用が全額自己負担になる可能性があるなど、リスクについて、利用者に十分に説明を行うことが必要です。

(問)

認定申請中の利用者について、要支援と推定し、暫定ケアプランによりサービスを利用していたが、認定結果が要介護であった場合、遡って居宅介護支援事業者が報酬を請求することはできるか。

(答)

請求は可能としていますが、居宅介護支援事業者は暫定ケアプラン中に、運営基準によって義務付けられているアセスメント等、ケアプラン作成のための一連の業務を行っていない

場合は、減算による請求となります。

指定居宅介護支援事業所が請求しない場合は、あんしんケアセンターが作成した暫定ケアプランをセルフケアプランとして取り扱っています。

(千葉市介護保険事業者説明会(集団指導))

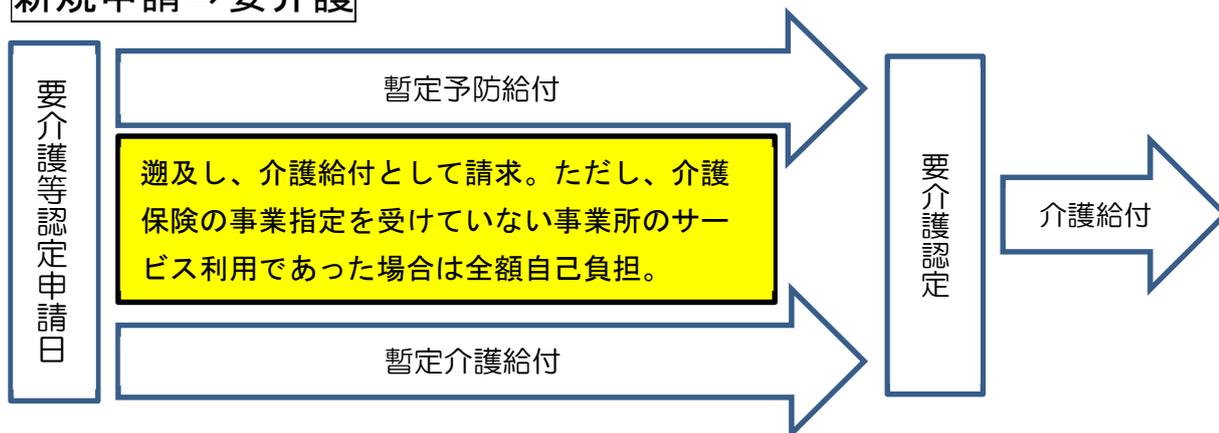
○サービス利用と給付の取扱い

ア 介護サービス等を新規で利用する際、暫定でサービス利用を行う場合

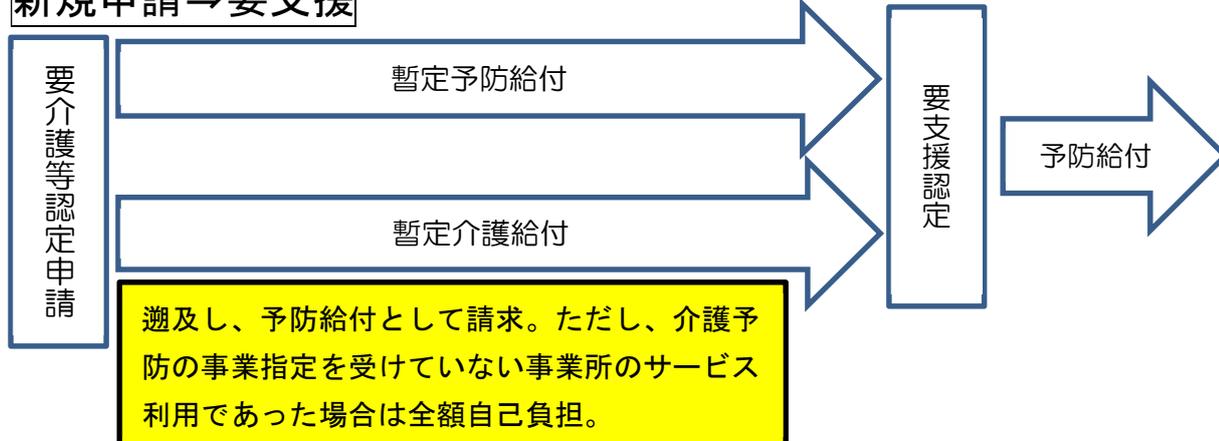
※認定結果が「非該当」であった場合は、暫定プランを用いて利用したサービス利用料は全額自己負担となります

※千葉市では新規の申請の場合、介護予防・日常生活支援総合事業の暫定利用は認められておりません。

新規申請⇒要介護



新規申請⇒要支援



認定結果が要支援・要介護のどちらか見込みがつかない場合は、あんしんケアセンターと居宅介護支援事業者で事前に連携(電話連絡等)を行ってください。

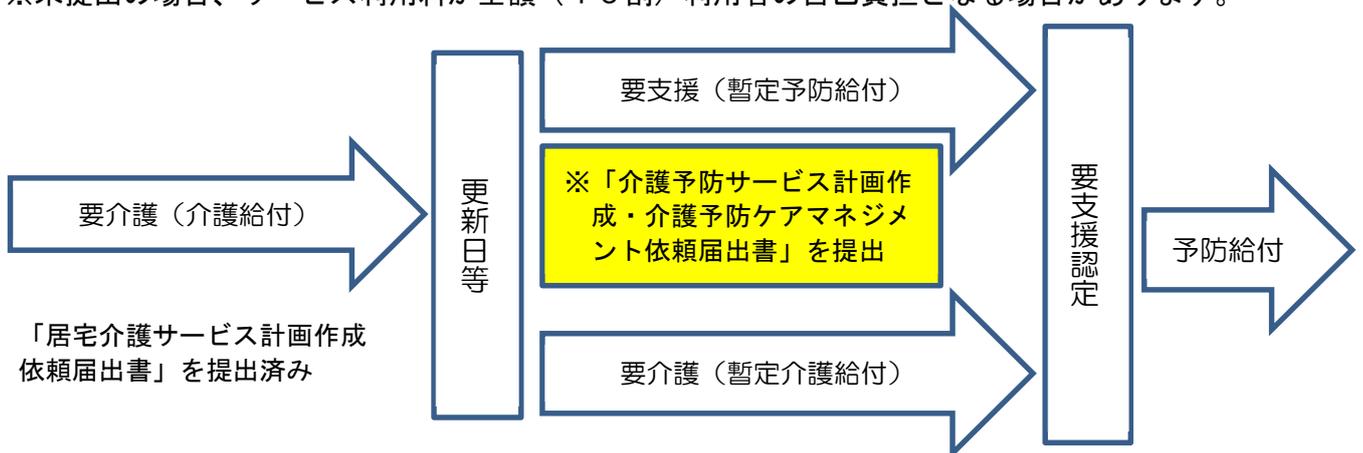
イ 区分変更（要介護新規）申請を行い、暫定サービス利用を行う場合

要介護⇒要支援

○要支援者は総合事業サービスを利用できるため、「事業対象者」の手続きは不要。

○区介護保険室に「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出してください。

※未提出の場合、サービス利用料が全額（10割）利用者の自己負担となる場合があります。



① 訪問介護・通所介護を暫定的に利用した場合の取扱い

- ・総合事業サービスの指定事業者によってサービス提供されている場合、要支援認定後、総合事業サービス（従前相当サービス）としてケアプランに位置づけが可能。
- ・総合事業サービスの指定事業者によるサービス提供でない場合、全額自己負担（10割）となる。
- ・区分変更の場合は、セルフケアプランではなく遡ってあんしんケアセンターが作成する。

② サービス提供事業者についての確認・注意点

- ・介護給付の指定事業者であっても、相当サービスの指定を受けているとは限らない。

（例：5月14日に区分変更申請。13日までは要介護、14日からは要支援）

→ その月のサービスは、13日までは要介護・14日以降は要支援で請求します。

● 月途中で要介護から要支援になったが、要支援のサービスは利用がなかった場合

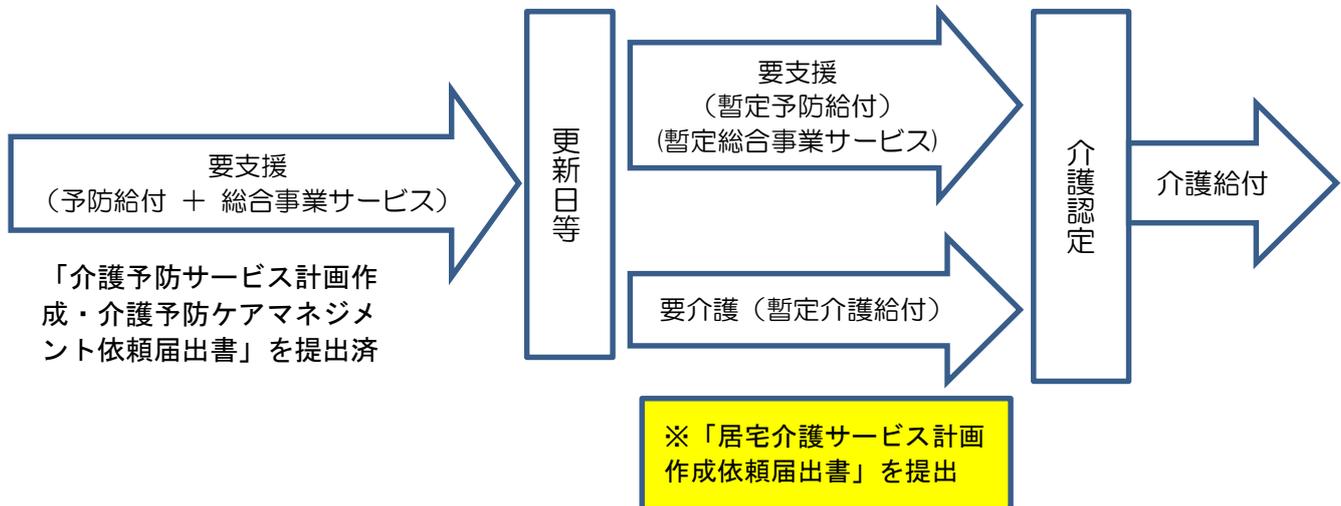
→ その月のケアプランは、要介護のサービスで完結するため、居宅介護支援事業者が給付管理票を提出します。

要支援⇒要介護

○総合事業サービスの利用は不可。(要介護者として給付サービスを利用してください。)

ただし、サービス・活動Bのみ、引き続き利用する場合は利用可能。

○介護保険室に「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を提出してください。



①介護予防・日常生活支援総合事業を暫定利用した場合の取扱い

- ・従前相当サービスを利用した場合、介護給付の指定事業者によってサービス提供されている場合は、要介護認定後、介護給付としてケアプランに位置づけが可能。
- ・従前相当サービスの暫定利用は、介護給付のセルフケアプランとすることも可能。
- ・サービス・活動Aを利用した場合は全額自己負担（10割）となる。
- ・サービス・活動Bを引き続き利用した場合は、継続利用としてケアプランに位置付ける。
- ・サービス・活動Cを引き続き利用した場合は、要介護認定が出た時点でサービス・活動Cの利用は終了となるが、介護認定の結果が出る日までのサービス利用は可能

②サービス提供事業者についての確認・注意点

- ・総合事業サービスの指定事業者であっても、給付の指定を受けているとは限らない。

● 更新日等が月途中の場合

(例：5月14日に区分変更申請。13日までは要支援、14日からは要介護)

⇒その月のサービスは、13日までは要支援のサービス・14日以降は要介護のサービスで請求します。

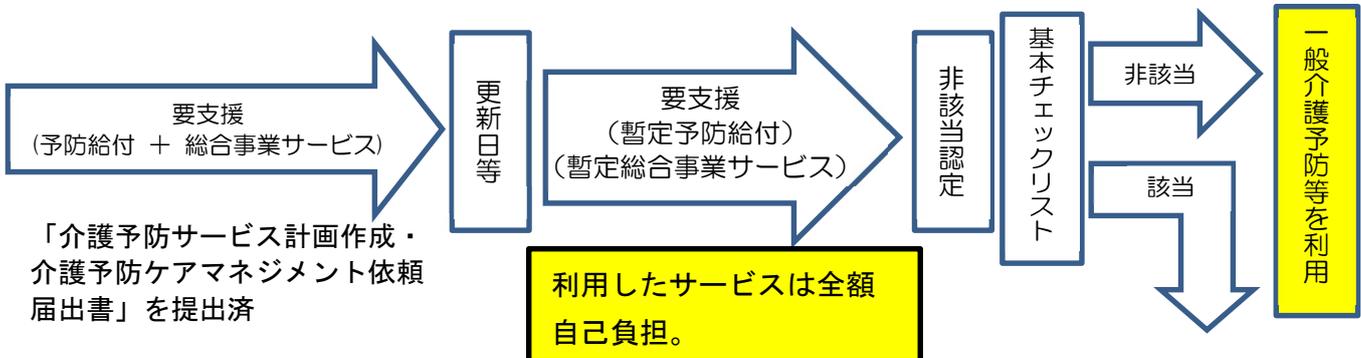
● 月途中に要支援から要介護になったが、要介護のサービスは利用がなかった場合

⇒その月のケアプランは、要支援のサービスで完結するため、あんしんケアセンターが給付管理票を提出します。

要支援⇒非該当

○基本チェックリストを実施し、基本チェックリストの該当結果と「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出することで「事業対象者」と認定されます。

ただし、基本チェックリスト非該当の方は「事業対象者」とは認定されません。



「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出（区分「事業対象者」となる）
※サービス・活動B、サービス・活動Cが利用可

チェックリストはサービス利用開始日の前（若しくは同日）に実施されていることが前提であることに注意

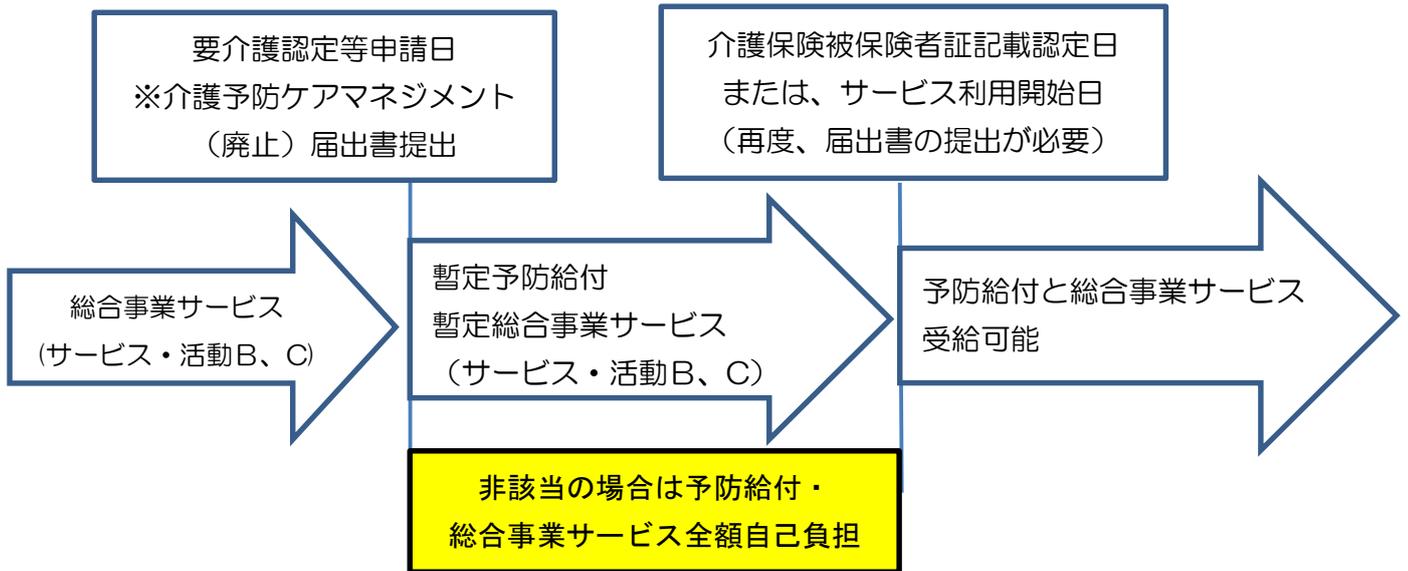
ウ 同日の要介護認定等申請と基本チェックリストの実施について

- ・要介護認定等申請と基本チェックリストを同時に行うことはできません。
※要介護認定等申請中の方に対して、事業対象者と認定（介護保険被保険者証の発行）できないため
事業対象者が介護認定等申請を行う場合は、下記の「エ」を参照してください。

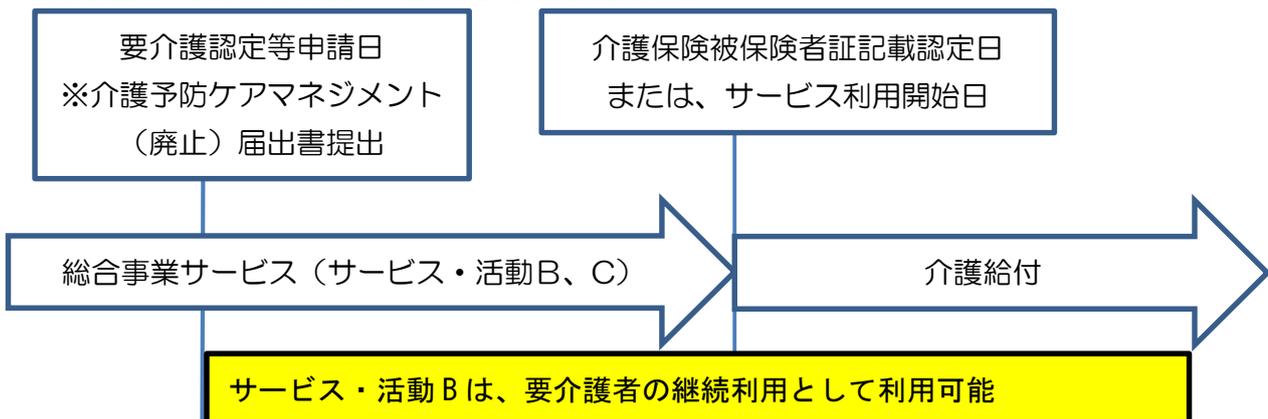
エ 事業対象者が要介護認定等申請を行い、介護給付・予防給付または総合事業サービスを暫定利用する場合

- ・要介護等認定申請時に「介護予防ケアマネジメント（廃止）届出書」を各区介護保険室に併せて提出し、事業対象者の登録を終了します。
- ・認定結果の有効期間が申請日から開始となるため、事業対象者としての認定は前日までとなります。
- ・早急にサービス利用が必要な場合は暫定ケアプランによるサービス利用の取扱いとなり、流れは「ア 介護サービス等を新規で利用する際、暫定サービス利用を行う場合」と同様になります。

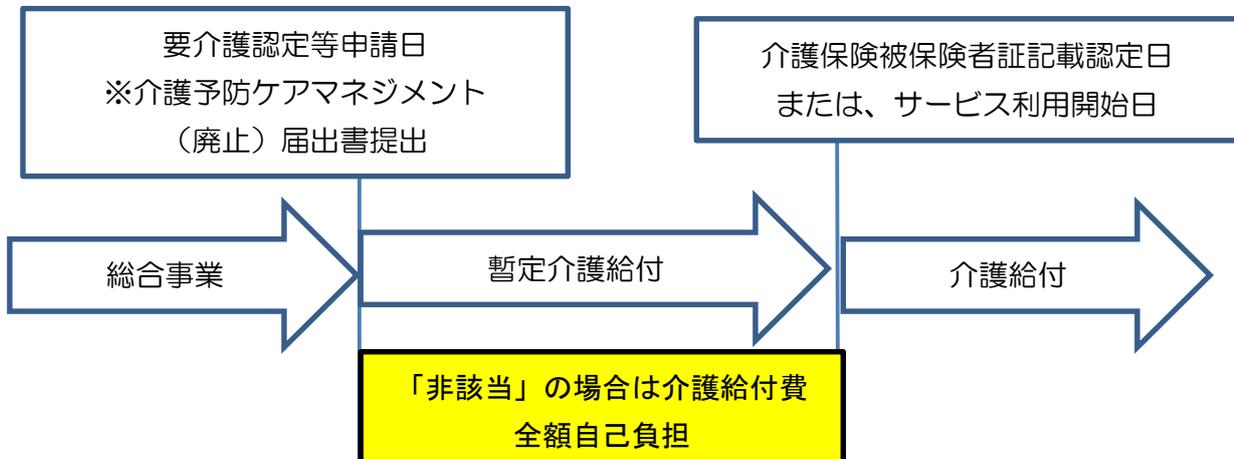
①事業対象者が介護認定等申請を行い「要支援」の認定を受けた場合



②事業対象者が要介護認定等申請を行い「要介護」の認定を受けた場合
 <認定日まで総合事業サービスを利用した場合>



<認定申請日から介護給付を暫定利用する場合>



(2) 自己作成によるサービス利用

認定が確定した後、サービスを利用するために利用者自身または家族が作成するプランを「自己作成」としています。この場合、ケアプランの作成以外に、サービス担当者会議の開催やサービス事業所との調整、利用票等の作成、提出なども利用者自身又は家族が行うこととなります。

なお、プラン作成にあたりあんしんケアセンターや居宅介護支援事業所に相談することも可能です。

第4節 介護予防ケアマネジメントの種類

1 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い

- (1) 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)【総合事業の新たなサービス】
「総合事業サービスのみ」を利用する、「要支援者及び事業対象者」向けのケアマネジメント
- (2) 介護予防支援
「予防給付サービスのみ」または「予防給付サービスと総合事業サービスを組み合わせる」利用する、要支援者向けのケアマネジメント

【参考】 予防給付サービス

→訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、福祉用具貸与等

類 型 \ 対象者	要支援者 (予防給付のみ)	要支援者 (予防給付+総合事業サービス)	要支援者 (総合事業サービスのみ)	事業対象者
介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

2 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

「ケアマネジメントA」と「ケアマネジメントB」、「ケアマネジメントC」を実施します。

(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)

従来の介護予防支援と同様に、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します。

利用者との面接によるモニタリングは、少なくとも3か月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更を行うことが可能な体制をとっておきます。

利用者宅を訪問しない月は、介護予防サービス事業者等への訪問や利用者への電話等の方法によりモニタリングを行います。

(2) ケアマネジメントB

千葉市が主体となって実施するフレイル改善事業(サービス・活動C)を利用する場合に、ケアマネジメントAのプロセスの一部を緩和又は省略して実施します。

【緩和できる介護予防ケアマネジメントプロセス】

- 1 モニタリング（実施時期を利用者の状態に合わせて設定できる）

【省略できる介護予防ケアマネジメントプロセス】

- 1 サービス担当者会議
- 2 給付管理業務（国保連への提出も含む）

(3) ケアマネジメントC

「利用者本人」が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体による支援や一般介護予防事業、インフォーマルサービスを利用する場合に実施します。

初回のみ、以下の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ます。

ケアマネジメントCは、利用者自身が生活目標を設定し、目標達成のため効果的に介護予防に取り組めるよう、必要な支援につなげることを目的としています。

ケアマネジメントCは、利用者自身の活動を位置づけること及びサービスを利用することによって自立に向かうことに留意してプランを作成します。

【簡略化した介護予防ケアマネジメントプロセス】

- 1 利用者のアセスメント
- 2 ケアマネジメント結果案の作成
- 3 サービス調整

アセスメントの結果、以下の項目をケアプランに記載し、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、住民主体による支援や一般介護予防事業の利用等を継続します。

<ケアプランに記載する項目>

- ①「本人の生活の目標」
- ②「維持・改善すべき課題」
- ③「その課題の解決への具体的対策」
- ④「目標を達成するための取組」

その後は、あんしんケアセンターによるモニタリングは行いません。

ただし、利用者の状態が悪化したり、利用者からの相談があった場合には、あんしんケアセンターによるケアマネジメントを行います。

<ケアマネジメントAケアプランの作成条件>

サービス種別	要支援者	事業対象者	
訪問介護相当	○	×	※「○印」→単独で利用の場合及びその他の総合事業サービスと併用の場合は、 <u>「ケアマネジメントA」</u> ※「●印」→○印サービスと併用の場合は、 <u>「ケアマネジメントA」</u> 「●印」のみの場合は、 <u>「ケアマネジメントC」</u> ※「×印」→ケアマネジメント不可 ※左記に記載されていない予防給付サービス（訪問看護、訪問リハ等）を併用している場合は、 <u>「介護予防支援」</u>
生活援助型訪問	○	×	
通所介護相当	○	×	
ミニデイ型通所	○	×	
地域支え合い型訪問	●	●	
地域支え合い型通所	●	●	

<ケアマネジメントBケアプランの作成条件>

	ケアマネジメントBの算定要件
新規ケース	要支援認定者か業対象者で、サービス・活動Cのみを利用する場合。
継続ケース	ケアマネジメントBに位置付けられたサービス・活動Cを利用していた者が、評価を行った上で利用期間を延長し、同サービスを利用する場合。

<ケアマネジメントCケアプランの作成条件>

	ケアマネジメントCケアプランの作成条件
新規ケース	次の（i）及び（ii）のいずれにも該当する場合 （i）「事業対象者」で、基本チェックリストの結果、 「運動器関係、閉じこもり関係、物忘れ関係、こころ関係」 の項目のいずれかに該当した方（※1）が、「サービス・活動B」（※2）のみを利用する場合 （ii）過去6か月以上第1号介護予防支援事業または指定介護予防支援事業としてケアマネジメントを実施していなかった場合で、あんしんケアセンターがプランの作成が必要と判断した場合。
継続ケース	「ケアマネジメントAまたは介護予防支援」に位置づけられたサービスを利用していた者が、サービスを変更し、「サービス・活動B」（※2）のみを利用する場合。

（※1）プラン作成については効果が見込まれる者を対象とするため、一定の条件を定めています。

（※2）住民主体による支援のみを利用する場合、あんしんケアセンターが初回の介護予防ケアマネジメントを行った後は、利用者自身が生活や援助に対する管理を行うこととなるため、「いきいき活動手帳」をご活用いただき、自立の推進に努めていただくとともに、利用者の状態に変化が生じた場合は、利用者または事業者から随時、あんしんケアセンターにご連絡いただくよう、お伝えください。

<ケアマネジメントCケアプランの作成手順>

①アセスメント・ケアマネジメント結果案の作成

○利用者宅への訪問によるアセスメントの実施

(※「サービス・活動B」につなげる際は、手帳の興味・関心シートを使用する)

○「利用者の生活の目標」「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」等を記載したケアマネジメント結果案(※1)を作成

※様式1(必要事項のみで構成された千葉市の様式)または様式2(通常の介護予防ケアプランに必要事項のみ記載する様式)のどちらかを作成

②ケアマネジメント結果案の説明

○利用者にケアマネジメント結果案の内容を説明

○文書により同意を得る

③サービス利用に向けた調整

○ケアマネジメント結果案の内容に沿ってサービス担当者と調整を行う。

利用者が継続的に活動に参加が出来るようにする。

④ケアマネジメント結果案の交付

○ケアマネジメント結果案、利用者連絡票(サービス活動団体へ利用者が提出)を利用者に交付する。

※あんしんケアセンターからサービス活動提供団体へ直接ケアプランの交付は行いません。

利用者の判断により、利用者自身がサービス活動提供団体等にケアマネジメントC結果案を交付できる旨を説明。

⑤「いきいき活動手帳(介護予防手帳)の活用

○利用者と共にケアマネジメント結果案の内容を「いきいき活動手帳」に記入

○利用者に「いきいき活動手帳」の使用方法とセルフマネジメントについて説明

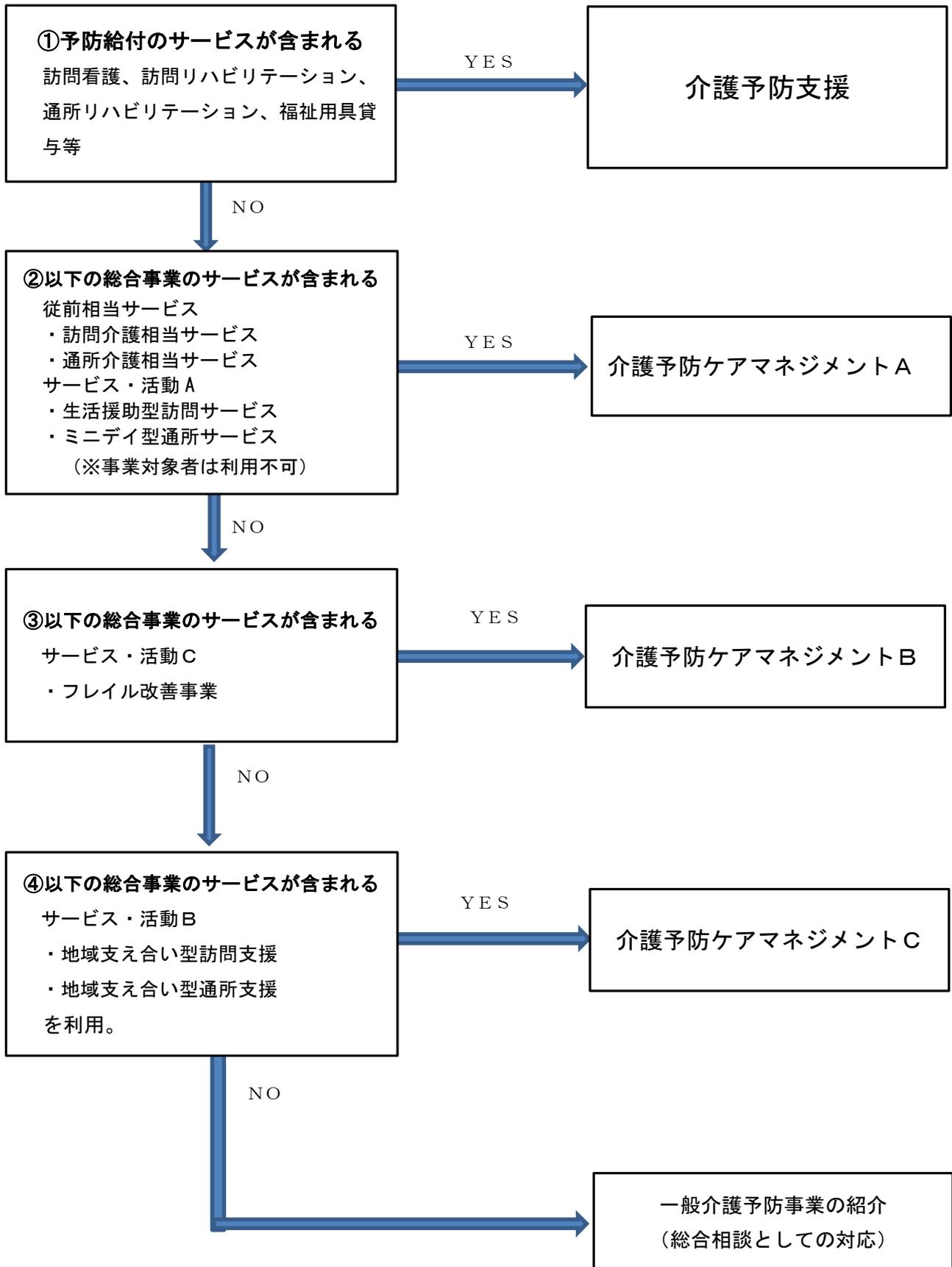
⑥セルフマネジメントへ移行

○利用者に状態の変化があった場合や困りごとが発生した場合などには、あんしんケアセンターによる支援を再開できることを説明。

<ケアマネジメントCに繋いだ後の利用者の生活状況の確認について>

- ① ケアマネジメントCではモニタリングが行われないため、ケアマネジメント結果に基づき、利用者本人が健康づくり、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きます。
- ② 疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を利用者本人が理解して、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、あんしんケアセンターに相談するというを確認しておきます。
- ③ 住民主体による支援について、利用者のサービス利用状況や状態の変化等があった場合に、サービス担当者からあんしんケアセンターに連絡を入れてもらうことを確認しておきます。

ケアマネジメント早見表



介護予防ケアマネジメント結果案

[ケアマネジメントC用]

新規 ・ 短リハ及び介護予防サービス終了時

利用者区分 : 事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2

利用者名

生年月日 年 月 日 被保険者番号

計画作成者氏名

あんしんケアセンター名及び所在地

計画作成 (変更) 日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)

アセスメント領域と現在の状況	本人の意欲・意向	本人のセルフケア 家族等の支援	支援計画	
			地域の活動 その他インフォーマルサービス	サービス提供者
運動・移動について				
日常生活について				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて				
健康管理について				
【総合的な援助の方針】		【計画に関する同意】		
【意見】		ケアマネジメント結果案について同意いたします。		
		平成	年	月 日 氏名

○身体状態が変わった等により、困りごとが発生した時は、あんしんケアセンターにご相談ください。

担当あんしんケアセンター

電話 043-000-0000

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）

ケアマネジメントBの場合は省略可能

利用者名 _____ 様 認定年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 要支援1・要支援2 事業対象者

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

1日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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	目標	目標についての支援のポイント	支援計画 介護保険サービス又は地域包括事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	総合的課題	地域包括支援センター	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（居間サービス）	()				
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	総合的課題	地域包括支援センター	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（居間サービス）	()				
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	総合的課題	地域包括支援センター	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（居間サービス）	()				
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	総合的課題	地域包括支援センター	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（居間サービス）	()				

【本表行うべき支援が実施できない場合】
 要する支援の提案に向けた方針

総合的方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

3 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方

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）		
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指 定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・その他あんしんケアセンターが必要と判断した場合 	契約 アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →サービス利用開始 →モニタリング →給付管理	初回から委託可能
② ケアマネジメント B（緩和された介護予防ケアマネジメント）		
<ul style="list-style-type: none"> ・短期集中予防サービスを利用する場合 	契約 アセスメント →ケアプラン原案作成 →利用するサービス提供者との調整 →サービス担当者会議（省略可能） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →サービス利用開始 →モニタリング（実施時期は個別に設定）	委託不可
③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）		
ケアマネジメントの結果、住民主体による支援の利用や一般介護予防事業の利用につながる場合 （必要に応じ、その後の状況把握を実施）	契約 アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始	委託不可

4 報酬（単価、加算）

介護予防ケアマネジメント費・介護予防支援費の支払いは県国保連から行います。

（１）ケアマネジメント報酬単価

ケアマネジメント類型	基本報酬	初回加算	委託連携加算
ケアマネジメントA ・介護予防支援	442単位	300単位	300単位
	4,884円	3,315円	3,315円
ケアマネジメントB	380単位	300単位	—
	4,199円	3,315円	—
ケアマネジメントC	270単位	300単位	—
	2,983円	3,315円	—

（２）居宅介護支援事業所へ委託した際の報酬内訳

ケアマネジメント類型	基本報酬	初回加算	委託連携加算	
ケアマネジメントA ・介護予防支援	あんしんケアセンター (500円)	あんしんケアセンター (0円)	あんしんケアセンター (0円)	
	居宅介護支援事業所 (4,384円)	居宅介護支援事業所 (3,315円)	居宅介護支援事業所 (3,315円)	
減算適用時	減算が1種	あんしんケアセンター (496円)	あんしんケアセンター (0円)	あんしんケアセンター (0円)
		居宅介護支援事業所 (4,343円)	居宅介護支援事業所 (3,315円)	居宅介護支援事業所 (3,315円)
	減算が2種	あんしんケアセンター (491円)	あんしんケアセンター (0円)	あんしんケアセンター (0円)
		居宅介護支援事業所 (4,304円)	居宅介護支援事業所 (3,315円)	居宅介護支援事業所 (3,315円)
ケアマネジメントB	委託は不可			
ケアマネジメントC	委託は不可			

<加算適用条件>

（１）初回加算

要支援者あるいは事業対象者に対し新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合に算定可能。

なお、利用サービスの変更により、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの類型が単に変わる場合は原則として算定できない。ただし、次の場合は算定可能。

・ケアマネジメントA、B

→過去2ヵ月以上、介護予防支援・ケアマネジメントA、B、Cの実施がない。

・ケアマネジメントC

→過去6ヵ月以上、介護予防支援・ケアマネジメントA、B、Cの実施がない。

(2) 委託連携加算

要支援者に対する護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業者に委託する際に、「アセスメント」「サービス担当者会議の記録」「介護予防サービス・支援計画書」の3点及び、あんしんケアセンターと指定居宅介護支援事業者が必要と考える記録等を双方で保管・共有することで、要支援者に係る情報連携を行っている場合、算定可能。

ただし、あんしんケアセンターか指定居宅介護支援事業者のどちらかが変更された時に、1回を限度に算定する。

<減算適用条件>

(1) 高齢者虐待防止措置未実施減算

・次の4点の項目を1つでも実施されていない場合

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催
- ② 虐待防止の指針を整備する
- ③ 虐待防止のための研修を、年1回以上開催する
- ④ ①～③を適切に実施するための担当者を置く

(運営規程等において、実施や体制整備が確認できれば可)

(2) 業務継続計画未策定減算

・次の2点の項目を1つでも実施されていない場合。

- ① 感染症もしくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合
- ② 業務継続計画に従い、必要な措置が講じられていない場合

<加算に関するQ&A>

【初回加算】

※WAMNET「介護サービスQ&A」から引用

Q1 (質問)

利用者が要介護者から要支援者に変更となった事例について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画を作成する場合、初回加算は算定できるのか。

A1 (回答)

初回加算については、介護予防サービス計画を新たに作成するにあたり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、算定可能である。

Q2（質問）

介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合についても、初回加算を算定することができるのか。

また、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合はどうか。

A2（回答）

前者のケースについては、委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することができない。

また、後者のように、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合については、介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するため、初回加算を算定することが可能である。

Q3（質問）

初回加算の算定要件である「新規」には、契約は継続しているが給付管理を初めて行う利用者を含むと解してよいか。

A3（回答）

「新規」とは、初めて給付管理を行い、報酬請求を行う月について適用するものである。したがって、従前より、契約関係は存在していた利用者についても、初めて報酬請求に至った月において、初回加算を算定することが可能である。

【委託連携加算】

あんしんケアセンターが指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として加算の算定が可能。

＜指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準より抜粋＞

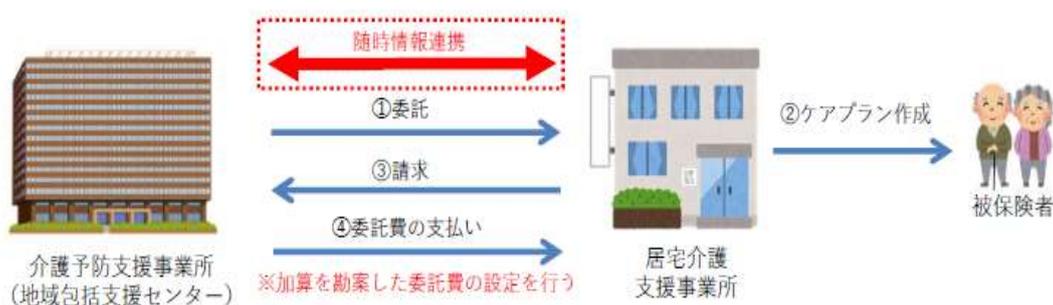
（注意）

委託連携加算の具体的な基準については、現時点で厚労省からの見解が示されないことから、他政令市及び県内近隣市にヒアリングのうえ、厚労省の考え方をベースに、保険者として独自に設定したため、保険者により考え方に相違がある場合があります。

また、今後、厚労省から本加算の見解が示された場合は、当該見解に基づき、基準に変更が生じる可能性があります。

2.(6)⑤ 介護予防支援の充実

概要	【介護予防支援】
○ 介護予防支援事業所が居宅介護支援事業所に外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点から、介護予防支援事業所が委託する個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する新たな加算を創設する。【告示改正】	
単位数	
<現行> なし	⇒ <改定後> 委託連携加算 300単位/月
算定要件等	
○ 利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する	
※ 当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める。	



56

【厚労省資料より抜粋】

【算定の考え方】

以下の2点を全て満たしていることが必要となります。

なお、算定回数は、委託を開始した日の属する月に限り、1回を限度とします。

- (1) 指定居宅介護支援事業所に委託する際、
あんしんケアセンターまたは居宅介護支援事業所が新規（または変更）であること。
- (2) あんしんケアセンター及び居宅介護支援事業所で利用者に係る情報連携を行っていること。
※具体的には、以下の記録を新たに作成し、かつ、双方で保管・共有ができていること。
【新たに作成・保管が必要な記録】 ※以下の3点を基本とします※
 - ①「アセスメント（利用者基本情報、基本チェックリスト）」
 - ②「サービス担当者会議の記録」
 - ③「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」

【参考】委託連携加算の算定ができるケース・できないケース

				委託連携加算算定の可否			
介護度 の変更	「有」 要介護 ↓ 要支援	居宅 介護 支援 事業 所 の 変 更	「有」 (例) A居宅介護支援事業所 ↓ B居宅介護支援事業所	算定可(※)			
			「なし」 (例) A居宅介護支援事業所 ↓ A居宅介護支援事業所	算定可(※)			
					委託連携加算算定の可否		
					あんしんケアセンターの変更「有」	あんしんケアセンターの変更「なし」	
	「なし」 要支援 ↓ 要支援		「有」 (例) A居宅介護支援事業所 ↓ B居宅介護支援事業所	算定可(※)	算定可(※)		
			「なし」 (例) A居宅介護支援事業所 ↓ A居宅介護支援事業所	算定可(※)	算定不可 【理由】ケアプランを新たに作成する必要性が低く、本加算の新設趣旨である「適切な情報連携」とは言い難いため。		

利用者に係る情報連携に必要な以下の記録を新たに作成し、あんしんケアセンター及び居宅介護支援事業所双方で保管・共有できていることが必須。

- 【必要な記録】
- ①「アセスメント（利用者基本情報、基本チェックリスト）」
 - ②「サービス担当者会議の記録」
 - ③「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」

第5節 千葉市介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス選択

1 総合事業におけるサービスの種類

本市の総合事業において実施する介護予防・生活支援サービス事業については、介護予防ケアマネジメントのほか、次のサービスを実施します。

	従前相当サービス	サービス・活動A	サービス・活動B	サービス・活動C	サービス・活動D
訪問型サービス	○ (H29.4~)	○ (H29.4~)	○ (H29.4~)	○ (R7.4~)	未定
通所型サービス	○ (H29.4~)	○ (H29.4~)	○ (H29.4~)	令和2年度で廃止	

(1) サービス種類ごとの概要

①訪問型サービス

ア 訪問介護相当サービス（総合事業開始前の介護予防訪問介護相当）

サービス名称	訪問介護相当サービス（従前相当サービス）		
事業主体	営利法人、非営利法人		
サービス対象者	要支援者		
サービス内容	身体介護 生活援助型サービス（買い物、調理等の支援）		
人員基準		資格要件	配置基準
	管理者	なし	常勤専従 1人以上（管理上支障がない場合兼務可）
	サービス提供責任者	介護福祉士等	常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上（一部非常勤も可）
	訪問介護員	介護福祉士等	常勤換算 2.5人以上
設備基準	事務室、相談室（相談入 [°] -入）その他必要な設備及び備品等		

報酬単価		1 回当たり単価	月当たり上限
	週 1 回程度	287 単位	1,176 単位 (4 回以上)
	週 2 回程度		2,349 単位 (8 回以上)
	週 2 回を超える程度		3,727 単位 (12 回以上)
	標準的内容	287 単位	3,727 単位
	生活援助型 20 分以上 45 分未満	179 単位	
	生活援助型 45 分以上	220 単位	
	短時間の身体介護	163 単位	
備考	<p>生活援助型サービスは、無資格者（市が実施する研修の修了者及びこれと同等の者）も従事することができます。</p> <p>身体介護は無資格者（市が実施する研修の修了者及びこれと同等の者）が従事することはできません。</p>		

イ 緩和した基準によるサービス（サービス・活動A）

サービス名称	生活援助型訪問サービス（緩和サービス）		
事業主体	営利法人、非営利法人		
サービス対象者	要支援者		
サービス内容	生活援助型サービス（買い物、調理等の支援）		
人員基準		資格要件	配置基準
	管理者	なし	常勤専従 1 人以上（管理上支障がない場合兼務可）
	訪問事業責任者	介護職員初任者研修修了者等	訪問介護員等のうち、常勤換算で 1 人以上（必要数）
	訪問介護員	無資格者（市が実施する研修の修了者及びこれと同等の者）等	必要数
設備基準	事務室、相談室（相談スペース）その他必要な設備及び備品等		

報酬単価		1 回当たり単価	月当たり上限
	生活援助型 20 分以上 45 分未満	207 単位	4080 単位
	生活援助型 45 分以上	255 単位	
備考	訪問介護相当サービスの事業所の指定を取っている事業所は算定できません。		

ウ 住民主体による支援（サービス・活動B）

サービス名称	地域支え合い型訪問支援
サービス対象者	要支援者及び事業対象者
提供するサービス	買い物代行、調理、電球の交換、布団干し、ベランダ、庭の掃除等
報酬の請求方法	— (国保連への報酬請求はないことから給付管理は必要ありません。)
利用者負担	事業主体が設定 実費のみ。(運営にかかる経費)
限度額管理の有無	限度額管理の対象外
サービスの担い手	有償・無償のボランティア
ケアマネジメント	介護予防支援・ケアマネジメントA・ケアマネジメントC

エ 短期集中予防サービス（サービス・活動C）

サービス名称	フレイル改善事業（短期リハビリ型訪問サービス）
サービス対象者	事業対象者、要支援者
提供するサービス	リハビリテーション専門職による訪問、面談、動機付け支援
報酬の請求方法	— (国保連への報酬請求はないことから給付管理は必要ありません。)
利用者負担	なし
限度額管理の有無	限度額管理の対象外
サービスの担い手	理学療法士・作業療法士
ケアマネジメント	ケアマネジメントB

②通所型サービス

総合事業では、趣味の会や体操教室など、地域の中の多様な「通いの場」をつくることをすすめていきます。

通いの場をとおして、継続的に住民同士が顔を合わせることで、お互いの困りごとを知る場所となり、地域の助け合い（互助）の土壌となることが期待されます。

ア 通所介護相当サービス（総合事業開始前の介護予防通所介護相当）

サービス名称	通所介護相当サービス（従前相当サービス）				
事業主体	営利法人、非営利法人				
サービス対象	要支援者				
提供するサービス	レクリエーション、機能訓練等 【要送迎】 ●提供時間について「3時間以上」と「2時間以上3時間未満」の2つの区分を設ける。				
人員基準		資格要件	配置基準		
	管理者	なし	常勤専従 1人以上 (管理上支障がない場合は兼務可)		
	生活相談員	介護福祉士等	専従 1以上		
	看護職員	看護師等	単位ごとに1人以上(定員10名以上の場合)		
	介護職員	なし	<ul style="list-style-type: none"> 利用者 15人以下：専従 1人以上 利用者 15人超：利用者 1人に専従 0.2人以上 		
	機能訓練指導員	理学療法士等	1人以上		
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> ・食堂及び機能訓練室(利用定員×3㎡)、静養室、相談室、事務室、必要な設備・備品 				
報酬単価		3時間以上		2時間以上3時間未満	
		1回あたり単価	月当たり上限	1回あたり単価	月当たり上限
	要支援1	436単位 (1~3回)	1,798単位 (4回以上)	305単位 (1~3回)	1,259単位 (4回以上)
	要支援2	447単位 (1~7回)	3,621単位 (8回以上)	313単位 (1~7回)	2,535単位 (8回以上)

<通所介護相当サービスの利用者イメージ>

- ・継続して機能訓練が必要な方(特に、機能訓練を中心としたサービスが必要であり、提供時間が3時間未満に収まる方は、「2時間以上3時間未満」の区分で、ケアプランを作成してください。)
- ・医療的な観点からのサービス提供が必要な方
- ・認知症の症状がある方(概ね認知症Ⅱ以上)

イ 緩和した基準によるサービス（サービス・活動A）

サービス名称	ミニデイ型通所サービス（緩和サービス）				
事業主体	営利法人、非営利法人				
サービス対象	要支援者				
提供するサービス	レクリエーション、介護予防を目的とした体操等 【要送迎】 ●提供時間について「3時間以上」と「2時間以上3時間未満」の2つの区分を設ける。				
人員基準		資格要件	配置基準		
	管理者	なし	常勤専従 1人以上（管理上支障がない場合は兼務可）		
	介護職員	なし	<ul style="list-style-type: none"> 利用者 15人以下：専従 1人以上 利用者 15人超：利用者 1人に専従 0.2人以上 		
設備基準	・サービス提供に必要な場所（利用定員×3㎡）、相談室、事務室、必要な設備・備品				
報酬単価		3時間以上		2時間以上3時間未満	
		1回当たり単価	月当たり上限	1回当たり単価	月当たり上限
	週1回程度	385単位 (1～4回)	1,798単位 (5回以上)	270単位 (1～4回)	1,259単位 (5回以上)
週2回程度	385単位 (1～8回)	3,465単位 (9回以上)	270単位 (1～8回)	2,426単位 (9回以上)	

※要支援 1 の場合、週 1 回程度までしか請求できません。

<ミニデイ型通所サービスの利用者イメージ>

- ・基本的に日常生活が自立している方
- ・提供時間が 3 時間未満に収まる方は、「2 時間以上 3 時間未満」の区分で、ケアプランを作成してください。
- ・認知症の症状がないか、あったとしても原則として認知症Ⅰまでの方
(概ね認知症Ⅱ以上は通所介護相当サービス)
- ・送迎がないと通えない方、自力で通える範囲内に地域支え合い型通所支援がない方

ウ 住民主体による支援（サービス・活動B）

サービス名称	地域支え合い型通所支援
サービス対象者	要支援者、事業対象者 (送迎なし)
提供するサービス	体操・運動等の活動、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり等
報酬の請求方法	－（国保連への報酬請求はないことから給付管理は必要ありません）
利用者負担	事業主体が設定 実費のみ（運営にかかる経費）
限度額管理の有無	限度額管理の対象外
サービスの担い手	有償・無償のボランティア
ケアマネジメント	介護予防支援・ケアマネジメントA・ケアマネジメントC

<地域支え合い通所支援の利用者イメージ>

- ・自力で通える方
- ・地域とのつながりを構築する必要があると思われる方。また、本人が地域とのつながりの構築を望んでいる方
- ・基本的に日常生活が自立している方

2 介護予防ケアマネジメントにおけるサービス選択の考え方

(1) 介護予防ケアマネジメントの基本方針

○総合事業における生活支援では、介護予防相当サービスから、できる限り、

①地域の支え合い活動（住民主体による支援）、

②非専門職が担い手となる事業者によるサービス（緩和した基準によるサービス）や

③状態の改善、生活の工夫による自立生活の維持、

④介護保険が関与しない民間サービスへ移行していくことがポイントになります。

○これにより、今後の介護人材不足に対応するため、専門職について中重度者の身体介護等への重点化を進めていきます。

○総合事業におけるサービスの選択に当たっては、

第一義的にはフレイル改善事業（サービス・活動C）により、本人の状態の回復と生活の工夫により、自立した生活の維持を図ります。その上で支援が必要な場合は、住民主体による支援の提供が困難な場合に、緩和した基準によるサービスの利用を、緩和した基準によるサービスの提供が困難な場合に、介護予防相当サービスの利用を検討するようにしてください。

なお、当分の間は、従前相当サービス及サービス・活動 A については、原則として、要支援者に対してのみ提供し、事業対象者には提供しないこととします。

＜事業対象者の特例＞

ただし、利用者の心身又は家族の状況等から介護予防相当サービス又は緩和基準サービスの利用が特に必要であると認められる場合で、要支援認定の結果「非該当」となった場合は、例外として認められる場合もありますので、個別にご相談ください。

(2) サービス類型ごとのサービス選択の考え方

ア 訪問型サービス

訪問介護相当サービス（又は生活援助型サービス）と地域支え合い型訪問支援のどちらを選択するかについては、第一義的には地域支え合い型訪問支援の利用が可能かどうか検討し、

- ①地域支え合い型訪問支援の事業主体が近隣に存在しない、
- ②近隣に存在するが利用者が必要とするサービスがないなど、

地域支え合い型訪問支援の提供が困難な場合に、訪問介護相当サービス（又は生活援助型訪問サービス）の提供を検討するようにしてください。

イ 通所型サービス

通所型サービスでは、

- ①専門職による機能訓練を受ける必要がある場合、
- ②疾病等により医療的な観点からのサービス提供が必要な場合、
- ③利用者に認知症の症状がある（概ね認知症Ⅱ以上）場合

など、地域支え合い型通所支援（住民主体による支援）やミニデイ型通所サービス（緩和した基準によるサービス）では対応が困難な場合に限り、通所介護相当サービスを提供することとします。

それ以外の場合は、利用者の心身の状況、生活環境等により、「ミニデイ型通所サービス・地域支え合い型通所支援」を選択します。

具体的なサービスの選択に当たっては、

2（1）の「介護予防ケアマネジメントの基本方針」及び各サービスの「利用者イメージ」を踏まえたうえで、介護予防ケアマネジメントを行ってください。

（ア）通所介護相当サービスを選択する場合について

●提供頻度による区分

- i 要支援1の方については、原則として「週1回程度」とします。

- ii 要支援 2 の方については、アセスメントにより週 2 回以上の提供が必要であると判断した場合に限り「週 2 回程度」とし、それ以外は「週 1 回程度」とします。
- iii アセスメントの結果、週 2 回程度の通所サービスが必要な場合であっても、例えば、週 1 回分は地域支え合い型通所支援とすることができないか必ず検討してください。

●提供時間による区分

提供するサービスは必要最小限とする観点から、通所介護相当サービスを選択する場合であっても、3 時間未満の機能訓練で足りる場合は、3 時間未満の短時間サービスを選択します。

また、3 時間以上のサービスと 3 時間未満のサービスを組み合わせることも可能です。

●他サービスとの組み合わせ

介護予防相当サービスを選択する場合であっても、部分的に地域支え合い型通所支援の提供が可能かどうか、必ず検討するようにしてください。

(イ) ミニデイ型通所サービスと地域支え合い型通所支援

通所介護相当サービス（専門職が担い手となるサービス）までは必要ないと判断した利用者について、他者との交流や体操等のサービスを受けることにより、介護予防の効果があると判断した場合には、ミニデイ型通所サービス又は地域支え合い型通所支援を提供することとします。

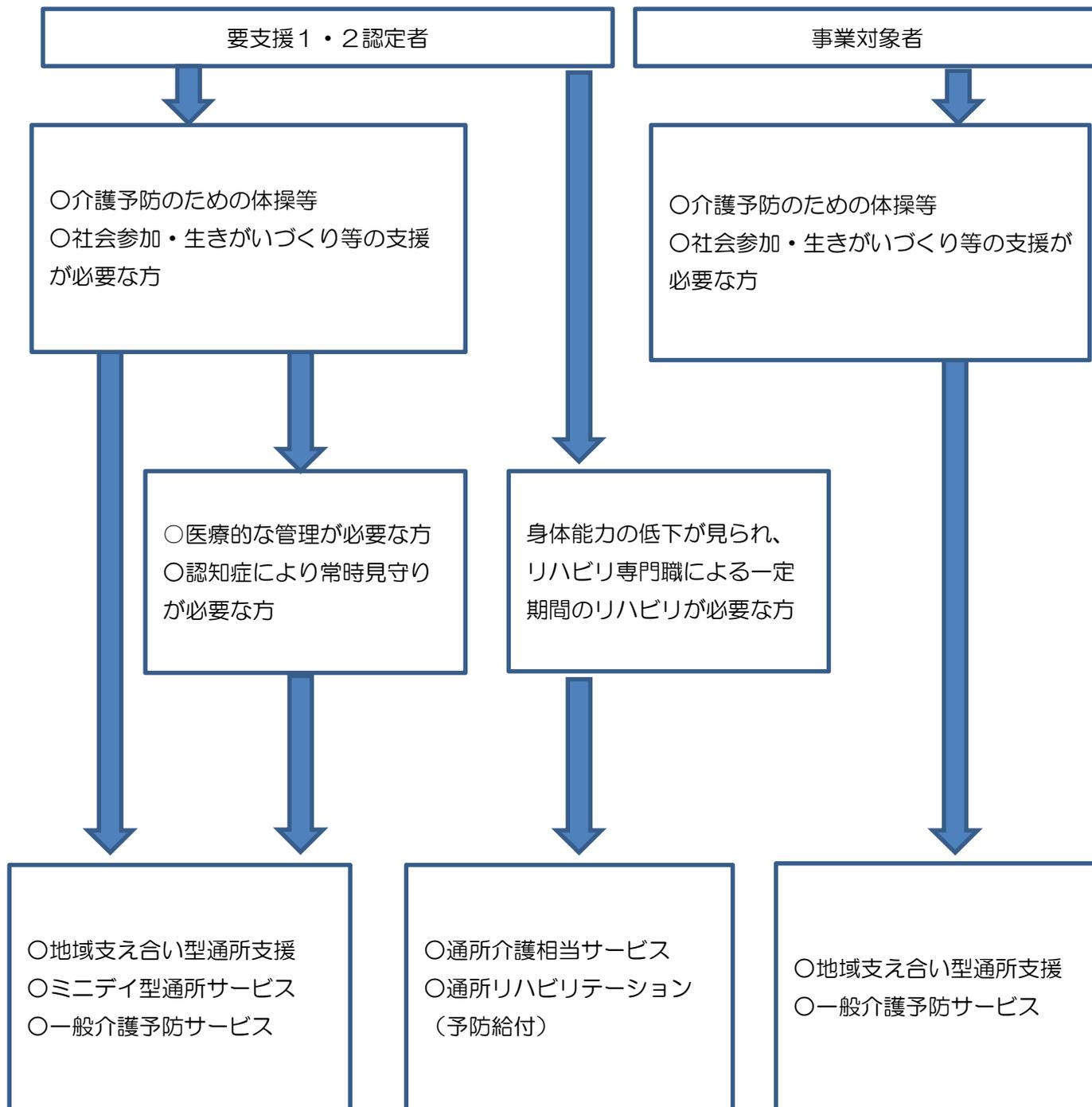
ミニデイ型通所サービス及び地域支え合い型通所支援の振り分け方法については、基本的には送迎の必要性、地域交流の必要性等で判断することになりますが、第一義的には地域支え合い型通所支援の利用が可能かどうか検討し、

①地域支え合い型通所支援の事業主体が近隣に存在しない、

②近隣に存在するが利用者が必要とするサービスがないなど、

地域支え合い型通所支援の提供が困難な場合に、ミニデイ型通所サービスの提供を検討するようにしてください。

(3) 通所型サービス選択のフロー図



第3章 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託

第1節 業務委託

1 業務委託について

あんしんケアセンターは、予防給付（介護予防支援）及び総合事業（以下総合事業）によるケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント）業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託できます。

利用者が従前利用していた介護支援専門員にも、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントにかかる利用計画の作成を依頼することで、予防給付および総合事業への円滑な移行や、介護給付に移行した場合の連携の確保を図ります。

本来は、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントはあんしんケアセンターが行うものであるため、指定居宅介護支援事業所へ業務委託をした場合も、委託元の責任が生じます。

2 業務委託の要件

介護予防支援等の業務委託を行うにあたり、事前にあんしんケアセンターと指定居宅介護支援事業所において、介護予防支援等業務委託契約を締結する必要があります。

「業務委託契約」時のあんしんケアセンターへの提出書類について

○指定居宅介護支援事業所の指定通知書（写し）

※指定を更新した際は再度提出が必要です。

3 ケアマネジメントの種類による業務委託について

千葉市では、ケアマネジメントの種類により、業務委託の方法を以下の通りとしています。

ケアマネジメントの種類		委託の可否
介護予防ケアマネジメント	ケアマネジメントA	初回より委託可能
	ケアマネジメントB	委託不可
	ケアマネジメントC	委託不可
介護予防支援		初回より委託可能

ケアマネジメントの種類については、第2章に記載しています。

4 記録の整備

「運営基準」にて指定介護予防支援事業者であるあんしんケアセンターは、利用者に対する指定介護予防支援の提供に関する、以下の記録を整備し、保存しなければならないと規定されています。

【参考①】運営基準（※）第28条

※・・・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

【参考②】市条例（※）第30条

※・・・千葉県指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例

(1) 記録の種類

- ア 指定介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- イ 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した介護予防支援台帳
 - (ア) 介護予防サービス計画
 - (イ) アセスメントの結果の記録（基本情報・基本チェックリスト）
 - (ウ) サービス担当者会議の記録
 - (エ) 評価の結果の記録
 - (オ) モニタリングの結果の記録
- ウ 市町村への通知に係る記録
- エ 苦情の内容等の記録
- オ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(2) アセスメント結果の記録について

アセスメントの結果の記録とは、利用者基本情報と基本チェックリストのことです。
（認定調査票と主治医意見書は、必要に応じ提出を求めます。）

(3) 利用者基本情報について

- ア 介護予防サービス・支援計画書の作成時にはその都度アセスメントを行う必要があります。
- イ 利用者基本情報は、利用者の認定の変更（更新・区分変更）時には、再アセスメントにより、新たに作成してください。
- ウ 認定期間内において評価後に介護予防サービス・支援計画書を作成する際は、再アセスメントを行い、利用者基本情報の内容の修正や変更箇所等について、修正または追記をしてください。（修正及び追記は原本への書き込みでも構いません）
- エ 利用者基本情報及び基本チェックリストは介護予防サービス・支援計画書をあんしんケアセンターへ提出する際には、併せて提出してください。

5 書類の保管および契約終了時の書類の取扱い

(1) 書類の保管期間

介護予防ケアマネジメントおよび介護予防支援に係る書類の保存期間は、市条例第30条に基づき、完結日(※)から5年間としています。

※・・・「完結日」とは、個々の利用者につき、契約終了時(契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等)により、一連のサービス提供が終了した日を指します(運営基準第28条及び市条例第30条)。

(2) 契約終了時の書類の取扱い

あんしんケアセンターに書類の保管義務があります。

委託先である指定居宅介護支援事業者に書類を保管してもらうこともできますが、その際は保管の義務と期間について、業務委託契約書に明記する必要があります。

6 あんしんケアセンターと指定居宅介護支援事業所の連携

介護予防支援等の業務委託を行う際は、あんしんケアセンターと指定居宅介護支援事業所は、利用者の自立支援に資する介護予防ケアマネジメントとするために、連携をして支援を行う必要があります。

(1) 特に連携が必要な利用者の例

- ア サービス利用中であるが、利用者や家族の問題等により、必要なサービスの継続が出来なくなる可能性がある。
- イ サービス利用について、本人と家族の意向が大きくかい離している。
- ウ キーパーソンが不在で、将来的に困難ケースとなる可能性が高い。 など

(2) 「地域ケア会議」の視点

あんしんケアセンターと介護支援専門員が連携をして状況把握を行い、課題解決や適切なケアマネジメントが難しい場合は、地域ケア会議にて、他職種との連携による介護予防ケアマネジメントの検討が必要です。

『地域ケア会議につながる例』

<利用者側に問題がある場合>

- 利用者及び家族の理解力が乏しく、キーパーソンが不在である。
- サービスや医療の必要性があるが、サービス利用に対する拒否がある。
- 高齢者虐待の疑いがある。

高齢者虐待の疑いがある時は、サービス事業者に通報義務があります。

○利用者や家族の依存心が強い、人格障害、対人不安、アルコール依存症等精神面に問題があり、他職種の連携が必要。

(3) <介護支援専門員への支援が必要な場合>

ア アセスメントが不十分で、利用者の生活に不利益が生じている。

イ 介護支援専門員の業務範囲を超えた支援を行っている。

ウ 利用者の要望を優先し、自立支援に資する内容になっていない。また、目標とサービス内容が一致していない。

7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの業務委託の必要書類

介護予防支援業務のプロセス	居宅介護支援事業所		あんしんケアセンター
1. 利用申込の受付	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険被保険証（写し） （センターにより「受付票」を提出）	送付	
2. 業務委託契約			<ul style="list-style-type: none"> 業務委託契約書・契約書別紙 利用契約書・重要事項説明書 個人情報使用同意書 その他必要書類
	<ul style="list-style-type: none"> 業務委託契約書・契約書別紙 記入・一部保管	一部を送付	<ul style="list-style-type: none"> 業務委託契約書・契約書別紙 介護支援専門員登録情報 一部保管
3. 利用者契約締結	利用者へ利用契約書・重要事項説明書を説明	一部を送付	<ul style="list-style-type: none"> 利用契約書・重要事項説明書 一部保管
	介護保険室に「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出 介護保険被保険者証の居宅の届出を確認	写しを送付	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険被保険者証 負担割合証 で居宅の届出を確認
4. アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリスト 	写しを送付	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリストを保管 ※利用者基本情報と基本チェックリストはケアプラン作成毎、提出
	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス・支援計画書（以下、予防ケアプラン） 	原本を送付	
5. 介護予防サービス-支援計画原案の作成		原本を返送	<ul style="list-style-type: none"> 予防ケアプランの確認（必要に応じてコメント記入）
6. サービス担当者会議	経過記録（担当者会議録含む）作成		
7. 介護予防サービス-支援計画書の交付	<ul style="list-style-type: none"> 予防ケアプランを利用者へ説明、同意を得る。 	写しを送付	<ul style="list-style-type: none"> 予防ケアプラン（写し）を保管
8. モニタリング	電話または訪問によりモニタリングを行い、経過記録に記載		

9. 評価	<ul style="list-style-type: none"> • 評価表 		<p>【支援計画書期間について】</p> <p>過去1年間、利用者の心身の状態に変化がなく、今後も変化がないと予測され1年プランにする場合は、必ずあんしんケアセンターに相談し、合意を得てから作成してください。その旨は必ず経過記録に残す。</p>
	※状態変化がありプラン見直し時		
	※予防ケアプランの更新時		
	※契約終了時		
<ul style="list-style-type: none"> • 評価期間の支援経過記録 (担当者会議録・モニタリング含む) 		<ul style="list-style-type: none"> • 評価表にコメント記入 (写し)を保管 	
10. 給付管理	<ul style="list-style-type: none"> • 請求者一覧 • 利用票・別表 (実績入力済み) 		請求業務を実施

※必要に応じて、上記以外の書類の提出を求められることがあります。

第4章 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の具体的な進め方

第1節 業務の流れ

業務の流れ	要支援1・2	事業対象者	提出書類
介護保険被保険者証発行までの流れ	<input type="checkbox"/> 要介護認定申請 ↓ <input type="checkbox"/> 認定の確定 ↓ <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証発行	<input type="checkbox"/> 基本チェックリストに該当 ↓ <input type="checkbox"/> 基本チェックリストと介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を保健福祉センター介護保険室に提出 ↓ <input type="checkbox"/> 「事業対象者」の登録後、介護保険被保険者証の発行	
(1) 介護保険被保険者証にて、要支援1または2の認定であることを確認する。 ↓ 要支援1・2の認定を確認し、介護予防サービスの利用についての説明と利用確認を行う。	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証にて、「事業対象者」であることを確認する。 ↓ <input type="checkbox"/> 事業対象者であることを確認し、介護予防サービスの利用についての説明と利用確認を行う。 (事業対象者が利用できるサービスは、「住民主体による支援」です。)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証にて、「事業対象者」であることを確認する。 ↓ <input type="checkbox"/> 事業対象者であることを確認し、介護予防サービスの利用についての説明と利用確認を行う。 (事業対象者が利用できるサービスは、「住民主体による支援」です。)	
(2) 利用契約	<input type="checkbox"/> 契約書、重要事項説明書の説明を行い、契約を行う。 (2部作成し、利用者とあんしんが1部ずつ保管) <input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書は1通を作成し、あんしんが保管する。	<input type="checkbox"/> 契約書、重要事項説明書の説明を行い、契約を行う。 (2部作成し、利用者とあんしんが1部ずつ保管) <input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書は1通を作成し、あんしんが保管する。	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援等契約書一式 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書
(3) 計画作成依頼届の提出・情報開示	<input type="checkbox"/> 介護被保険者証と併せて介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を介護保険室に提出 <input type="checkbox"/> 「認定調査票」と「主治医意見書」の情報開示申請を行う。	事業対象者は先に介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書を提出済み。	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書 <input type="checkbox"/> 情報開示申請書 (情報開示申請の際契約書の提示が必要)

業務の流れ	要支援1・2	事業対象者	提出書類
(4) アセスメント	<input type="checkbox"/> 利用者宅に訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。 <input type="checkbox"/> 【利用者基本情報】の記入 (個人情報使用同意書があるため利用者の署名・押印は不要) <input type="checkbox"/> 【基本チェックリスト】の記入 <input type="checkbox"/> 例外給付の対象になっている福祉用具の利用を希望している場合は、必要に応じ、主治医への意見聴取や区への事前届け出を行う。	<input type="checkbox"/> 利用者宅に訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。 <input type="checkbox"/> 【利用者基本情報】の記入 (個人情報使用同意書があるため利用者の署名・押印は不要) <input type="checkbox"/> 【基本チェックリスト】の記入	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> 興味・関心チェックシート <input type="checkbox"/> 軽度者の指定福祉用具貸与費算定の可否の判断基準 <input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について <input type="checkbox"/> 例外給付の確認について(依頼)
(5) ケアプラン原案の作成	<input type="checkbox"/> 利用者及び家族と面接し、「目標」や「具体策」を決定し、介護予防サービス・支援計画原案を作成する。 <input type="checkbox"/> サービス利用について、あんしんケアセンター及びサービス事業所等との調整を行う。	<input type="checkbox"/> 利用者及び家族と面接し、「目標」や「具体策」を決定し、介護予防サービス・支援計画原案を作成する。 <input type="checkbox"/> サービス利用について、あんしんケアセンター及びサービス事業所等との調整を行う。	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書原案 <input type="checkbox"/> ケアマネジメントCは介護予防ケアマネジメント結果案
(6) サービス担当者会議の開催	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催 ・ケアマネジメントB・Cを除く ・会議録は支援経過記録への記載でも可	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催 ・ケアマネジメントB・Cを除く ・会議録は支援経過記録への記載でも可	
(7) 介護予防サービス・支援計画書の交付	<input type="checkbox"/> 予防プランの交付 利用者・家族に介護予防サービス・支援計画書の内容を説明し、利用者の同意を得る。 <input type="checkbox"/> 利用者、サービス事業者へ介護予防サービス・支援計画書を交付。	<input type="checkbox"/> 予防プランの交付 利用者・家族に介護予防サービス・支援計画書の内容を説明し、利用者の同意を得る。 <input type="checkbox"/> 利用者、サービス事業者へ介護予防サービス・支援計画書を交付。	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画書 <input type="checkbox"/> サービス利用表・別表 ・ケアマネジメントCを除く
(8) モニタリング (ケアマネジメントBは、実施時期を担当が設定する)	<input type="checkbox"/> 3カ月に1回と評価月には利用者宅を訪問し、モニタリングを実施 (利用者の状態に変化があった場合等、必要時は利用者宅に訪問。 モニタリングの結果を少なくとも月1回は記録する。)	<input type="checkbox"/> 3カ月に1回と、評価月には利用者宅を訪問しモニタリングを実施 (利用者の状態に変化があった場合等、必要時は利用者宅に訪問。 モニタリングの結果を少なくとも月1回は記録する。)	<input type="checkbox"/> 支援経過表 (ケアマネジメントCを除く)

業務の流れ	要支援 1・2	事業対象者	提出書類
	<p>□訪問を行わない月は、電話や事業所での面接、サービス事業者からの連絡・報告等で利用者の状況を把握する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの際は「短期目標」について、実施状況、目標達成度を記録する。 ・経過記録に「モニタリングのため訪問／電話」と記載する。 ・予防プランの内容に変更がある場合は「評価」を実施。 	<p>□訪問を行わない月は、電話や事業所での面接、サービス事業者からの連絡・報告等で利用者の状況を把握する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ※モニタリングの際は「短期目標」について、実施状況、目標達成度を記録する。 ・経過記録に「モニタリングのため訪問／電話」と記載する。 ・予防プランの内容に変更がある場合は「評価」を実施。 	
<p>(9) 評価 ※ケアマネジメントCを除く</p>	<p>□予防プランに位置づけた期間終了時に、利用者の状態を評価し、【介護予防サービス評価表】に記載</p> <p>□評価をもとに継続・変更・終了の支援方針を確認し、予防プランの見直しを行う。</p>	<p>□予防プランに位置づけた期間終了時に、利用者の状態を評価し、【介護予防サービス評価表】に記載</p> <p>□評価をもとに継続・変更・終了の支援方針を確認し、予防プランの見直しを行う。</p>	<p>□介護予防サービス評価表</p>
<p>(10) 給付管理</p>	<p>① 介護予防支援または介護予防ケアマネジメント A に基づきサービスを利用している場合</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□給付管理票・請求明細書データを作成し、<u>国保連へ提出</u></p> <p>② 介護予防ケアマネジメント B または介護予防ケアマネジメント C に基づきサービスを利用している場合</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□請求明細書データを作成し、<u>国保連へ提出</u></p>	<p>① 介護予防支援または介護予防ケアマネジメント A に基づくサービスを利用できない</p> <p>② 介護予防ケアマネジメント B または介護予防ケアマネジメント C に基づきサービスを利用している場合</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□請求明細書データを作成し、<u>国保連へ提出</u></p>	<p>① 介護予防支援または介護予防ケアマネジメント A に基づきサービスを利用している場合</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□給付管理票 □請求明細書</p> <p>② 介護予防ケアマネジメント B または C に基づきサービスを利用している場合</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□請求明細書</p>

業務の流れ	要支援1・2	事業対象者	提出書類
(11) 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の支払い	□国保連から、あんしんケアセンター（委託の場合は、居宅介護支援事業所も）に直接支払われる。	□国保連から、あんしんケアセンターに直接支払われる。	
(12) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の終了	<input type="checkbox"/> 評価の実施 <状態改善の場合> <input type="checkbox"/> ケアマネジメントCへ移行 <input type="checkbox"/> 介護予防手帳の交付 <状態悪化の場合> <input type="checkbox"/> 後任のケアマネに引き継ぎ <転居の場合> <input type="checkbox"/> 後任の予防プラン作成担当者に引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 評価の実施 <状態改善の場合> <input type="checkbox"/> ケアマネジメント A の場合はケアマネジメントCへ移行 <input type="checkbox"/> 介護予防手帳の交付 <状態悪化の場合> <input type="checkbox"/> 後任のケアマネに引き継ぎ <転居の場合> <input type="checkbox"/> 後任の予防プラン作成担当者に引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援評価表 <input type="checkbox"/> 介護予防手帳

第2節 契約

「事業対象者」または「要支援1・要支援2」の方に、介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援を実施し、介護サービスを提供する場合に、あんしんケアセンターが締結する契約関係書類について説明します。

1 利用者契約関係書類

(1) 介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援利用契約書・契約書別紙

ア 概要

介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援の提供に関すること、委託の有無委託先及び介護支援専門員の名称、あんしんケアセンター担当者名称等（別紙）

イ 契約締結当事者

あんしんケアセンター（法人）と利用者

（作成部数及び保管）

2部作成

利用者とあんしんケアセンターが1部ずつ保管

契約書に関する記入方法について、次ページに参考例を記載しておきますので、契約書締結の際の目安にしてください。

(2) 介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援重要事項説明書

ア 概要

運営規程に関すること

イ 説明を行う対象者

利用者または家族等

ウ 同意を得る対象者

利用者

（作成部数及び保管）

2部作成

利用者とあんしんケアセンターが1部ずつ保管

(3) 個人情報の使用に係る同意書

ア 概要

個人情報の取り扱いに関すること

イ 同意取得対象者

利用者と家族

（作成部数及び保管）

1部作成

あんしんケアセンターが保管

参考例①

「契約書」の一部抜粋

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

サービス利用者 〇〇 〇〇（以下「利用者」という。）と千葉市あんしんケアセンター〇〇（以下「事業者」という。）とは、利用者と事業者の両当事者間において、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの利用について、次のとおり契約を締結します。

（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）

第1条 事業者は、介護保険法その他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生活を営むことができるよう、利用者に対し、適切な介護予防サービス計画また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・支援計画書」という。）を作成し、かつ、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。

※「開始日」は重要事項説明書の同意日と「同一日」で、「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務開始日より前の日」が基本です。

（契約の有効期間）

第2条 この契約の期間は、利用者が、要支援認定者の場合には、令和〇〇年〇〇月〇〇日から要支援認定有効期間満了日とします。

ただし、要支援認定有効期間満了日の30日前までに利用者から契約終了の申し出がない時は、この契約は同一の条件で次の要支援認定の有効期間の満了日まで更新されるものとし、その後も同様とします。

2 利用者が事業対象者の場合には、事業対象者として認定された日から起算して1年を経った月の末日までとします。ただし、契約期間満了日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合、この契約はさらに同一の条件で1年間更新されるものとし、その後も同様とします。

（介護予防サービス計画の作成）

第3条 事業者は、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの担当者として、事業者の職員を選任し、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 担当者は、介護予防サービス・支援計画書の作成にあたり、次の各号に定める事項を遵守します。

（1）利用者の居宅を訪問し、利用者及び利用者の家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めます。

（2）当該地域における介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料の情報を、特定の事業者のみに偏ることなく、適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めます。

（3）介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントAにおいては、提供される介護予防・・・

参考例②

「契約書」の一部抜粋

(管轄裁判所)

第15条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所地を管轄とする裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

本契約の締結を証するため、本書2通を作成し、当事者が署名または記名押印の上、各自1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

※契約締結日は、「**実際**に契約を締結した日」が基本です。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____

(事業者)

所在地 _____

事業者名 _____

代表者名 _____

担当者 _____

2 業務委託契約関係書類

(1) 介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援業務委託契約書・委託契約書別紙

ア 概要

委託料、委託の範囲、個別利用者の契約（別紙）、契約手続きに係る代理に関する
こと

イ 契約締結当事者

あんしんケアセンター（法人）と指定居宅介護支援事業所（法人）

（作成部数及び保管）

○2部作成

○あんしんケアセンターと指定居宅介護支援事業所で1部ずつ保管

(2) 介護支援専門員証の写し

ア 概要

介護支援専門員であることの証明

(3) 事業所指定通知書の写し

ア 概要

介護保険法に基づく指定事業所として証明する証明書

あんしんケアセンターと初めて業務委託契約を行う時際に、指定居宅介護支援事業所から、あんしんケアセンターに提出します。

当該事業所が指定を更新した際は、再度、当該事業所からあんしんケアセンターに通知書の提出が必要です。

3 新規委託契約時の指定契約関係書類一覧

(あんしん=あんしんケアセンター・事業所=指定居宅介護支援事業所)

内 容	必要書類	部 数	提出 及び 保管	提出方法			
				契約前 (記載前)	契約後 (記載後)		
				あんしん →事業所	事業所 →あんしん	あんしん →千葉市	事業所 →千葉市
業務委託 契約	指定介護予防支 援業務委託契約 書	2部	事業所 あんしん1部 ずつ	○	○	—	—
	同委託契約書別 紙	利用者数× 2部	事業所 あんしん1部 ずつ	○	○	—	—
	介護支援専門員 証写し	1部	あんしん	—	○	—	—
利用契約	指定介護予防支 援利用契約書	利用者数× 2部	利用者あんし ん1部ずつ	○	○	—	—
	同利用契約書別 紙	利用者数× 2部	利用者あんし ん1部ずつ	○	○	—	—
	指定介護予防支 援重要事項説明 書	利用者数× 2部	利用者あんし ん1部ずつ	○	○	—	—
個人情報 同意	個人情報の使用 に係る同意書	利用者(+ 利用者の家 族数)×1 部	あんしん	○	○	—	—
千葉市へ の提出	居宅・介護予防 サービス計画作 成(変更)依頼 届出書	利用者数× 1部	千葉市	○	—	—	○
事業所指 定通知書	事業所指定通知 書写し	1部	あんしん	—	○	—	—

4 再契約について

【ケース①】・・・委託事業所住所や名称、事業所番号の変更があった場合

- ア 業務委託契約締結をしている法人もしくは指定居宅介護支援事業所の住所（転居）、名称変更
- イ 住所表示が変更（場所は変わらないが、行政の都合で番地が変わる場合など）
- ウ 事業所番号の変更

【ケース②】・・・管理者（契約の代表者欄）が変更となった場合

○は再契約が必要な書類

	ケース①			ケース②
	ア	イ	ウ	ー
指定介護予防支援業務委託契約書	○		○	
同委託契約書別紙	○			○
指定介護予防支援利用契約書				
同利用契約書別紙	○			○

5 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用申し込みを受けた際は、利用申込者またはその家族に対し、指定介護予防支援事業所の運営規定の概要、担当職員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを利用するために必要な重要事項について文書で説明を行い、利用申込者の同意を得なければならないと規定されています。（運営基準第4条）

<契約時のポイント>

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態を踏まえた目標を設定し、自立を支援するために行われるものです。

そのため、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、利用者の主体的な取り組みが重要であることについて十分に説明を行い、利用者の理解を得ることが重要です。

＜指定介護予防支援利用契約時のチェックポイント＞

- 自己紹介（身分証の提示・ケアマネジャーの役割や所属事業所の説明も忘れずに）をしていますか。
 - 介護保険被保険者証に記載されている内容の確認をしていますか。
 - 利用者の意思で、契約を行っていますか。
 - 利用者がサービス内容を理解して契約できるようにしていますか。
 - 利用者に利用者の負担についても十分に説明していますか。
- （委託の場合）
- 訪問前に管轄あんしんケアセンターへ連絡し、業務委託関係書類を預かりましたか。

＜重要事項説明書を交付し、適切なルールにのっとった契約締結を行いましょう＞

- 介護予防サービス計画の作成の依頼があったときは、重要事項を説明し、理解してもらった上で契約を結びます。
- 利用者がひとり暮らしや判断力が十分でないと思われるときは、できる限り家族等に同席してもらいましょう。
- 利用者や家族が十分納得できるように説明した上で契約を交わすことが、後日のトラブルを未然に防ぐことにもなります。
- 契約締結のルールは、消費者契約法に定められています。契約締結の意味を十分理解しましょう。

【以下の4点について、重要事項説明書等に記載し、文書での交付に加えて、口頭で説明するようにしてください】

※平成30年4月1日付、介護保険法改正に伴う対応

- ① 利用者とその家族は、以下の2点について、事業者に対して求めることができること。
 - ・複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めること。
 - ・ケアプランに位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めること。
- ② 訪問介護事業者（ヘルパー）等から、利用者の口腔に関する問題や服薬状況、ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等のうち必要な情報を、利用者の同意を得たうえで、主治医等に提供すること。
- ③ 主治医または歯科医師から意見を得て介護予防サービス・支援計画書を作成した場合は、その介護予防サービス・支援計画書を主治の医師または歯科医師に交付すること。
- ④ 利用者が病院などに入院する場合は、入院時に、利用者の事業者の担当者（担当ケアマネジャー）の氏名や連絡先を入院先に伝えること。

第3節 アセスメント（課題分析）

ケアマネジメントA・ケアマネジメントB（緩和されたケアマネジメント）・
ケアマネジメントC（初回のみでのケアマネジメント）・介護予防支援で実施

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談や認定調査の結果、主治医意見書等の情報によって利用者の状況を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、生活機能の維持・改善に向けた支援ニーズを明らかにします。

【使用・記入する様式】

- ・基本チェックリスト
- ・興味・関心チェックシート
- ・介護予防サービス・支援計画表
- ・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録

（軽度者の福祉用具貸与の例外給付の利用をする場合）

- ・軽度者の指定福祉用具貸与費 算定の可否の判断基準
- ・軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について
- ・例外給付の確認について（依頼）

1 アセスメントのポイント

（1）基本チェックリストの実施

事業対象者の場合、新たに行う必要はありません。

介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書提出時の基本チェックリストを使用します。

（2）より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」等も利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、

「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。

（3）プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、

介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めます。

（4）福祉用具の例外給付対象の用具（車いす、移動リフト、特殊寝台等）を利用希望する

場合は、必要に応じ、利用前までに、主治医への意見聴取や区への確認依頼の提出等の手続きを必ず行ってください。

【参考①】福祉用具の例外給付に係る書類（市：介護保険事業課 HP から抜粋）

軽度者の福祉用具貸与の例外に係る市町村の確認について事務取扱い

「軽度者の指定福祉用具貸与費算定の可否の判断基準」の〔基本調査の結果〕が「できない」等になっておらず、当該基準のみでは例外給付の対象となる状態像に該当するか判断できない場合は、例外給付の確認依頼が必要となります。

手順フロー（以下及び「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ」を参照のこと。）

1 利用者の状態の確認

ケアマネジャー及び地域包括支援センターの担当職員（以下、ケアマネジャー等）は、主治医意見書等を参考とし、利用者が福祉用具を必要とする状態であり、かつ、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当する可能性があるかどうか検討します。

2 医師の意見

ケアマネジャー等は当該利用者が福祉用具貸与を必要とする原因となった疾病等の主治医に、利用者の状態が「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するかどうか以下のいずれかの方法で確認します。

(1) 別紙様式「軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について」での確認

ア ケアマネジャー等が、例外給付の対象となる状態像の原因となっている疾病等の主治医から、「該当する状態像」が記載された文書（**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**）を取得します。

イ ケアマネジャー等が利用者の診察に同行して、医師との面談により利用者の「該当する状態像」を聞き取ります。

（アと同様に（**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**）の様式を使用し、医師の署名又は印をもらってください。）

(2) 主治医意見書での確認

主治医意見書の特記事項欄等に i)、ii)、iii) の状態が明記されていることが必要です（別紙2「がん末期患者等に対する例外給付の取扱いについて」のとおり）。

この取扱いについては、平成28年7月より適用します。

3 サービス担当者会議の開催

2において「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するとの所見が示された場合には、ケアマネジャー等は、サービス担当者会議を開催し、医師の所見をもとに福祉用具貸与が必要な状態であるかどうか検討します。この際、医師の所見及び医師の氏名を居宅（介護予防）サービス計画に記載しなければなりません。

4 確認依頼書の提出

2、3の結果についてケアマネジャー等は、**確認依頼書「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）」**を各区介護保険室に提出します。

（確認依頼書には、医師の医学的所見、ケアプラン原案、サービス担当者会議の要点を添付してください。）

5 確認依頼書の審査

各区介護保険室は、確認依頼書をもとに当該利用者が、福祉用具貸与の例外給付の対象となるか判断し、確認結果についてケアマネジャー等に**通知（軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（お知らせ））**します。

6 情報共有

ケアマネジャー等は、福祉用具事業者に対し、**通知（軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（お知らせ））**の写しを送付し、情報の共有を図ってください。

7 福祉用具の利用

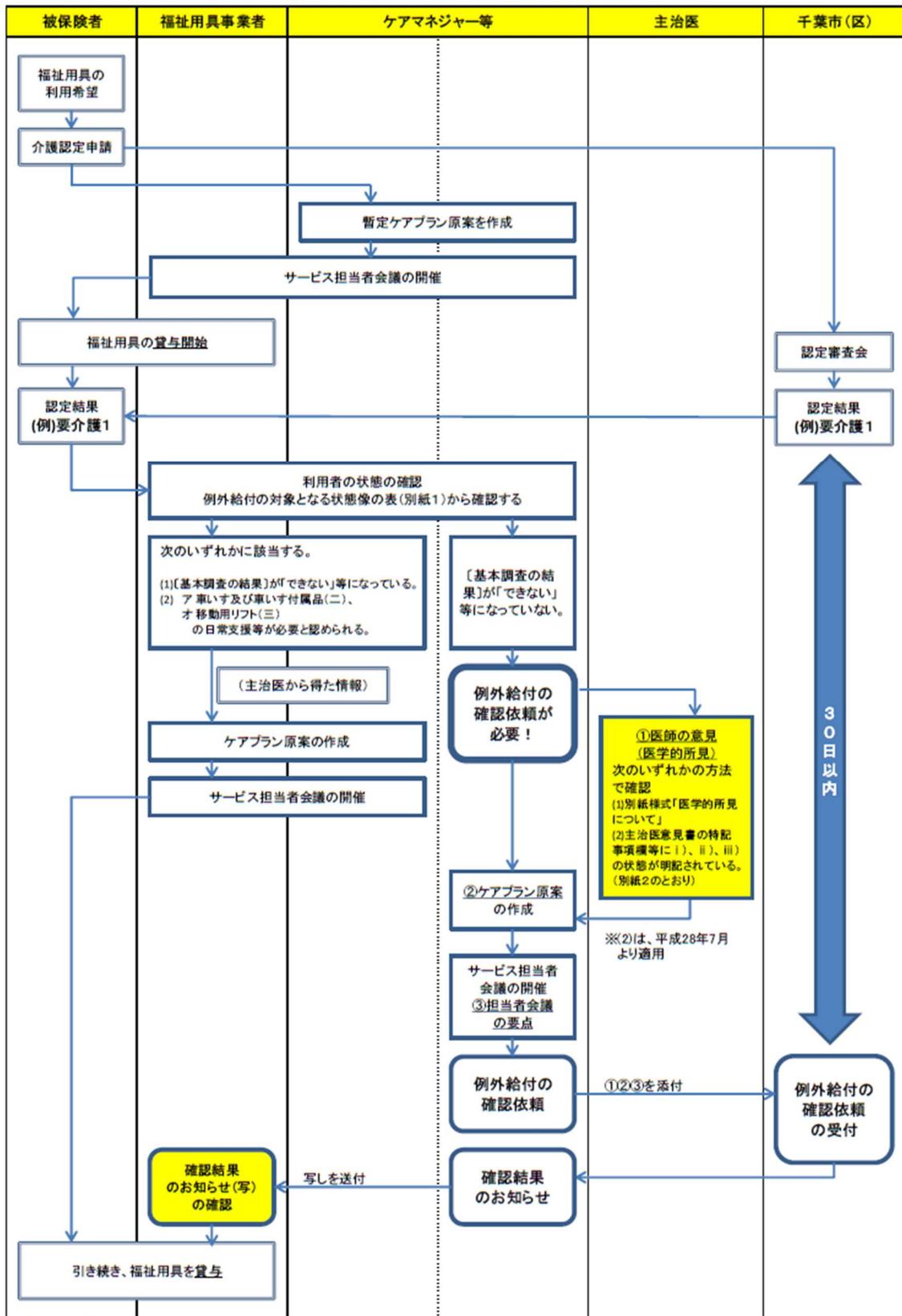
（1）介護認定申請した場合

認定結果通知日から30日以内に確認依頼書を提出した場合は、認定の有効期間の初日から給付対象とします。ただし、30日を超えて確認依頼書を提出した場合は、区での受付月の初日から給付対象とします。

（2）既に軽度者にあたる認定を受けている場合

福祉用具貸与開始日から30日以内に確認依頼書を提出した場合は、福祉用具貸与開始日から給付対象とします（緊急その他やむを得ない事情により、認定結果が出る前に福祉用具貸与を開始した場合に限ります）。ただし、30日を超えて確認依頼書を提出した場合は、区での受付月の初日から給付対象とします。

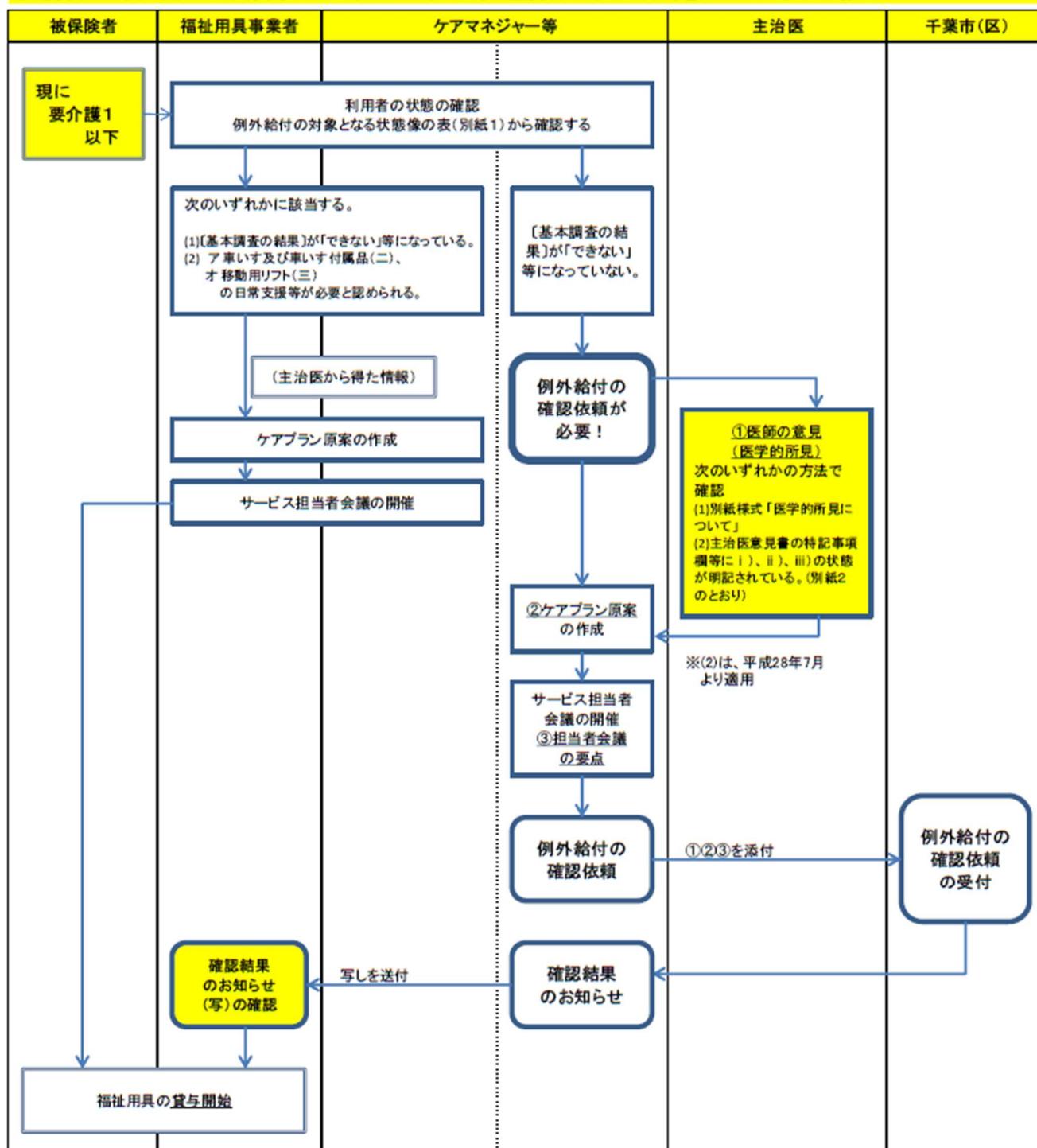
◎軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ(介護認定申請をした場合)



【注意事項】

- 1 認定結果通知日から30日以内に「例外給付の確認依頼」を提出した場合は、認定の有効期間の初日から、給付対象となります。30日を超えて「例外給付の確認依頼」を提出した場合は、区での受付月の初日から給付対象となりますのでご注意ください。
- 2 「例外給付の確認依頼」提出時に、添付書類①～③が揃っていない場合についても申請の受付を行います。この場合、添付書類については後日すみやかに提出してください。ただし前記1の給付対象選及期間に提出が間に合わない等やむを得ない理由がある場合に限りです。
- 3 ①の(1)については、別紙様式「軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について」を使用してください。

◎軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ(既に軽度者にあたる認定を受けている人の場合)



【注意事項】

- 1 緊急その他やむを得ない事情により、確認結果が出る前に福祉用具貸与を開始した場合は、福祉用具貸与開始日から30日以内に「例外給付の確認依頼」を提出すれば、福祉用具貸与開始日から給付対象となります。30日を超えて「例外給付の確認依頼」を提出した場合は、区での受付月の初日から給付対象となりますのでご注意ください。
- 2 「例外給付の確認依頼」提出時に、添付書類①～③が揃っていない場合についても申請の受付を行います。この場合、添付書類については後日すみやかに提出してください。ただし前記1の給付対象選及期間に提出が間に合わない等やむを得ない理由がある場合に限りです。
- 3 ①の(1)については、別紙様式「軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について」を使用してください。

2 興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシート

生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合も少なくありません。その際、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気づくヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」を活用するものです。

別紙様式 1

興味・関心チェックシート

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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

(出典)「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」(通知)
厚生労働省(令和6年3月15日付)

3 基本情報

利用者基本情報

① 計画作成者氏名： _____

《基本情報》 NO. _____

②	相談日	年 月 日	来所・電話 その他	初回 再来(前 /)
	把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他		
③	本人の状況	在宅・入院又は入所中		
④	フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生歳
⑤	住所	TEL		
		FAX		
⑥	日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
		認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
⑦	認定情報	非該当・事業該当者・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)		
⑧	障害等認定	身障・療養・精神・難病・その他		
⑨	本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室(有 階・無)・住居改修(有・無) 浴室(有・無) 便所(洋式・和式) 段差の問題(有・無) 床材、じゅうたんの状況 照明の状況 履物の状況		
⑩	経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他		
⑪	来所者(相談者)	続柄	⑭ 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」 (同居家族等○で囲む)	
⑫	住所			
⑬	緊急連絡先	氏名		

ジェノグラムで記載

日中独居(有・無)
家族関係等の状況

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

⑮ 今までの生活				
⑯ 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	
				友人・地域との関係

⑰ 《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
		TEL	治療中 経観中	

⑱ 《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、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、及び主治医の意見書と同様に、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、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。

⑲ 年 月 日 氏名

【利用者基本情報の記入の仕方】

利用者基本情報（表面）〈基本情報〉

①「計画作成者氏名」欄

利用者基本情報を作成した担当者の氏名を記載する。

〈基本情報〉

②「相談日」欄

初回の相談日で、この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、再来の相談かを○で囲み、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③「本人の状況」欄

本人の現在の所見について記載する。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」欄

利用者氏名および性別を記載する。

介護保険被保険者証と一致していることを確認して、利用者の生年月日と年齢を確認する。

⑤「住所」「電話番号」欄

利用者の「住所」を記載する。現在居住している居住地と住民票の住所地が異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

電話番号は利用者自宅のものを記載する。

⑥「日常生活自立度」欄

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、要介護認定で用いられた主治医意見書の3（1）「日常生活の自立度等について」を参考に、介護予防ケアプラン作成者が現在の状態に該当するものに○印をつける。

⑦「認定情報」欄

利用者の認定の区分について、「非該当」「事業該当者」「要支援1」「要支援2」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

⑧「障害等認定」欄

利用者の認定区分について○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。

⑨「本人の居住環境」欄

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

⑩「経済状況」欄

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。

⑪「来所者（相談者）」欄

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑫「住所連絡先」「続柄」欄

来所者または相談者の住所や連絡先、本人との続柄を記載する。

⑬「緊急連絡先」欄

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

高齢者世帯では介護者の体調不良などにより、緊急連絡がとれない事態が想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。

利用者の急変時、緊急に連絡を取る必要がある場合は、自宅の他に携帯電話や家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑭「家族構成」欄

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（〇〇県、△△市など）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。

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。

利用者基本情報（裏面） 〈介護予防に関する事項〉

ここでは、ケアプランを作成する際に参考とすることを念頭に、必要な情報を記載する。

⑮「今までの生活」欄

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、住居環境等）

⑯「現在の生活」（どんな暮らしを送っているか）欄

『一日の生活・すごし方』

起床から就寝までの一日の流れや日課にしていること（散歩・園芸）等、一日の過ごし方を記載する。

例えば、一日テレビを見て横になっていることが多い、などは上段に記入し、食事や入浴、家事などの毎日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載する。

『趣味・楽しみ・特技』

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいたものも聞き取り、記載する。

『友人・地域との関係』

友人や地域との交流頻度や方法、内容を聞く。

⑰〈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、利用者の主な病名と治療・服薬の状況について新しいものから記載する。

服薬等の治療を受けている場合は「治療中」に○印をつけ、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○印をつける。

また、主治医意見書を記載した医療機関または医師に☆印をつける。

⑱〈現在利用しているサービス〉

利用者が現在利用しているサービスについて、サービス内容と利用頻度について記載する。介護保険等の公的なサービスと、地域・民間の団体やボランティア、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。

⑲「個人情報の第三者提供に関する同意書」

指定介護予防支援事業所が、介護予防支援の契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、利用者基本情報に同意を得る必要はない。

第4節 介護予防支援・サービス計画原案作成

ケアマネジメントA・ケアマネジメントB・介護予防支援で実施

アセスメントにおいて明らかにした課題や支援ニーズに対して、利用者が主体的に取り組むことができる目標を設定し、具体的な支援計画を立てます。

【使用・記入する様式】

- ・介護予防サービス・支援計画表
- ・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録

1 目標の設定

(1) 「目標とする生活」の設定

利用者が「どう暮らしたいか」「何をしたいか」などの価値観・希望を中心に捉え、生活全体のイメージを共有したうえで、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、明確な方向性を設定します。

(2) 「1年後の目標（長期目標）」の設定

「目標とする生活」に向けて、1年後にどうなっていきたいかを利用者として設定します。その際、まずは、アセスメントを通じて、現在の生活状況や課題を明確にする必要があります。その上で、生活の質を高めるために、利用者の希望や価値観を尊重しつつ、生活機能の維持・向上を意識し、現実的かつ意欲を引き出す内容を設定します。

(3) 「1日の目標（短期・行動目標）」の設定

1日の目標は、長期目標（目的）に対する「手段」となります。利用者が日々の生活の中で達成感が得られるよう、具体的で行動に落とし込める内容（「何を」、「いつ」、「どのように」行うか）や、利用者の生活習慣やペースに合わせた内容で達成可能な範囲となるよう設定します。

2 利用するサービス内容の選択

(1) 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します。

(2) ケアプランの実施期間についても利用者によく相談しながら設定し、ケアプラン全体を作成します。

(3) 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、実施期間等を検討し、介護予防サービス・支援計画書原案（ケアマネジメント結果案）全体を作成します。

3 ケアプランの期間について

(1) 介護予防ケアマネジメント、介護予防支援のプランの期間は、原則 6 か月以内です。

(2) 2 回目以降の予防プランで、高齢者の状態が安定し、悪化の可能性が低い（以下に判断の条件を記載）場合は、あんしんケアセンターと合意をした上で、期間を最長 1 年とすることが可能です。

期間を 1 年とする条件（目安）

- ・ 認定の有効期間が 1 年以上
- ・ 本人の身体状況に大きな変化がない
- ・ 利用しているサービスが大きく変わらない
- ・ 本人を取り巻く環境や家族の状況に変化がない（※平成 22 年度 千葉市集団指導）

4 サービスの選択について

サービスの選択において重要なのは、本人が目指す姿に向けて、自立支援の視点で調整していくことです。そのため、本人の住み慣れた地域にある「地域の助け合い」や「住民主体による支援」、「民間市場のサービス」を優先とし、必要な部分のみ公的サービスを選択し、自立を支援するという考え方がポイントです。

(1) 介護保険外サービス（インフォーマル資源）

（住民主体の通いの場や助け合い、民間サービスなど）

(2) 介護保険サービス

①フレイル改善事業（サービス活動 C）

②地域の支え合い活動（サービス活動 B）

③非専門職が担い手となる事業者によるサービス（サービス活動 A）

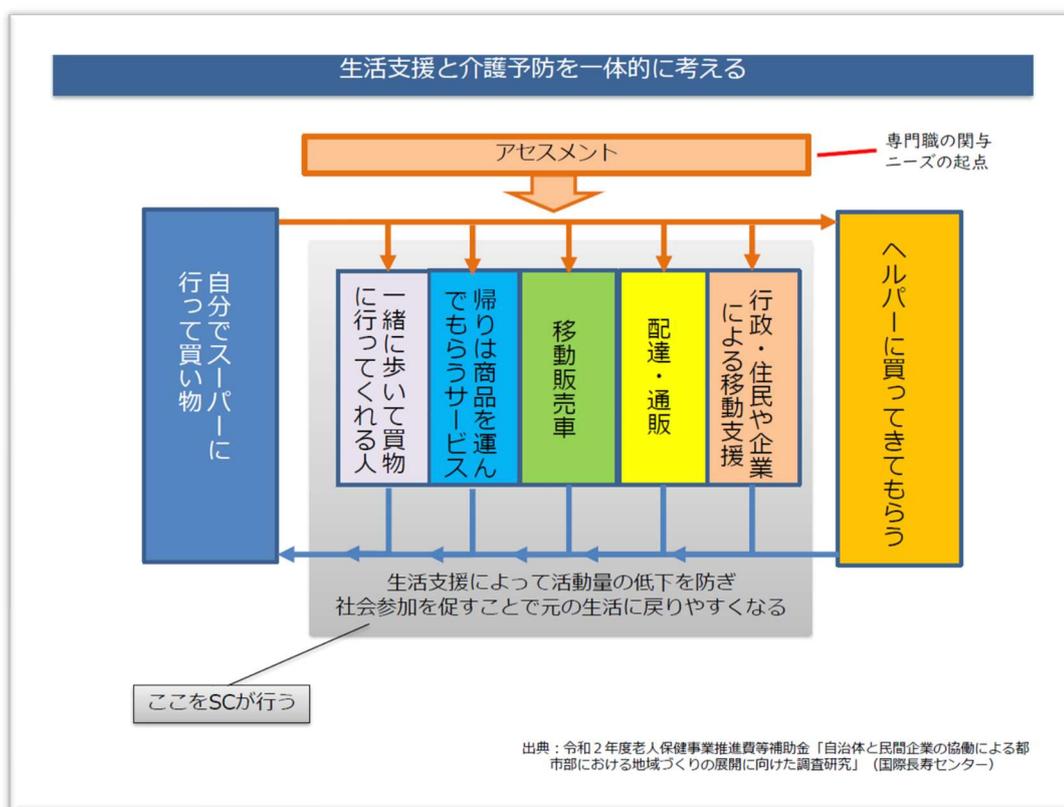
④予防給付

(1) 介護保険外サービス（インフォーマル資源）

日常生活の中でいかに活動量を維持・増加できるかが介護予防につながります。そのためには、住民主体、NPO 法人、民間企業等の多様な主体も含めた地域の資源を本人

自身が選択できるように支援します。

その際には、通いの場への参加や支え合い活動を利用するだけでなく、本人自身も役割を持ちながら、社会とつながり続けることが重要です。



＜千葉市生活支援コーディネーター＞

生活支援コーディネーターは、あんしんケアセンター等に配置されており、地域で高齢者が安心して暮らせるよう、情報把握、地域資源開発、ネットワーク構築、高齢者ニーズと資源をマッチングする役割を担っています。

生活支援コーディネーターが把握しているインフォーマル資源（通いの場・交流の場、生活支援サービス）は「千葉市の生活支援サイト」で公開しています。

【参考：「千葉市の生活支援サイト」】

生活支援コーディネーターが把握したインフォーマル資源を掲載しています。ケアプラン作成の際にご活用ください。

また、詳細な情報については、生活支援コーディネーターにお問い合わせください。

千葉市の生活支援サイト

～暮らしの困った・あったらいいなに応えます～

「千葉市の生活支援サイト」は、高齢者の在宅生活を支えるための通いの場や交流の場、ボランティア、NPO、民間企業などが行う生活支援・介護予防サービスなどの情報（介護保険外サービス/暮らしに役立つ情報）を集約・掲載しているサイトです。

掲載内容の一例



通いの場



家事援助



外出支援



見守り・
安否確認



日用品・食材・
弁当の宅配サービス



高齢者の身近な
相談機関



★ キーワードや住所、分類、地区、開催曜日などを組み合わせて検索可能です。

千葉市 生活支援

「千葉市の生活支援サイト」

<https://chiiki-kaigo.casio.jp/chiba>



トップページから検索



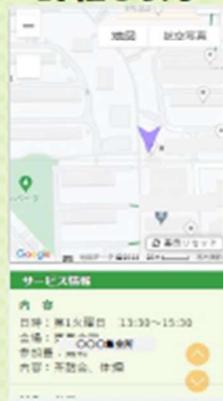
条件を選ぶ



リストを表示



詳細を表示



生活支援コーディネーターが、地域で集めた情報を掲載しています。
「自分に合った情報を知りたい」という方は、お近くのあんしんケアセンターにいる生活支援コーディネーターまでお気軽にお問い合わせください。



問い合わせ先

検索方法詳細については、裏面をご覧ください。➡

千葉市の生活支援サイト

◆ お知らせ

▶ 2023/10/03 

千葉市の生活支援サイトへようこそ！【ご利用前に必ずお読みください】

📁 カテゴリーから検索

交流の場
通いの場

NEW

一覧表示 詳細区分表示

811件

検索① カテゴリーから検索

検索したいカテゴリーをタップしてください

- ・交流の場・通いの場
- ・家事援助
- ・外出支援
- ・日用品・食材・弁当の宅配サービス
・・・など

🔑 キーワードから検索

キーワードを入力してください

検索② キーワードから検索

検索したい語句を入力し、「検索」ボタンをタップしてください

📍 地区から検索

井天園域（院内、春日、要町、汐見丘町、〇）

検索③ 地区から検索

検索したい地区をリストから選択し、「検索」ボタンをタップしてください

📍 住所から検索

- 住所を入力して検索

検索④ 住所から検索

住所入力又は現在位置から、お近くの情報を検索できます。

検索⑤ より詳しく検索

「詳細検索」ボタンをタップし、お好みの条件を組み合わせ詳細な検索ができます。

検索方法について



読取り



(2) 介護保険サービス

訪問サービス

総合事業では、専門職が中重度者の身体介護等に重点化を進めていくことを目指していきます。その為、基本的には身体介護が必要なサービスを従前相当サービス、生活援助のみのサービスはサービス・活動Aとなります。

- 身体介護が必要なサービスの場合 → 従前相当サービス
- 生活援助のみのサービスの場合 → サービス・活動A、サービス・活動B
- フレイル改善を図るサービスの場合 → サービス・活動C
- 民間企業のサービス利用を検討・提案する。
(例) 買い物代行サービス → スーパー等による宅配サービス等

(3) 通所サービス

「通いの場」は、総合事業の主要な目的である「介護予防」に高い効果を示すことが知られています。

総合事業では趣味の会や体操教室など、地域の中の多様な「通いの場」をつくることを進めていきます。

通いの場も取り組みが長期的に継続すれば、定期的に住民同士が顔を合わせる生活の場としても強く意識されるようになります。

こうした顔を合わせる場所が、お互いの困りごとを知る場所となり、やがて互助や助け合いの土壌となることが期待されます。

- 専門職による機能訓練等が必要な場合 → 通所介護相当サービス
- 主に他者との交流や、介護予防の体操等の介護予防が目的の場合
→住民主体による支援
緩和した基準によるサービス

(4) 福祉用具貸与【ご注意ください！】

要支援1・2の方が借りられる用具は①手すり（工事をともなわないもの）②スロープ（工事をともなわないもの）③歩行器④歩行補助です。

この中でスロープ、歩行器、歩行補助つえについては購入対象となるものもあるため、貸与前に利用者へ説明の上、貸与か購入かの意向を確認してください。

要支援1・2の方については原則として、福祉用具（車いす、特殊寝台、移動用リフト等）は介護保険の対象にはなりません。上記福祉用具の利用を希望する場合は、必要な手続きがありますので、利用する前に必ず手続きを行ってください。

手続きを行わず、福祉用具を利用していた場合、貸与に係る公費負担額の返還になる場合があります。

<必要な手続き>

- 「基本調査の結果」の確認
- 主治医意見の聴取
- 区への依頼書の提出（「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）」）
- 区から送付された決定通知書の共有

【共有すべき関係者】

- ①あんしんケアセンター〔委託している場合は委託先も含む〕、②福祉用具貸与事業所

※上記は目安になります。

利用者の状態によって異なりますので、「第3節 アセスメント（課題分析）」または市ホームページでご確認ください。

5 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<p>セルフケア 清掃・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする</p>
<p>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</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます</p>
<p>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</p>	<p>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：誰かの手助けをする、相談者になる</p>
<p>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</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p>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</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p>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</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p>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</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p>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</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

（介護予防マニュアル改訂委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」）

6 介護予防サービス・支援計画書の記入の仕方

※介護予防ケアマネジメントB及びCの場合、省略可能な部分があります(P35,36 参照)

①「利用者氏名」欄

利用者の氏名を記載する。

②「初回・紹介・継続」欄

初回・・・初めて総合事業サービス及び予防給付を受ける人は「初回」に○印をつける。

紹介・・・当初、総合事業サービスを受けていたが、予防給付サービスを受けるように紹介された場合。

またその逆で、当初、予防給付サービスを受けていたが、総合事業サービスを受けるように紹介された場合は「紹介」に○印をつける。

継続・・・総合事業サービスを受けており、今後も総合事業サービスを受ける場合。

または予防給付サービスを受けており、今後も予防給付サービスを受ける予定の場合は「継続」に○印をつける。

・当該利用者が、初めて介護予防・生活支援サービス及び予防給付を受ける場合「初回」に○印をつける。

・介護予防・生活支援サービスを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、または、予防給付を受けていたが、介護予防・生活支援サービスを受けるよう「紹介」された場合は「紹介」に○をつける。

・介護予防・生活支援サービスまたは予防給付サービスを受けている方が、今後も同様のサービスを受ける予定の場合は「継続」に○をつける。

③「認定・申請中」欄

該当するものに○印をつける。

④「要支援1・要支援2 事業対象者」欄

該当する認定区分に○印をつける。

⑤「計画作成担当者」欄

介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。

⑥「委託の場合：計画作成事業者・事業所名および所在地（連絡先）」欄

委託の場合は、事業者名と所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑦「計画作成（変更）日（初回作成日）」欄

計画を作成した日を記載する。また、2回目以降の計画作成の場合、内に初回作成日を併せて記載する。

計画を作成した日とは、介護予防サービス・支援計画の原案を作成した日です。

ただし、サービス担当者会議等で、原案が変更となった場合は、再作成を行った日を記載する。

⑧「担当地域包括支援センター」欄

利用者を担当するあんしんケアセンターを記載する。

⑨「認定年月日」欄

認定の結果を受けた日を記載する。

⑩「認定の有効期間」欄

認定の有効期間を記載する。

⑪「アセスメント領域と現在の状況」欄

・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をしているか」等について、その領域全般について聴取する。

アセスメントは利用者が回答した基本チェックリストの状況、事前に入手した認定調査情報や主治医意見書等の情報も加味して行う。

視点が偏らないように、アセスメントシートを利用するののも一つの方法です。

・聴取するにあたっては、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。

・利用者や家族からの情報だけでなく、介護予防ケアプラン作成者が観察した状況についても記載する。

・初回面接では、完璧に情報収集しようとして、強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないよう留意する。

・複数の領域で重複する内容については一領域に記載すればよい。

アセスメントの領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にし、できること・できないこと等を具体的に記載する。

運動・移動について

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、様々な交通手段を用いることによる移動を行えているかどうか。

（確認する項目例）

- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車いす）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての情報
- 自ら行きたい場所に移動するための手段がとれるかどうか、確認する。

（記載例）

転倒後は一人で外出することはなくなり、外出するときは家族に車で連れて行ってもらっている。室内は手すりをつたって歩行している。

- ・ 自宅や屋外をスムーズに歩行すること。
- ・ 交通機関を使って移動することについての状況

日常生活（家庭生活）について

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。

（確認する項目例）

- 日常必要な品物を自分で選んで買うことについての状況
- 献立を考え、調理することについての状況
- 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況
- 預貯金の出し入れを行うことについての状況

（記載例）

膝が痛くなるまでは、近くの商店街まで買い物に出かけ、家族の食事を作っていた。現在は家事全般を家族に行ってもらっている。昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

- ・ 訪問介護（生活援助利用の場合）家族構成を入れる。
- ・ 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況
- ・ 献立を考え、調理することについての状況
- ・ 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況
- ・ 預貯金の出し入れを行うことについての状況

社会参加、対人関係、コミュニケーションについて

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、家庭内・近隣における役割の有無、内容や程度はどうか。

（確認する項目例）

- 家族や友人を心配したり、相談に應じるなど、関係を作り、保つことについての状況
- 友人を招いたり、友人の家を訪問することについての状況
- 家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
- 仕事や地域、家庭内での役割を持ち、行うことについての状況
- 趣味や楽しみがあり、続けることについての状況

（記載例）

電話では友人とやりとりをしている。

商店街の顔なじみの人たちとの交流がなくなった。

- ・ 家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況
- ・ 友人を招いたり友人宅を訪問する状況
- ・ 家族・友人などとの会話や電話での交流
- ・ 地域での役割があるか（老人クラブや町内会）
- ・ 趣味や楽しみがあり続けられているか
- ・ 緊急時の対応状況

健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。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、この領域についてアセスメントする。特に高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排せつの状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

（確認する項目例）

- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況
- 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況
- 健康のために食事に気を付けることについての状況
- 健診を受けることについての状況
- 薬を飲み忘れず、管理することについての状況

(記載例)

家族に付き添ってもらって整形外科に月2回受診している。

身の回りのことは自分でできている。

入浴は家族のいる時間に自分でできている。

- ・入浴やシャワーの状況
- ・肌、顔、歯、爪などの手入れ
- ・健康のために食事に気を付けている状況
- ・健康のために運動を行うことについての状況
- ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

⑫「基本チェックリスト結果記載」欄

利用者自身に25項目の基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容なども踏まえて、アセスメント領域と現在状況等に反映する。

該当項目から、介護予防プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3/5」のように枠内に記入する。

- ・基本チェックリストの結果を参考に転記する。
- ・判定基準を参考にしながらアセスメントする。
- ・介護予防・生活支援サービスのみ必要な事業プログラム枠内の数字に○印

⑬「健康状態について」欄

「主治医意見書」や主治医連絡等により得られた情報を参考に、健康状態について、介護予防サービス・支援計画を立てる上で留意すべき事項を記載する。

具体的には、「狭心症の既往があり、胸痛時薬を服用することになっている」「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」などを記載する。

単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するものではない。ここに示された内容を踏まえ、アセスメントをすすめていく。

- ・主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。
- ・副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。
- ・例外給付で主治医の意見書を位置づける場合この欄に所見及び医師の名を記載する。

⑭「本人・家族の意欲・意向」欄

各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識とそれに対する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」「手伝ってもらえたら〇〇したい」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に対し、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが、介護予防マネジメントでは大切です。これは具体策を検討する際に参考情報となる。

（記載例）

本人：（主治医の）先生に「転ばないように気を付けるように」と言われている。

一度庭で転んでから外に一人で出るのが怖い。今より悪くならないように気をつけたい。

嫁：外出しなくなってから、元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人とも交流できたら元気になるのではないかな。

- ・各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇をやりたくない」と記載し、利用者・家族どちらの認識か明確にし、その理由について確認する。
- ・利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。
- ・家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。
- ・否定的ないし、消極的な意向で会った場合は、その意向に対し直ちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。

⑮「領域における課題（背景・原因）」欄

「アセスメント領域と現在の状況」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、「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、主治医意見書の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物理的環境・人的環境・経済状態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。

課題については直接的な背景・原因だけではなく、間接的な背景・原因を分析することが必要であり、さらに現在課題となっていること、あるいはその状態でいると将来どのようなことが起こるかなど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、「口有」に印をつける。

利用者が課題を理解し、主体的な取り組みができるように、利用者にわかりやすい表現を使うことが望ましい。

(記載例)

膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り、足の筋力が低下している。

この状態が続けばさらに筋力が低下し、転倒する可能性が高くなる。

- ・各アセスメント領域において生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。
- ・課題がある場合「口有」にチェックし、分析した内容を記載する。
- ・分析する場合は、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・経済状況等の視点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。
- ・ここまでは、領域ごとに記録する。

⑩「総合的課題」欄

全項目で分析した各領域における課題から、利用者の生活全体の課題を探するため、各領域の課題に共通する背景等を見つけ出す。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、統合して記述する。ここには、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。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の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から番号をつけておく。

ただし、意欲の低い利用者で、簡単な課題を持って進む方が介護予防の効果が出ると判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題（坂の上に住宅があり買い物が困難、疾病・障害によりできないことが明確である等）が上がった場合には、半年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援につなげていく。

(記載例)

膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減っている。このままの状態が続くと、さらに足の筋力が低下し、転倒する可能性が高くなる。また、家に閉じこもりがちとなり、友人との交流の機会がなくなっているため、精神的に落ち込み、うつ病などを発症するリスクも高い状態です。

- ・利用者の生活課題を探するため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。
- ・利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する

複数の領域それぞれに義務があったとしても、その課題の意義などが同一の場合、統合して目標や具体策を立てた方が、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる

- ・意向や目標・具体策は書かない
- ・課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1. 2. と番号をふる

⑰「課題に対する目標と具体策の提案」欄

「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す。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。具体的な支援や介護保険サービスだけでなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、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「具体策での意向 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支援内容につながっていく。

介護予防ケアプラン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。

(記載例)

目標：週一回家族が休日のときには、一緒に近所の商店街に歩いて買い物に行く。

具体策：膝の痛みについて主治医と相談する。

自宅でもできる運動を毎日10分間行う。

座ってできる調理（野菜の下準備）を行う。

- ・「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、専門家として示す提案である。
- ・このため、目標は意欲としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。
- ・また、具体策についても、介護予防・生活支援サービスや、予防給付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、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
- ・具体的には「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。

例)

[目標] (3か月後には) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる

[具体策]

1. ▼▼を利用して△△を行う
2. 各々が■■を行う
3. . . .

⑱ 「具体策についての意向・家族」欄

介護予防ケアプラン作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者家族の意向を確認して記載する。ここで、提案した内容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うえでの足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇することは必要だと思う」「〇〇を行いたい」等を記載する。

合意が得られなかった場合は、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。例えば、取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなどであるが、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。

- ・左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。
- ・具体策について真に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合にはその理由等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由等が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる
- ・ここでの情報は最終的な目標設定を合意するうえでの足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。

⑲ 「目標とする生活」欄

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、利用者が介護予防に主体的に取り組む動機付けとなる。この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の中には、利用者の基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の、利用者が得意だと思っている、楽しいと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう支援することも必要です。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の中には、必要に応じて、専門的な観点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示する。

利用者の意欲を引き出すような働きかけや、目指していく生活のイメージを介護予防ケアプランの作成者と共有することが必要です。

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とともに考える。決して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。

この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、ある程度話が進んだところで聞く。または、一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、介護予防ケアプラン作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で

聞くものです。大切なことは、利用者が今後どのような生活を送りたいかということをも具体的にイメージでき、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とです。

一日

ここでは、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うる。また、利用者が達成感・自己効力感を得られるような内容が望まれる。

(記載例)

毎朝玄関まで新聞を取りに行く。

・具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日～1年どちらかの目標設定だけでも可能。

一年

利用者と共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。

介護予防プラン作成者は、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。

(記載例)

孫の結婚式に出席する。

近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。

・生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。

⑳ 「目標」欄

利用者や家族の意向を踏まえ、介護予防プラン作成者と利用者・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、「目標」をそのまま転記する。

後に行う評価では、この目標について達成／未達成を確認するため、客観的に達成状況が判断できるように具体的に記載する。

「目標とする生活」にできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスです。

介護予防ケアプラン作成者の提案が押し付けにならないよう留意し、達成可能な目標から立てるなどの工夫も必要です。

(記載例)

週一回家族が休日の時には、一緒に商店街に歩いて買い物に行く。

- ・前項目で利用者や家族とともに考え、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た場合にはそのまま転記する。
- ・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい

②「目標についての支援のポイント」欄

目標を達成する支援のポイントとして、家族を含む支援者共通の安全管理上のポイントを記載する。

(記載例)

膝の痛みもあり、つまずきやすいため転倒がないように注意して見守る。

転倒への不安が大きいので、自信をつけるよう足の運動を続け、徐々に活動の範囲を広げていけるように声かけを行う。

- ・支援者側が支援家族における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。

②「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）」

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。言うまでもないが、本人の意思を尊重するからといって、単にやりたくないという理由や、希望しているという理由だけでサービスを決定することは、適切な介護予防ケアマネジメントとは言えない。

- ・本人自ら取り組むこと、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などを具体的に記載する。
- ・本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当該の支援」を□書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。

例)

- ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。
- ・近所の友人と連れだって、買い物に一緒に出かける。

③「介護予防サービスまたは地域支援事業」欄

該当するサービス（「介護保険サービス」または「地域支援事業」）に○印をつけ、利用するサービスの内容を具体的に記載する。

- ・介護予防・生活支援サービス、予防給付の具体的なサービス内容を記載する（訪問介護等サービス実績の記載ではない。）

⑱「具体策についての意向・家族」欄で合意が得られ、目標を達成するために最適と思われる内容については⑳「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」と㉑「介護保険サービス」それぞれ該当する項目欄に記載する。

記載例

本人のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
(本人) 家でできる体操を行う。 料理の準備を手伝う。 (家族) 本人が外出するとき(通院や買い物)は同行する。 料理を一緒に行う。	足の筋力をつけるためのプログラムを提供する。 また、自宅でする運動を教えてもらう。	介護予防通所リハビリテーション	Tセンター -	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日

㉑「サービス種別」欄

- ・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する
- ・運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。

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」㉓「介護保険サービスまたは地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。その際、支給区分、通所系サービスの加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制にかかる加算については記載する必要はない。

(記載例)

介護予防通所リハビリテーション、カフェ、サロン、習字教室など

㉕「事業所等」欄

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

- ・当該サービス提供を行う、事業所名を記載する
- ・家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。

⑳ 「期間」欄

「支援内容」に掲げた支援などをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」など）。なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」は超えないように考慮する。

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。

- ・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する
- ・「〇月〇日～〇月〇日」と記載する
- ・「期限」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する
- ・回数、実施曜日など提案があればそれも記載する

→サービス担当者会議でサービス事業者と協議し最終的に記載するかどうか合意する。

㉑ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」欄

記載された㉑「目標とする生活」や㉑「目標」について、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、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。

- ・利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の路線や留意点を記載する。

㉒ 「【本来行うことが妥当な支援が実施できない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」欄
本来の支援が実施できない場合で、

- i) 利用者や家族の同意が取れない場合は、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。
- ii) 本来必要な社会資源が地域にない場合には、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。

（記載例）

- ・カフェやサロンなど、近所の人たちと集まるところが近くにないため、外出の機会が持てない。地域の役員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。

- ・人との交流があまり好きではないのでデイケアには行きたくない、との本人の意向がある。まずはご本人に生活の中で運動をしてもらうが、機能低下がみられる場合には通所系サービスを取り入れてみる。

- ・専門職として提案した具体策について、合意できなかつたり、地域に適当なサービスがないために、本来行うべき支援が実施できない場合に記載する。

- ・本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。

・地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は地域における新たな活動の発想などの必要性を記載する。

②⑨「地域包括支援センターの意見」欄

本欄は、居宅介護支援事業者に委託している場合にあんしんケアセンターが記入する。

あんしんケアセンターは、介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体であるため、指定居宅介護支援事業所に一部委託をした場合は介護予防ケアプラン等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

委託された指定居宅介護支援事業者は、介護予防サービス・支援計画書原案を作成し、あんしんケアセンターに介護予防サービス・支援計画書原案について確認を受ける必要がある。

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・支援計画書原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

あんしんケアセンターの担当者は、確認を行った際、本欄にその氏名またはセンター印と確認日を記載する（あんしんケア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の確認を行っても差し支えない）。

- ・「意見」欄は、必要な場合のみ記載する。内容は主に、あんしんケアセンターから利用者に対しての助言等を記載する。

（記載例）

「あんしんケアセンター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください。」

- ・特になければ無理に記入する必要はないが、内容を確認したことが分かるよう、確認日とセンター名は記載すること。

③⑩「計画に関する同意」欄

介護予防ケアプラン原案の内容を利用者・家族に説明を行ったうえで、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。

- ・専門用語は使わない。抽象的な言葉は使わない。～できる。～できるようになる。

第5節 サービス担当者会議

介護予防ケアマネジメントA・介護予防支援で実施
(必要に応じて、介護予防ケアマネジメントBでも実施)

サービス担当者会議は、原則として介護予防サービス計画の作成・変更時に開催します。
サービス担当者会議の目的は以下の通りです。

- ①利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解すること。
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービス等について情報を共有し、その役割を理解すること。
- ③利用者の課題、生活機能向上の目的、支援の方針、支援計画等を協議すること。
- ④介護予防サービス計画におけるサービス提供事業所等の役割

【記入する様式】

- ・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録
- ・(サービス担当者会議の要点)

1 会議の開催時期

- (1) 介護予防プラン作成時
- (2) 介護予防プラン変更時

※利用者の状態に変化があり、介護予防サービス計画の内容に変更が必要な場合に開催します。

(ポイント)

いわゆる「軽微な変更」に該当する場合は、一堂に会する開催の省略が可能です。

※軽微な変更の内容について

⇒令和6年度千葉市集団指導資料

介護保険最新情報 vol. 1213 令和6年3月15日参照

(3) 臨時的開催

モニタリングの中で提供されているサービスが計画どおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、事業所から会議開催の要請等があった場合、臨時的に開催し、効果的な支援の方法や対策などを協議します。

(著しい状態の変化等)

(4) 要支援者が介護予防福祉用具貸与を利用する際には、「必要に応じて随時」サービス担当者会議を開催する義務があります。

(※市条例第32条第24号)

2 会議の内容

介護予防サービス・支援計画作成時の会議では、主に以下の内容を協議します。

- (1) 利用者の生活状況と介護予防サービス計画の内容
- (2) サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- (3) 各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

介護予防プラン変更時や臨時的開催時は、会議開催の目的を明確化し、サービスや提供内容の変更を確認するだけでなく、変更が必要となった利用者の状態についても情報共有することが重要です。

3 会議の開催方法

(1) 会議の構成員

利用者・家族・介護予防サービス計画作成者・サービス担当者・主治医・関係機関の職員・地域住民・インフォーマルサービス 等

介護予防サービス・支援計画作成者が、議題の内容に従い、効果的な検討ができるよう参加者を選定します。

(2) 開催までの準備

- ①介護予防サービス・支援計画作成者は、サービス担当者会議の開催の目的を利用者と事業担当者に等に伝え、開催についての了解を得ます。
- ②会議の場については、利用者の生活状況や生活環境を把握するためには利用者の自宅が望ましいですが、主治医や関係機関等と連携する上で、必要に応じて利用中のサービス事業所、主治医の診療所等、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

(ポイント)

○やむを得ず参加できない担当者には、事前にサービス担当者に対する照会等により、専門的見地より意見をいただき、会議にて共有します。

(3) 会議の進め方

- ①介護予防サービス・支援計画作成者が主催者となり、前述の目的を達成するために、作成者が提出した介護予防サービス・支援計画の原案を最終決定します。
- ②介護予防ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら改善策を検討します。
 - ・会議においては参加者が自由に意見を述べられるように配慮します。(会議を効率的に進めるために介護予防サービス・支援計画作成者が事前に議題を示し、参加者が予め意見をまとめてくる等の工夫をします。)

(4) 会議の記録

サービス担当者会議の記録は、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録に記載します。なお、として「サービス担当者会議の要点」への記載も可能です。

(ポイント)

○サービス担当者会議の要点を交付する義務はありません。参加したサービス事業所が記録を取ることが基本になります。事業者との連携の手段としてケアマネジャーが判断した場合には、交付してください。

○照会を行った場合や、会議を欠席した担当者がいた場合には、担当者会議の内容をきちんと伝え、情報の共有を図るために要点を交付することも検討して下さい。

※記載内容

- ①出席者（所属・職種・氏名） ②開催した目的 ③検討した項目・内容
- ④今後の方針 ⑤残された課題

(5) その他

①主治医の意見の確認

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。

目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解した上でサービス計画を作成することが大切です。意見の確認は、主治医意見書を有効に活用する、受診時や休診時間に主治医の医療機関内で行う、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催する等の工夫が必要です。

②守秘義務の遵守

サービス担当者会議の出席者は、守秘義務を遵守しなければなりません。個人情報保護の観点から、会議で配布した資料等は回収するようにします。

特にインフォーマルサービスの担い手等、地域住民が会議に出席する場合は、その出席の是非について利用者の確認をとるとともに、参加者に守秘義務があることを十分に説明する必要があります。

第6節 モニタリング

介護予防ケアマネジメントA・介護予防ケアマネジメントB・介護予防支援で実施

利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防サービス・支援計画どおり実行できているかを把握します。

【使用・記入する様式】

・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援経過記録

1 モニタリングの定義（意味）

モニタリングとは、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを意味します。

すなわちモニタリングとは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防サービス計画どおりにサービス等が提供できているかを把握するための行為です。

2 モニタリングの実施

モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わねばなりません（すべて満たさねばなりません）。

1. 少なくとも3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに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、利用者に面接すること。（注）
2. 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、通所リハビリテーション事業所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、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
3. 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

（注）令和6年度の法改正により、以下にあげる5点に留意した上で、テレビ電話装置等を活用した面接を訪問による面接に切り換えられるようになった。

- ・サービス利用開始の翌月から起算して3月ごとの期間の内、2期間に1回は居宅の訪問による面接を実施
- ・テレビ電話装置等の活用による面接におけるメリット、デメリットを説明の上、文書にて利用者からの同意を得ること
- ・利用者の心身状態が安定していることを、主治医等から聴取し、サービス担当者会議等で確認すること
- ・テレビ電話等装置を活用して面接を行うにあたり、利用者が訪問での面接と同程度の対応が行えること
- ・テレビ電話装置等を活用して面接を行う際に、画面越しには確認が困難な情報（健康状態や住環境）について、サービス提供事業者等からの情報提供による補完を行うこと

なお、主治医やサービス提供事業者からの聴取や、利用者からの同意等については、支援経過にきちんと記録に残しておくこと。

3 モニタリングの位置づけ

モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、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または目標達成が困難な場合は、計画を組み直すこととなりますが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれます。

(1) モニタリングの視点

- ア 利用者の生活状況に変化がないか。
- イ 介護予防サービス計画どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているかどうか。
- ウ 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- エ 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どうか。
- オ その他、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。

(2) 実施方法

モニタリングは、サービス事業者からの報告・連絡、あるいは事業所への訪問、利用者からの意見聴取・訪問などの手法を通じて定期的実施します。

サービス事業者や利用者との日常的な連絡調整等を通じた信頼関係に基づいた、幅広く情報を収集できる援助関係の構築が大切です。

また、これらの実施状況については、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に随時内容を記載します。

(コラム) 利用者の権利を擁護するために

○ケアマネジメントCの該当者については、モニタリングは実施しませんが、利用者の状況変化があった際に、利用者本人やサービス実施者側からあんしんケアセンターへ情報が入る体制を作っておきます。

状況悪化を見逃さない仕組みづくり

- ・サービス提供者とあんしんケアセンターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて連絡・報告する仕組みを作る。
- ・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。
- ・出席簿を確認の上、毎月報告を求める。等

第7節 評価

介護予防ケアマネジメントA・ケアマネジメントB・介護予防支援で実施

モニタリングで収集した情報等をもとに、定めた目標をどの程度達成しているか、支援が適切であったかどうかを評価します。その際、利用者本人や家族がその目標達成状況をどのように捉えているかについても把握します。

【記入する様式】

- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
- ・介護予防サービス・支援計画評価表

1 評価のポイント

目標の達成状況についての評価では、ケアプランで定めた期間の終了時に実施し、「介護予防サービス・支援計画評価表」を作成して行います。

サービス提供事業者からの報告を基に、利用者宅を訪問し、利用者の状態を評価し、介護予防サービス・支援計画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、必要に応じて今後のケアプランを見直します。

評価の際は、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の報告を受けます。

また、基本チェックリストを実施し、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化を把握します。

ケア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します。

＜ポイント＞

- ・サービス提供事業者より事後アセスメントの結果の報告を受ける。
- ・基本チェックリストを実施
- ・目標の達成状況を評価し、利用者と共有し、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。
- ・ケアマネジメントCによるセルフケアマネジメントへの移行を検討する。

2 評価の反映

評価結果を受け、その後の方針を決定します。

サービス利用等の判定は、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。

なお、利用者に対して、状態の改善・悪化に応じて、介護予防・生活支援サービス事業、予防給付、介護給付の制度間でのサービス移行があり得ることを予め説明しておくことが大切です。

維持	介護予防・生活支援サービス、予防給付サービスの利用を継続
悪化	区分変更申請（事業対象者→要支援1・2への変更申請） （要支援1 → 要支援2への変更申請） （要支援2 → 要介護1への変更申請）
改善	要支援2 → 要支援1へ変更申請
	ケアマネジメントCによるセルフケアマネジメントへの移行

3 評価の実施

(1) 評価の時期

- ア 介護予防サービス・支援計画に位置づけた「期間」の終了時
- イ 利用者の状態が変化し、ケアプランの見直しが必要になった時

(2) 記入方法

- ア 「目標（達成／未達成）」欄
達成、未達成と記載
 - イ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」欄
何故目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め評価を記載する。
 - ウ 「今後の方針」欄
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記載する。
 - エ 「総合的な方針」欄
目標に限らず、生活全体に対する今後の支援の方向性について、専門的な観点から記載する。
 - オ 「ケアプラン継続・変更・終了」欄（委託の場合もあんしんケアセンターが最終決定する。）
 - (ア) プラン継続
 - ①計画期間の途中で評価を行い、継続と判断した場合
 - ②「利用者の希望による軽微な変更」で取り扱う場合
 - (イ) プラン変更
計画期間終了時の評価の場合
 - (ウ) 終了
 - ①事業対象者・要支援1・2→要介護への認定区分の変更時
 - ②ケアマネジメントA・介護予防支援を終了し、ケアマネジメントCに移行する場合等
- 記入者は、あんしんケアセンター、居宅介護支援事業所いずれでも構いませんが、双方で意見交換を行い、方針の統一を図ってください。委託している場合にあたっては、ケアプランの最終責任はあんしんケアセンターにあるため、本欄の最終決定は、あんしんケアセンターが行います。

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 年 月 日

利用者名 _____ 殿 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針		地域包括支援センター意見	
		<input type="checkbox"/> フラン継続 <input type="checkbox"/> フラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

第8節 その他

1. 個人情報の保護と適切な取り扱い

(1) 個人情報の定義

「個人情報」とは、生存する「個人に関する情報」であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができるものを含む。）又は個人識別符号が含まれるものをいう。

（個人情報保護法 第2条）

(2) 個人情報の範囲

「個人に関する情報」は、氏名、住所、性別、生年月日、顔画像等個人を識別する情報に限られず、ある個人の身体、財産、職種、肩書等の属性に関して、事実、判断、評価を表す全ての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされている情報や、映像、音声による情報も含まれ、暗号化等によって秘匿化されているか否かを問わない。

なお、死者に関する情報が、同時に、遺族等の生存する個人に関する情報でもある場合には、当該生存する個人に関する情報となる。

（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス）

基本属性: 氏名、住所、電話番号、生年月日、家族構成、緊急連絡先。

各種番号等: 介護保険被保険者番号、マイナンバー、公費受給者番号、顔写真。

ケアマネジメント記録: アセスメント、介護予防サービス計画書、主治医意見書、サービス担当者会議の記録、経過記録、モニタリング結果。

要配慮個人情報: 病歴、心身の障害、健康診断結果等、不当な差別や偏見を生じさせるおそれがある情報。

断片的な情報: 外出先での手書きメモ、訪問地図への書き込み等であっても、他の保有情報と照合して本人を特定できるもの。

(3) 「容易照合性」の解釈（判断基準）

「容易に照合できる」か否かの判断は、情報を拾得した第三者ではなく、「当該情報を保有する事業者（事業所）」を基準とする。

例えば、氏名の記載がない「住所のみのメモ」であっても、事業所が保有する他の名簿や相談受付記録等と照合することで、職員が特定の個人を識別できる場合は、法律上の「個人情報」に該当する。

したがって、事業所外での紛失や漏洩時には、第三者による照会の可否にかかわらず、事業所としての情報漏洩事故に準じた対応が求められる。

(個人情報取扱事業者等に係るガイドライン・Q&A Q1-19)

(4) 安全管理措置の徹底

事業所は、取り扱う個人情報の漏洩、滅失又は毀損の防止その他の安全管理のため、以下の措置を講じなければならない。(個人情報保護法 第23条)

組織的管理: 責任者の配置、漏洩時等の報告連絡体制の整備。

人的管理: 従業員に対する定期的な研修、秘密保持に関する誓約書の徴収。

物理的管理: 個人情報を取り扱う区域の管理、書類等の施錠保管、不要なメモ等の裁断廃棄の徹底。

技術的管理: アクセス制限、パスワード設定、ウイルス対策。

(5) 留意事項

介護予防支援事業所(地域包括支援センター等)においては、一部委託先との情報授受や、サービス担当者会議における関係機関との情報共有が頻繁に行われる。これら全ての過程において、あらかじめ本人・家族から同意を得るとともに、適切な情報管理が求められる。