

総合事業における 介護予防ケアマネジメント



平成28年11月11日

サービス事業所説明会資料

目次

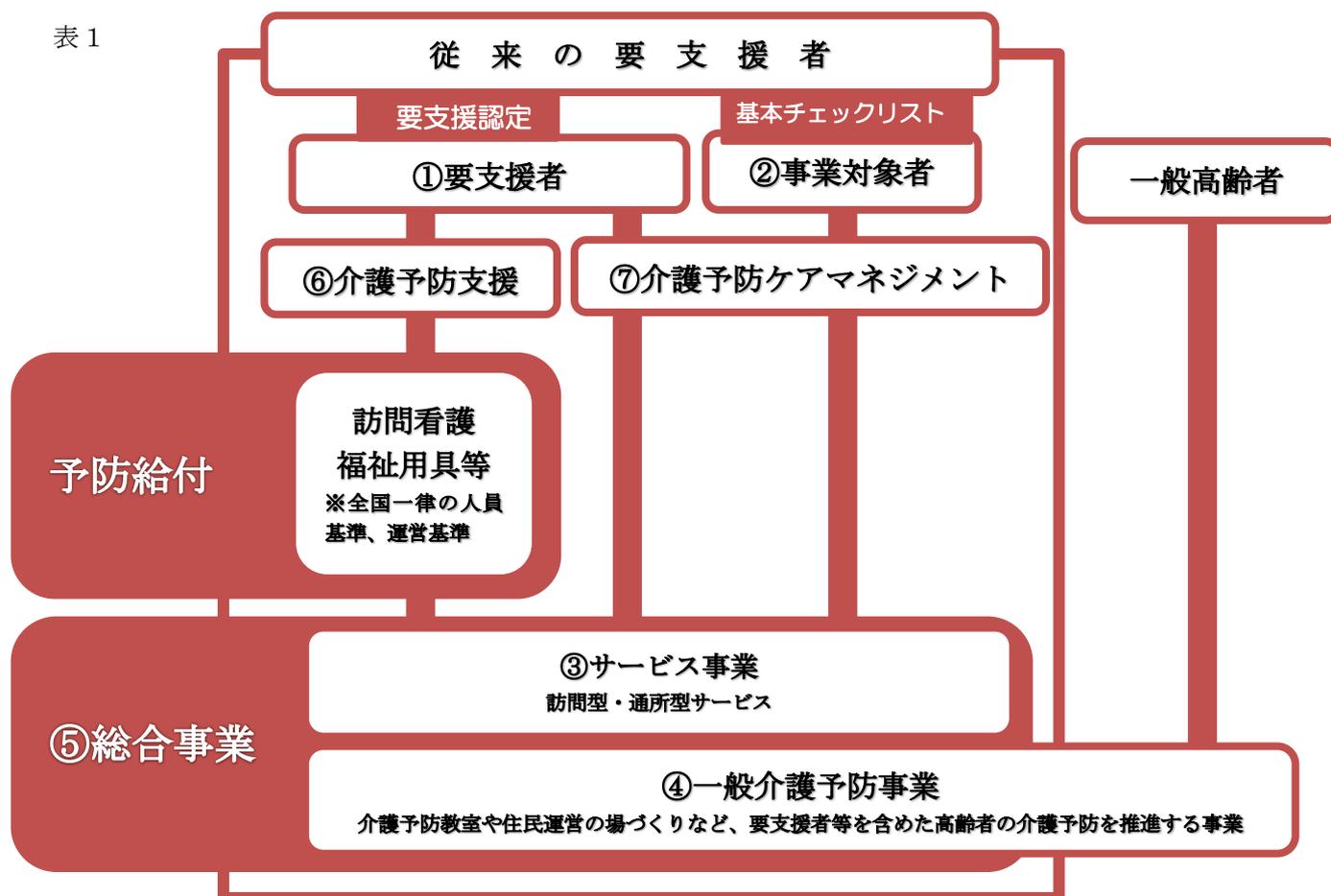
1. 用語の説明	1
2. 介護予防ケアマネジメントの事業内容	1
3. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	1
4. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	1
5. 介護予防ケアマネジメントの対象者	1
6. 介護予防ケアマネジメントの実施主体及び実施担当者	1
7. 介護予防ケアマネジメントAの流れ	1
8. 介護予防ケアマネジメントAの計画期間	1
9. 介護予防ケアマネジメントAの業務委託	1
10. 支給限度額管理	1
11. 給付管理業務	1
12. 介護予防支援費、介護予防ケアマネジメント費	1
13. 住所地特例者への介護予防ケアマネジメント	1
14. 利用者との契約	1
15. 介護予防ケアマネジメントAの様式	1
16. 暫定プランに基づいたサービス利用における留意点	1
17. その他	1

佐賀中部域連合では、平成29年4月1日から介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を実施します。本資料は、現時点での広域連合における総合事業の介護予防ケアマネジメントの概要を示すものです。マネジメントの実施に向けて具体的な事務処理等、現在、検討中の事項もあるため、今回示す内容に変更等が生じる場合もあります。

1. 用語の説明

用語	意味
①要支援者	要介護認定を経て、要支援1，2と認定された者
②事業対象者	基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者
③サービス事業	要支援者及び事業対象者を対象として、介護予防を目的とした訪問型サービスや通所型サービスを実施し、日常生活上の支援等行う「介護予防・生活支援サービス事業」
④一般介護予防事業	介護予防教室や住民運営の通いの場づくりなど、要支援者等を含めた高齢者の介護予防を推進する事業
⑤総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業 (介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)
⑥介護予防支援	予防給付による介護予防支援
⑦介護予防ケアマネジメント	総合事業による介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防事業）

表1



2. 介護予防ケアマネジメントの事業内容

介護予防ケアマネジメントは要支援者・事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づきサービス事業のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

3. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である

「高齢者が要介護状態になることを出来る限り防ぐ（遅らせる）」
「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」 ために、

高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントに基づくものです。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても…

住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、

高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、

- ・自ら必要な情報にアクセスする
- ・介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行う… ことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が、

地域で何らかの役割を果たせる活動を維持することにより、
結果として介護予防につながるという視点からも

利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、
利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、
地域の中で **生きがいや役割** を持って生活できるような **居場所に通い続ける** など、
「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、

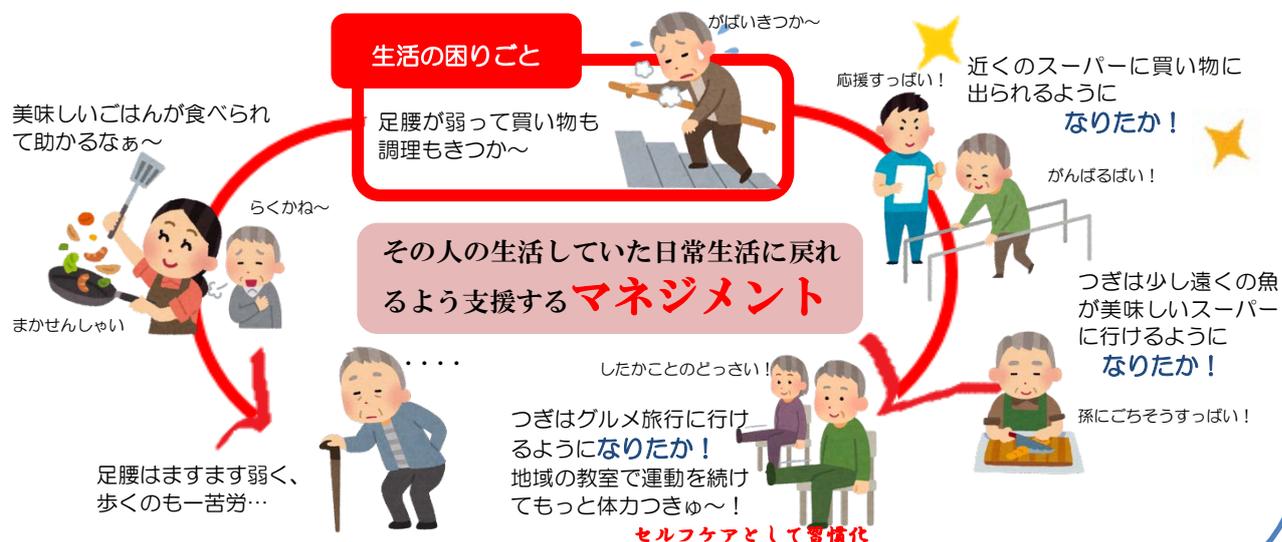
総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、

利用者の状況を踏まえた目標を設定し、

利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、
目標の達成に取り組んでいけるよう具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

① 原点としての自立支援に改めて立ち返る

単に利用者の困りごと、要望を叶える補完的なサービス調整を担う役割を果たすものではなく、適切なアセスメントのもと、**利用者本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為**が目標として明確に設定されその達成のため、利用者の主体的な取り組みが実践できるように**動機づけ**と、それを継続できるようなサービス等の**コーディネート**や**環境調整**が必要です。



② 総合的・効率歴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。

専門サービスだけでなく、**地域の多様性**の中でケアマネジメントを考える

地域の**インフォーマルな資源**に積極的につないでいくケアマネジメント



4. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

○介護予防ケアマネジメントについて、国は典型例として表2のとおり3類型（ABC）を例示しています。このうち、佐賀中部広域連合では平成29年度はケアマネジメントA（**現行の予防支援に相当するケアマネジメント**）のみ実施します。

表2 介護予防ケアマネジメントの3類型

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のプロセス）	
地域包括支援センターが、現行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する。利用者との面接によるモニタリングについては少なくとも3月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。	
ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、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）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。	
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のプロセス）	
ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解を得た上で利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。	

5. 介護予防ケアマネジメントの対象者

○介護予防ケアマネジメントの対象者は、サービス事業のみを利用する要支援者や事業対象者です。

○事業対象者は予防給付のサービスを利用することができません。

表3 介護予防ケアマネジメントの対象者

種類	要支援者			事業対象者
	予防給付のみ	予防給付+サービス事業	サービス事業のみ	
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

※サービス事業とは総合事業における訪問型サービス、通所型サービスです。詳細は「1. 用語の説明」をご覧ください。

6. 介護予防ケアマネジメントの実施主体及び実施担当者

表4 実施主体及び実施担当者

種類	実施主体及び実施担当者	
介護予防支援	利用者本人が居住する住所地の指定介護予防支援事業所	指定介護予防支援事業所職員のほか、一定の要件を満たすものであれば、センターに配置されている職員が兼務して差し支えない。
介護予防ケアマネジメント	利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センター	地域包括支援センターに配置されている者のうち、3職種 のほか、介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協力しながら行う。

7. 介護予防ケアマネジメントAの流れ

○ケアマネジメントの基本的な流れは、介護給付、予防給付、サービス事業の利用のいずれにおいても基本的な考え方は同じです。

表5 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	介護予防支援	ケアマネジメントA
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	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○
サービス利用開始	○	○
モニタリング	○	○

表6 手順の詳細

<p>アセスメント（課題分析）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じ行う ○より本人に合った目標設定に向けて厚生労働省が推奨する「興味・関心シート」などを利用して、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」というような目的に変換していく。 ○プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。
<p>ケアプラン（介護予防サービス・支援計画）原案作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○目標の設定 生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 また、計画に定められた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間（例3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうかを具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましい。もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ○利用するサービスの内容の選択 利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。 ○適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況（特にADL、IADL）の正確な把握が欠かせない。課題整理総括表等を活用し、関係者で共有することも望まれる。 ○本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域ケア会議等の場を活用して生活支援コーディネーターや市町等に情報提供することが望ましい。 ○期間の設定については、「8. 介護予防ケアマネジメントAの計画期間」を参照。
<p>サービス担当者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ○初回のサービス担当者会議は充実した内容とすることが適当であり、将来を予測した支援の内容を、一定程度定めておくことが必要となる。
<p>利用者への説明同意</p>
<p>ケアプランの確定・本人への交付</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人の同意を得て、センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。
<p>ケアプランの実行（サービス提供）</p> <p>モニタリング・評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ○少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接できない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。 ○設定したケアプランの実施期間の終了時には利用者宅を訪問して、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、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等の今後の方針を決定する。

8. 介護予防ケアマネジメント A の計画期間

○介護予防ケアマネジメントの計画期間は介護予防支援業務に準じます。

※別添平成24年4月17日付佐中広給第36号参照

○ケアプランの目的は「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、**段階的に支援するための計画**を作成することです。計画に定められた実施期間の間に取り組むことにより、その**達成がほぼ可能**と思われ、**利用者自身でも評価できる具体的な目標**とすることが望ましいです。

○3月に1回の利用者宅への訪問以外にも、高齢者自身の日常生活に急激な変化が生じていないか、計画内容が適合しているか等について1月に1回モニタリングを行い、結果を記録するとともに、継続的なアセスメントと合わせ、その状況を的確に判断し、必要に応じてケアプランの変更を行います。

表7 上限とする計画期間

対象者		上限とする計画期間
状態の安定している要支援者		認定有効期間を考慮し設定 ※計画期間を6月以上とする場合は最長6月毎に定期評価を行う
状態の安定していない要支援者	新規申請・区分変更による要支援者	最長6月
	サービス導入後間もない利用者等	
	その他状態が安定していないと判断される方	
事業対象者		最長6月

9. 介護予防ケアマネジメント A の業務委託

- ケアマネジメント A については、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対する **一部委託も可能**です。ただし、委託できるのは基本的に要支援者のみとなります。
- 一部委託した場合も介護予防支援同様に請求業務に関しては委託することはできません。また、最終的な責任は本来の業務実施主体である地域包括支援センターとなります。

表8 ケアマネジメント A の委託の基本的な考え方

	指定居宅介護支援事業所への委託
事業対象者	基本的に委託不可（ただし、要支援者からの継続委託等は可）
要支援者	委託可（継続・新規）

- ただし、委託する場合はケアマネジメント **全体に地域包括支援センターの関与**が必要です。

<全体への関与>

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、一般的に当該居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを適切に行っているかについて確認することが重要です。具体的には、委託事業者が作成した介護予防サービス計画原案の適切性や内容の妥当性を地域ケア会議の活用等何らかの形で確認する必要があります。

平成 27 年 6 月 5 日付老健発 0605 第 1 号介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について【一部抜粋】

4 実施主体（実施担当者）

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

介護予防ケアマネジメントの望ましい実施体制の例として、

- (1) 地域包括支援センターがすべての介護予防ケアマネジメントを行う。
- (2) 居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが行い（1クール終了後の）ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所が行い、適宜地域包括支援センターが関与する。

等が考えられる。なお、居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議を活用しつつ、**その全てに関与されたい。**

10. 支給限度額管理

○事業対象者は表9のとおり予防給付の要支援1の区分限度額です。

表9 支給限度額及び利用者負担割合

対象者	支給限度額（1か月あたり）	利用者負担割合
事業対象者	5,003 単位	1割、一定以上の所得の利用者は2割
要支援1		
要支援2	10,473 単位	

※要支援者は予防給付とサービス事業の合計額で支給限度額管理を行います。

11. 給付管理業務

○平成29年度のサービス事業は現行の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスのみです。

○要支援者で予防給付とサービス事業を利用する場合は一体的に給付管理を行います。

○移行期間中（平成30年3月利用分まで）は予防給付の介護予防訪問介護・通所介護と総合事業の訪問型サービス・通所型サービスを受ける方が混在しますのでご注意ください。

○総合事業へ移行後は表10の総合事業のサービス種別コードで請求します。

○サービス事業所からの実績報告に基づき、給付管理票等の作成、国保連合会への給付管理票の提出をしてください。

○加算の要件については、指定介護予防支援における基準に準じます。

○総合事業においては、給付管理を行うサービスであっても給付制限を適用しません。

表10 総合事業のサービス種別コード

事業	サービス種別コード	サービス種類名	
【訪問型サービス】 現行の介護予防訪問介護に相当するサービス	A1	訪問型サービス（みなし）	平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護の指定を受けている事業所
	A2	訪問型サービス（独自）	平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護の指定を受けている事業所
【通所型サービス】 現行の介護予防通所介護に相当するサービス	A5	通所型サービス（みなし）	平成27年3月31日時点で介護予防通所介護の指定を受けている事業所
	A6	通所型サービス（独自）	平成27年4月1日以降に介護予防通所介護の指定を受けている事業所
介護予防ケアマネジメント	AF	介護予防ケアマネジメント	

12. 介護予防支援費、介護予防ケアマネジメント費

○予防給付の限度額対象サービスの利用があれば「介護予防支援費」としての請求となり、総合事業のサービス事業の利用があり限度額対象サービスの利用がない場合は総合事業の「介護予防ケアマネジメント費」として請求を行います。

- 例) 通所型サービスと福祉用具貸与を利用 ⇒ 介護予防支援
 通所型サービスと居宅療養管理指導を利用 ⇒ 介護予防ケアマネジメント
 通所型サービスと訪問型サービスを利用 ⇒ 介護予防ケアマネジメント

○当月に1日でも予防給付のサービスを利用している場合は介護予防支援費となります。

- 例) 月途中で訪問看護を中止し、サービス事業のみに変更した場合 ⇒ 介護予防支援費
 総合事業のみを利用していた要支援者が、月途中で福祉用具貸与を利用 ⇒ 介護予防支援費
 訪問型サービスと通所リハビリを利用していたが、体調不良にて1か月通所リハを休んだ ⇒ 介護予防ケアマネジメント費

表 1 1 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費

対象者	総合事業	予防給付		マネジメント 介護報酬請求区分等
	<サービス事業> 訪問型 通所型サービス	限度額対象	限度額対象外	
要支援者	×	○	×	予防給付で請求 介護予防支援費：430 単位/月
	×	○	○	
	○	○	×	
	○	○	○	
	○	×	○	総合事業で請求 介護予防ケアマネジメント 委託料：430 単位/月
	○	×	×	
事業 対象者	○	利用 不可	利用 不可	

限度額管理対象	介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型共同生活介護・介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養型介護（介護保険施設）・介護予防短期入所療養介護（介護療養施設等）・介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）
限度額管理対象外	特定介護予防福祉用具販売・介護予防住宅改修費支給・介護予防居宅療養管理指導

○介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費については、地域包括支援センターより要支援者は国保連合会へ、事業対象者の介護予防ケアマネジメント費については連合へ直接請求をしてください。

表 1 2 介護予防ケアマネジメント費の請求について（請求者：地域包括支援センター）

要支援者	国保連合会を經由して支払
事業対象者	直接支払

1 3. 住所地特例者への介護予防ケアマネジメント

○住所地特例対象者は表 1 3 のとおり利用者本人が居住する（住民票を有する）施設所在地の地域包括支援センターが実施します。

表 1 3 住所地特例対象者へのマネジメント

サービス名	マネジメント
介護予防ケアマネジメント	施設所在地市町村の地域包括支援センター
介護予防支援	施設所在地市町村の地域包括支援センター

1 4. 利用者との契約

○現在の「介護予防支援」に関する契約書・重要事項説明書に「介護予防ケアマネジメント」を追加した新しい契約書等に切り替える必要があります。

例) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

○今後のサービス内容の変更に対応できるように、介護予防支援の利用でも更新時に新しい契約書等に切り替えることをお勧めします。

※利用者の更新認定時新たな契約書等へ切り替えとなります。

※委託している場合は委託先の指定居宅介護支援事業所との契約書についても切り替えが必要です。

15. 介護予防ケアマネジメントAの様式

○介護予防ケアマネジメントAにおいては表14の様式を使います。

○現在、NDソフトより地域包括支援センターと委託の指定居宅介護支援事業所とのケアプランデータをCSVで情報連携が出来る、マイクロソフト社の表計算ソフトをベースに開発された無償ツール【委託版システムMAKACEL（マカセル）】が提供されています。

このMAKACELについて、NDソフトより総合事業については、地域性があり、多種多様なサービスとなる為、MAKACELが利用できないとの回答がありました。併せて、今後の制度改正に対しても対応出来ないとのことです。

よって、平成29年4月からはMAKACELでの情報連携ができず、紙媒体での作業となります。

表14 様式 (○=必須 △=必要に応じて活用が望まれる)

様式	要支援者		事業対象者
	介護予防支援	介護予防ケアマネジメントA	
(1) 利用者基本情報	○	○	○
(2) 介護予防サービス・支援計画書	○	○	○
(3) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	○	○	○
(4) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	○	○	○
(5) 興味・関心チェックシート	△	△	○
(6) 基本チェックリスト	△	△	○
(7) 生活状況を把握するためのアセスメントシート	△	△	○
(8) 課題整理総括表・評価表	△	△	△

※下記の様式は「ほのぼのシステム」の新様式です。

(1) 利用者基本情報

おたっしや本舗					
利用者基本情報				作成担当者：	
《基本情報》					
相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 ・ 訪 問 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 ()				
本人の状況	在宅・入院 又は 入所中 ()				
フリガナ 本人氏名			男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住所				TEL	
				FAX	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： ~ (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日				
障害等認定	身障 () ・ 療育 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室(有 階・無)・住宅改修(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 ()				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・ ()				
来 所 者 (相談者)			続柄	家族構成 <small>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーンツ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</small>	
住 所					
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		
				日中独居 (有・無) 家族関係等の状況 ()	

おたっしや本舗

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

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

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

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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

_____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印

(2) 介護予防サービス・支援計画書

おたっしや本舗

介護予防サービス・支援計画書

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

社団作成（変更）日 _____ （初回作成日） _____ 担当地域包括支援センター： _____

1年

アセスメント領域と現在の状況 運動・移動について	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 目標と身体衰 の程度	具休策についての意向 本人・家族	目標	支援計画			
							本人等のほか介護 サービスの利用 サービス（利用予定）	介護施設等 又は （総合事業の予定）	サービス 種別	事業所 （利用先）
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1								
日常生活（家庭生活）について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2								
社会参加、訪人関係・ コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3								
介護管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

【本業を行うべき支援が実施できない場合】
【本来行うべき支援の実施に向けた方針】

総合的な方針：生活不活発等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 印

【意見】
地域包括支援センター

【承認印】

【備考】

地域包括支援センター

【備考】

運動不足	5 / 5	変更	2 / 2	ケア	3 / 3	閉じこも	2 / 2	予防	3 / 3	うつ予防	5 / 5
------	-------	----	-------	----	-------	------	-------	----	-------	------	-------

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

(4) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

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		おたっしや本舗 評価日 年 月 日
利用者名 _____ 様	計画作成者氏名 _____	
目標	評価期間	目標達成状況
目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)
		今後の方針
総合的な方針		地域包括支援センター意見 □ プラン継続 □ プラン変更 □ 終了 □ 介護給付 □ 予防給付 □ 介護予防特定高齢者施策 □ 介護予防一般高齢者施策 □ 終了

(5) 興味・関心チェックシート

おたっしや本舗

興味・関心チェックシート

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

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

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
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			

(6) 基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日

基本チェックリスト

氏名：
生年月日：
住所：

No.	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 c m 体重 kg (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

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

(7) 生活状況を把握するためのアセスメントシート

生活状況を把握するためのアセスメントシート		アセスメント項目	
様		記入者:	
おたっしや本舗		日付:	
領域	視点	運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 起き上がり: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		歩行状況 (歩行レベル)	室内 () 屋外 ()
移動に	移動に	転倒傾向	転倒 () つまずき ()
		移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで
B	日常生活・家庭生活について	移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩
		買い物	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族
		調理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
		食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない ()
		洗濯	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		掃除	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		身だしなみへの関心	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い
		電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい (何が:)
C	日常生活・家庭生活について	火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある
		電話の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由:)
		金銭管理 (家計の管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由:)
		役所や金融機関等の手続き	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
		悪質商法への注意	<input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある
		情報への関心	<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない
		社会参加	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある () <input type="checkbox"/> 仕事をしている
		外出頻度	<input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にならない
		外出目的	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
		家族との交流	<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他 ()
対人関係	状況:		
近隣との交流	状況:		
友人・知人との交流	状況:		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる		

<p>D 健康管理について</p> <p>清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール。食事や運動、休養など健康の観点から必要と思われる場合、この管理の観点でアセスメントする必要がある。または家族による管理</p>	<p>受診の状況</p> <p>服薬管理の状況</p> <p>健診の状況</p> <p>口腔機能の状況</p> <p>歯の手入れ（義歯を含む）</p> <p>食生活・栄養状況</p> <p>水分摂取の状況</p> <p>飲酒状況・喫煙状況</p> <p>適度な運動</p> <p>適度な休養</p> <p>排泄の状況</p> <p>入浴の状況</p> <p>生活リズム</p> <p>物忘れの状況</p> <p>居住環境</p> <p>経済状況</p> <p>家族の状況</p> <p>家族の介護力</p> <p>虐待の可能性</p> <p>精神的な不安・意欲低下</p> <p>見守りの状況</p> <p>緊急時のSOS発信</p> <p>価値観</p>	<p><input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない</p> <p><input type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない</p> <p><input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない</p> <p><input type="checkbox"/> 痛みがある（<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜） <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> くちの湯き <input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる</p> <p>頻度（ 回/日・週・月） 方法（ ）</p> <p>回数（ 回/日）状況：<input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない</p> <p><input type="checkbox"/> 気をつけている（ ） <input type="checkbox"/> していない</p> <p><input type="checkbox"/> 飲酒：頻度（ 回/日・週）量（ ） <input type="checkbox"/> 喫煙：量（ 本/日・週） <input type="checkbox"/> していない（ ） <input type="checkbox"/> していない（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう</p> <p><input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある（気がかりなこと）</p> <p>頻度（ 回/週・月）方法：<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など</p> <p><input type="checkbox"/> 保たれている（起床： 時/就寝： 時） <input type="checkbox"/> あまり保たれていない（ ）</p> <p>物忘れ：<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識：<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>室内（ ） 屋外（ ）</p> <p>収入（ 円） 主な使途（ ） 心配なこと（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない（理由： ）</p> <p><input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意（根拠： ）</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる（内容： ）</p> <p><input type="checkbox"/> ある（<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> IT見守り <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない</p> <p>緊急性の判断：<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できにくい</p> <p>大切にしたいこと（ ）</p> <p>嫌なこと（ ）</p>
<p>E その他</p> <p>生活状況全体を理解するために必要な項目を聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。</p>		
<p>本人の主訴や意向</p>		
<p>家族の主訴や意向</p>		
<p>これからの生活についての希望</p>		
<p>現在利用しているサービスなど</p>		
<p>全体的な印象</p>		

(8) 課題整理総括表・評価表

利用者名		様		課題整理総括表		作成日		年月日	
① 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤	
④ 状況の事実 ※1		⑤ 現在 ※2		⑥ 改善/維持の可能性 ※4		⑦ 備考 (状況・支援内容等)		⑧ 見通し ※5	
⑧ ※6									
移動	室内移動	自立	見守り 全介助	改善	維持 悪化				
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
食事	食事内容		支障なし	改善	維持 悪化				
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
排泄	排尿・排便		支障なし	改善	維持 悪化				
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
口腔	口腔衛生		支障なし	改善	維持 悪化				
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
買物		自立	見守り 一部介助 全介助	改善	維持 悪化				
コミュニケーション能力			支障なし	改善	維持 悪化				
認知			支障なし	改善	維持 悪化				
社会との関わり			支障なし	改善	維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題			支障なし	改善	維持 悪化				
行動・心理症状 (BPSD)			支障なし	改善	維持 悪化				
介護力 (家族関係含む)			支障なし	改善	維持 悪化				
居住環境			支障なし	改善	維持 悪化				

※1 本事業は対象者が自立した日常生活を送るための必要とする支援を、様式上部の「原因・種別」を選択し、該当する番号(数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※2 介護支援専門員が実施した客観的事実を記載する。選択欄に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合は、そのような状況を「原因・種別」から選択し、該当する番号(数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択欄に○印を記入する。
 ※5 「原因」および「改善/維持」の可能性/維持の可視性を記述する。原因を解決するための運動/器具、それら提供されることにより見込まれる 悪化の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における必要項目を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な事項には「-」印を記入。

利用者名 _____ 様 評価表 おたっしや本舗

作成日 _____ 年 月 日

短期目標	(期間)	援助内容		結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種別 ※1		

※1「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現原点を把握し記入する。 ◎短期目標は予定を上回って達成された、○短期目標は予定をちょうど達成された、△短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する

16. 暫定プランに基づいたサービス利用における留意点

- 要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業から支給されません。
- 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱います。
- 詳細に関しては現在国に確認中です。詳細まともり次第情報提供いたします。

17. その他

- 12月14日・15日
地域包括支援センター連絡会議及び総合事業に係るほのぼのシステム操作説明会

別添資料

佐中広給第36号
平成24年4月17日

指定介護予防支援事業所 管理者 様

佐賀中部広域連合
事務局長 松尾安朋

介護予防支援業務に係る『計画期間』について（再通知）

介護予防支援業務に係る介護予防サービス・支援計画書に定める支援計画の期間（以下、計画期間という）について、平成24年3月28日付け佐中広給第28号で通知した内容を一部修正し、下記のとおりとしますのでお知らせいたします。

記

1 介護予防支援業務に係る『計画期間』について

（従来の取り扱い）6月ごと

⇒ （平成24年4月以降作成分より）認定有効期間を考慮し設定する。

【注意点】

「計画期間」は、設定した目標を達成するために「支援内容」に掲げた支援を、どの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

「計画期間」の設定においては、「認定の有効期間」を考慮し、その範囲内で設定するものとする。
なお、目標に対し適切な計画期間が設定されていないと思われる場合には、指導を行うこととなる。

「計画期間」は、基準省令により最長で認定の有効期間とするが、「計画期間」を6月以上12月とする場合は、中間評価を行うものとする。

ただし、中間評価の結果、支援計画修正の必要が認められない場合は、支援計画書の再作成は不要とする。

なお、中間評価の時期については、「計画期間」の半期以内の期間で行うこととし、中間評価においては、介護予防支援経過記録等に目標達成の状況・今後の方針等 並びに 支援計画の見直しについての担当者の判断 及び 理由を明確に記載する こととする。

2 変更にあたって

今回の見直しは、要介護認定に係る有効期間の見直しを踏まえ、状態の安定した要支援者に対する業務の簡素化を図ったものであるが、その対応にあたっては、これまで同様、適切なマネジメントによる対応をお願いしたい。

特に、新規申請・区分変更申請による認定者、サービス導入後 間もない利用者においては、十分な配慮が必要であり、“状態の安定した要支援者”に該当するものではない。

なお、見直しに係る経過等は、別記の内容を参照されたい。