

龍ヶ崎市 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメント手順書

令和2年11月 改訂

目次

介護予防ケアマネジメント（介護予防支援事業）の実施について

1. 事業内容	1
2. 介護予防の基本的な考え方	1
3. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	2
4. 実施担当者	3
5. 実施の手順	3
フロー図	5
相談票①（基本相談）	6
相談票②（確認票）	7
基本チェックリストについての考え方	8
基本チェックリスト	10
事業対象者に該当する基準	11
介護予防ケアマネジメント対象者要件	12
介護予防ケアマネジメントの手続き	13
介護保険被保険者証（事業対象者）	14
介護予防ケアマネジメント	15
6. 龍ヶ崎市における介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	17
7. 留意事項	19
8. 単価、報酬、支払	20
9. 参考資料	21
10. 様式について	23
11. 記入例	37
12. Q&A	39

介護予防ケアマネジメント（介護予防支援事業）の実施について

1. 事業内容

龍ヶ崎市介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）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）（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問事業（訪問型サービス）、通所事業（通所型サービス）、ほか一般介護予防事業等も含め、要支援者及び事業対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

2. 介護予防の基本的な考え方

介護予防は、高齢者が要介護状態になることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける事が重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

これからの介護予防は、機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。

このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

このようなことから、総合支援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、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していく。

（平成27年6月5日付 厚生労働省老健局振興課 「介護保険最新情報」Vol. 483）

3. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

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

ケアマネジメントの種類における各プロセスの実施（表1）

表1

	介護予防サービス計画	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)	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)	ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
アセスメント	○	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○	—
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	○	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○	○
モニタリング	○	○	△	—

(○：実施（必須） △：必要に応じて実施 —：不要)

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）

地域包括支援センターが、現行の予防給付に対する介護予防サービス計画と同様に、アセスメント（課題分析）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る。

(適用要件の例)

- ・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
- ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合
- ・その他、地域包括支援センターが必要と判断した場合

②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント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。

(適用要件の例)

- ・①または③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合
(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)

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）

地域包括支援センターに相談された利用者であり、アセスメントの結果、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適用する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフケア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ず、利用者の状態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。

・適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらおう。「介護予防手帳」の利用も想定。

※利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくことが望ましい。

4. 実施担当者

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施する。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託実施することも可能である。

5. 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援であること又は、事業対象者として龍ケ崎市に登録されることが必要であるため、窓口での対応を含めて以下の手順として実施する。

1) 総合事業の説明（図1、2）

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

・更に、総合事業の主旨として、

①効果的な介護予防ケアマネジメントと、自立支援に向けたサービス展開による、要支援状態からの自立促進や重度化予防の推進を図る事業であること。

②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立に向け次のステップに移っていくことを説明する。

※この際、相談者が予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。

(1) 窓口での対応

窓口対応者は基本チェックリストを実施するか否か確認（様式1、2）

※相談票（確認票）使用（要介護認定等申請を医師等から勧められた場合も実施）

1 以下の該当者は介護認定の手続きへ

- 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない
- 寝たきりや認知症状がある（認知症の診断を受けている、服薬している）
- 大きな病気やけがで入院又は療養中
- 入居（GH・サ高住）・入所（特養・老健）希望
- 通所リハビリ、訪問リハビリが必要
- 住宅改修や福祉用具利用の希望
- 2号被保険者

2 以下の該当者は基本チェックリスト実施へ

<身体状況から>

- 一人での外出が可能（公共機関の利用や徒歩、自転車等）
- 身の回りの事（排泄・着替え等）が自立、内服や金銭を自己管理できる
- かかってきた電話の対応や伝言が正しく行える

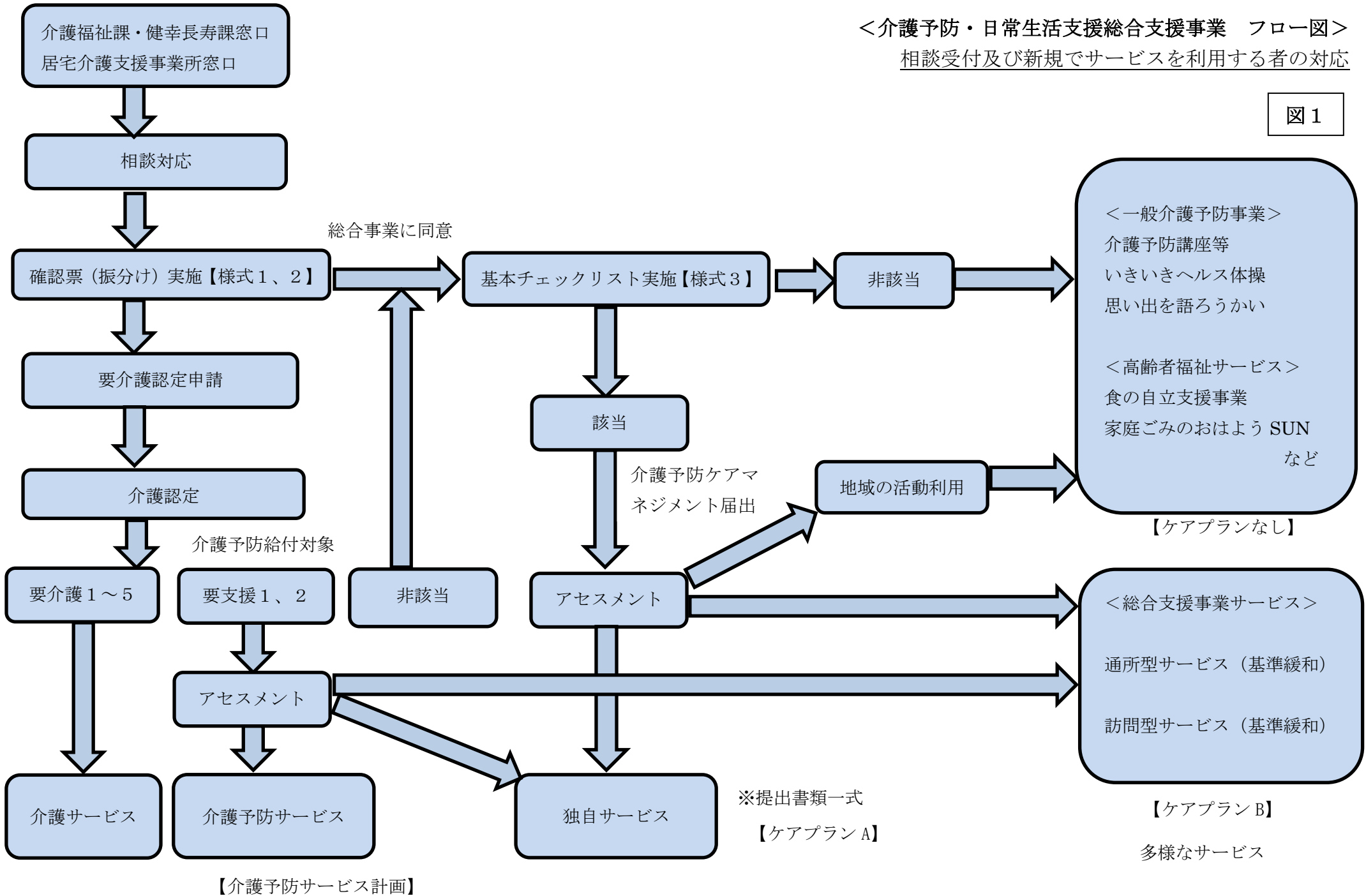
<サービス利用希望から>

- 「訪問介護」の生活支援（掃除や買い物等）のサービスを利用したい
- 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい
- 一人で自宅での入浴ができないので、デイサービスで入浴したい
(理由：構造的な問題、不安)

(2) 基本チェックリスト実施（所定のチェック用紙を使用）（様式3・P10～11）

＜介護予防・日常生活支援総合支援事業 フロー図＞
 相談受付及び新規でサービスを利用する者の対応

図 1



総合事業の利用までの流れについて(相談票)

様式 1

受付日		受付者	
本人	被保険者番号		
	氏名	(歳)	
	介護度	要支援()・要介護()・新規	
	有効期限	平成 年 月 日まで(現認定者のみ)	
代理申請の場合	代理人氏名	(続柄)	
	(本人を)代理する理由	ア)入院, 入所中() イ)来庁困難 ウ)本人から依頼	

相談したいこと				
項目	確認事項	チェック	確認事項	チェック
本人の状態	一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる	<input type="checkbox"/>	歩行や立ち上がりに介助が必要で、一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	身の回りのこと, 薬の内服管理, 金銭管理が自分でできる	<input type="checkbox"/>	身の回りのこと, 薬の内服管理, 金銭管理に支援, 介助を必要とする	<input type="checkbox"/>
	かかってきた電話の対応や要件の伝言が正しくできる	<input type="checkbox"/>	認知症状がみられ, 見守りを必要としている	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	大きな病気やけがで入院・療養中であり, 今後も療養を必要とする	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	第2号被保険者である	<input type="checkbox"/>

総合事業の利用までの流れについて(相談票)

様式 2

項目	確認事項	チェック	確認事項	チェック
利用希望するサービスの内容	「訪問介護」の生活支援サービス		「訪問介護」の身体介護サービス	
	「通所介護」サービス (目的:他者交流 運動 諸活動 栄養)		訪問入浴介護	
	「通所介護」サービス(入浴目的) (理由:構造的問題 不安)		訪問看護	
			リハビリテーション (通所 訪問)	
			ショートステイ (特養 老健)	
			福祉用具貸与・購入 (内容)	
			住宅改修 (内容)	
			施設入所 (特養 老健 療養 GH)	
		施設入所 (有料老人H サ高住)		
	基本チェックリスト実施へ		要介護認定実施へ	

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		

11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると聞われますか	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	

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式 3

記入日：令和 年 月 日 ()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目			回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1.はい	0.いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1.はい	0.いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			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はおっくうに感じられる			1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1.はい	0.いいえ

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

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

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

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

(平成 27 年 6 月 5 日付 厚生労働省老健局振興課 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)

2) 介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認（基本チェックリスト）（図2）

- ・利用者が総合事業のサービスの利用を希望する場合、要支援認定申請を希望しない、又は要支援認定の結果、非該当の場合は、「基本チェックリスト（様式3）」の記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。

1 該当（事業対象者）（様式3使用、考え方 別紙1参照）

①地域の活動場所

（まいん「健幸」サポートセンター、コミュニティセンターでの活動、元気サロン松葉館、交流サロンりゅう、ふれあいサロン等紹介）

②介護予防ケアマネジメント利用

ア 介護保険被保険者証発行

（要介護度の欄、チェックリスト実施日等、有効期間）

介護保険負担割合証発行

イ アセスメント

ウ 契約（包括支援センター）

エ サービス提供事業所調整

オ 利用開始

<サービス利用時の必要帳票類>

※介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書提出

1 利用者基本情報 ※介護保険認定情報はなし

2 アセスメント

3 ケアプラン

4 利用票及び別表、提供票

5 サービス担当者会議の要点（任意）

※サービス利用時に同行訪問しサービスの内容と目標の確認をし、ケアプランの中でサービスの内容を確認し合い、本人の同意を得る。

6 介護予防支援経過記録

7 モニタリングの記録（支援経過記録への記入）

8 評価（ケアプランの評価期間に合わせて実施）

2 該当なし（事業対象者外）

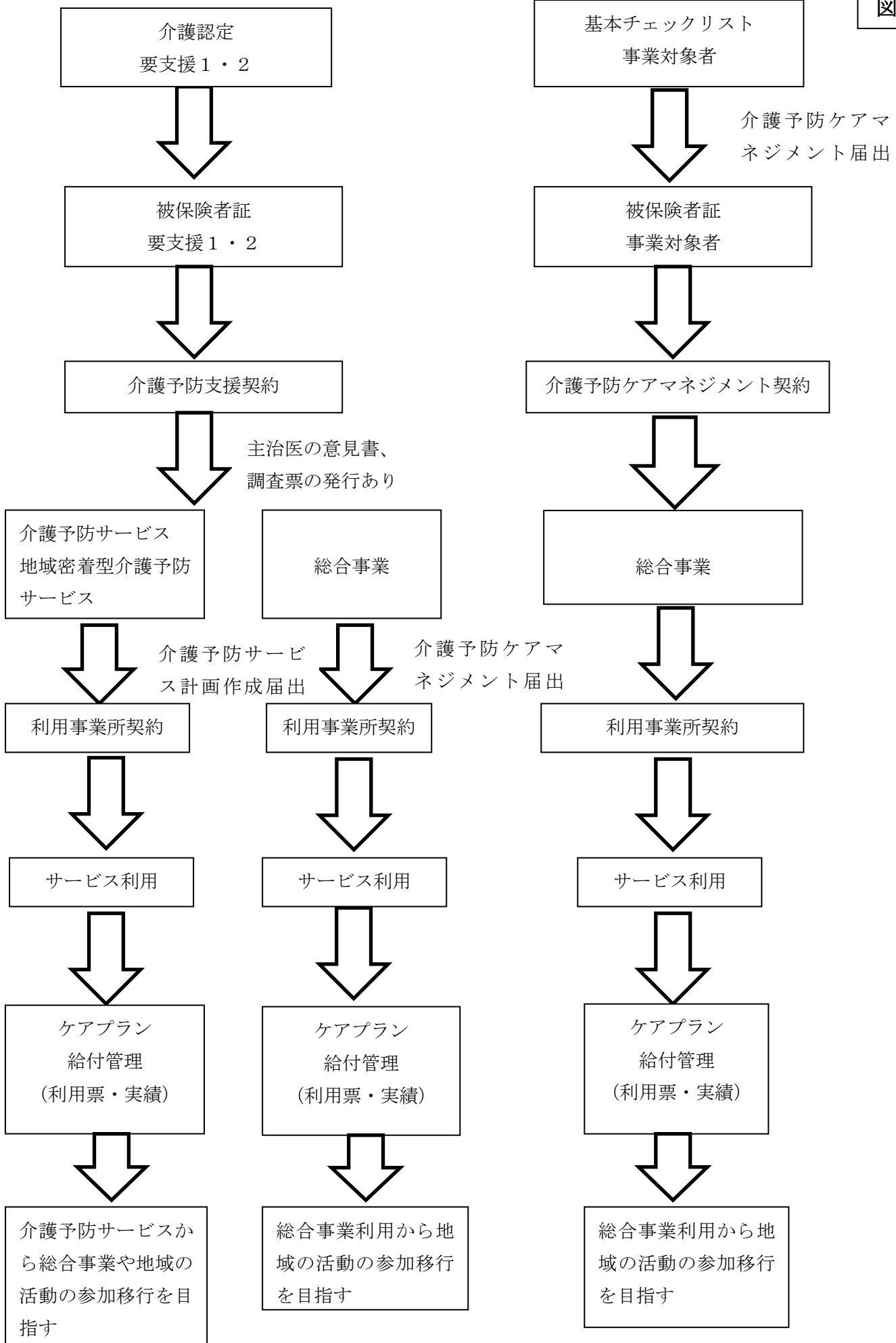
①地域の活動場所

（まいん「健幸」サポートセンター、コミュニティセンターでの活動、元気サロン松葉館、交流サロンりゅう、ふれあいサロン等紹介）

3) 介護予防ケアマネジメント手続き

<サービス利用のフロー図>

図 2



○介護保険被保険者証（参考）

(一)				(二)				(三)						
介護保険被保険者証				要介護状態区分		事業対象者		給付制限		内容		期間		
有効期限				認定年月日 <small>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small>		令和02年10月26日 (基本チェックリスト実施日)		給付率 (1/100)				開始年月日 終了年月日		
被 保 険 者	番号	0000000001			認定の有効期間		～		保険： 公費：				開始年月日 終了年月日	
	住所	301-8611 茨城県龍ヶ崎市 3710			居宅サービス		区分支給限度基準額 ～						開始年月日 終了年月日	
	フリガナ	マイリュウ			1月当たり		単位						開始年月日 終了年月日	
	氏名	舞 りゅう			(うち種類支給限度基準額)		サービスの種類		単位					
	生年月日	明治33年01月01日	性別	男										
交付年月日		令和02年11月03日		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定				介護保険施設等		種類		入所入院年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印		082081 龍ヶ崎市						名称				退所退院年月日		
公費負担者番号並びに公費負担者名称								種類				入所入院年月日		
公費受給者番号								名称				退所退院年月日		
								0800800021 龍ヶ崎市地域包括支援センター 届出年月日 令和02年11月02日 (届出年月日) 届出年月日 届出年月日						

4) 介護予防ケアマネジメント

①アセスメント

- ・利用者の自宅に訪問して、本人と面接による聴き取り等を通じて行う。
- ・介護予防ケアプラン原案を作成する上で、参考とするツール及びサービス利用の基準として「介護予防支援アセスメント用情報収集シート」を利用する。(P26～28)
- ・より本人にあった目標設定に向けて、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等を聴き取りしながら、「～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していくことが必要である。(参考資料1・P21)
- ・介護予防に取り組む意欲を引き出すため、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築につとめる。

※高齢者の興味・関心に気付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」(参考資料2・P22)の活用も一つの方法である。

②ケアプランの原案(ケアマネジメントの結果)作成

<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、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。
- ・計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

<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、アセスメントシートで得られた情報を参考に組み立てる。
- ・単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業や住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、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。
- ・利用回数及び利用時間については、アセスメントにて利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。
- ・介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用も勘案してケアプランを作ることが適当である。
- ・評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しを図る。

※P2 ケアマネジメントの類型と考え方参照

③サービス担当者会議

- ・ケアマネジメントAは実施
- ・ケアマネジメントBは利用開始時、評価時、ケアプラン変更時は利用者、サービス実施者とその内容を共有することが必要であり、プランの中に明記する。(P32・様式「介護予防ケアマネジメント(B・C)」事業参加の留意点)

④利用者への説明・同意

- ・ケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

⑤ケアプラン確定・交付

- ・本人の同意を得て、サービス実施者にも交付する。

⑥サービス利用開始

- ・ P5・図1のフロー図、P13・図2の介護予防ケアマネジメント手続き参照

⑦モニタリング・評価

<モニタリングとは>

- ・モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結び付けていくことである。モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再度課題分析を行い、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する。

また、新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、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求め、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

- ・ケアマネジメント A の場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも 3 か月に 1 回及びサービス評価時期の終了月、利用者の状況に著しい変化があった時は、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するように努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。
- ・設定したケアプランの実施期間終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況の評価し、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方針を決定する。評価の時期は最長でも 12 ヶ月とし、介護予防サービス計画に準じて評価表、見直したケアプラン、担当者会議の要点を作成する。
- ・ケアマネジメント B の場合は、利用者にサービス事業による支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標と乖離がみられた場合には、再度、ケアプランを作成する事になるが、順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスを行うことが不可欠である。
- ・サービスを利用する過程において、ケアプランで立てたステップからの乖離がみられた時には、事業実施者はもちろんのこと利用者本人や家族もそれに気づき、適宜、地域包括支援センターに情報を集約することで、状況に応じて適切なサービスが提供されるよう努めることも重要である。
- ・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するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは一般介護予防へ移行した後や、一定期間（6 ヶ月）サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービスの利用の希望があった場合等再度基本チェックリスト及びアセスメントを行い、サービスの振り分けから行う。要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、要介護認定申請を行う。（関連事項：P46・A41 参照）

6. 龍ヶ崎におけるケアマネジメントの基本的な考え方

○総合事業のサービス利用の考え方について

独自のサービスの利用については原則身体介護を伴う支援が必要な方、認知症状がみられる方、大きな病気やけがで入院・療養中であり、今後も療養が必要とされる方、第2号被保険者が想定されます。

身体介護とは、主に利用者の身体的介助、移動、外出、見守り等の際に身体に触れることを指します。

身体介護とは・・・

1 食事介助

食べ物を口に運ぶこと、手が使える方でも誤嚥や火傷など事故がないように見守り、場合により手を添えること（制限食を調理することも含まれる）。

2 入浴介助

自宅で入浴介助を行うこと（全身浴と、手浴・足浴・洗髪などの部分浴も含まれる）。

3 清拭

入浴が困難な方などの身体を拭くこと（全身・部分清拭・陰部洗浄も含まれる）。

4 更衣介助

寝衣・下着・外出着・靴下など衣服の着脱、着替えの介助をすること。

5 排泄介助

おむつ交換やトイレでの排泄動作（トイレまでの誘導、衣服の着脱、排泄後の後始末等）の介助をすること。

6 身体整容

歯磨きやうがい、洗面、手足のつめの手入れ、整髪など身だしなみを整える動作や行為の介助をすること。

7 体位変換介助

褥瘡予防のために体の向きを変える等の介助をすること。

8 移乗移動介助

ベッドから車椅子などへの移乗や移動の介助をすること。

9 起床就寝介助

ベッドや布団からの起き上がりや就寝のための介助をすること。

10 外出介助

通院や買い物など、外出を安全に行えるように手を添え介助をすること。

11 服薬介助

薬の飲み忘れ防止等のため、服薬の際に手を添えたり、本人が確実に飲んだことを確認すること。

12 自立生活支援のための見守りの援助

自立支援、ADL 向上の観点から、安全を確保しつつ、常時介助できる状態で行う見守り等を行うこと。

○P6～7の総合事業の利用までの流れ（様式1、2）に基づいて振り分け、アセスメントによりサービスの内容、利用回数、利用時間を検討する。

訪問型サービスについて

- ・身体介護の必要性が高い場合 独自サービス（A2）
- ・生活支援の必要性が高い場合 訪問型サービス：基準緩和（A3）
多様なサービス（訪問サービスB、有償など）

通所型サービスについて

- ・入浴又は長時間の利用が必要な場合
 - ・専門職による機能訓練の必要性が高い場合
- } 独自サービス（A6）
- ・自立支援に向けた介護予防支援 通所型サービス：基準緩和（A7）
多様なサービス（一般介護予防事業、まいん「健幸」サポートセンター、サロン、コミュニティセンター活動等）

○入浴等の身体介護について

事業対象者は身体介護を想定していないため料金の設定はしていない。アセスメントの結果、介助が必要とされた場合においては、独自の介護サービスを利用する。アセスメント結果以外（自宅で入浴ができる環境、支援が必要のない身体状況）で本人が利用を希望された場合（皆が入るから入りたい等）は、総合事業対象外のサービスであることを説明する。

7. 留意事項

(1) 市外のサービスを利用する場合

地域密着型通所介護と一体的に運営している通所型サービスを利用している人で、要介護認定の結果、要介護となった場合、引続き地域密着型通所介護は利用できない。
(令和2年3月現在で、該当事業：フィットネスデイ・まきうち)

(2) 総合事業を利用して介護申請をする場合

要介護認定の結果が出るまでは総合事業を継続できる。

(3) 総合事業を利用している方が、追加サービス（介護予防サービス）を利用する場合の利用可否について（表2）

表2

サービス	対象者	事業対象者	要支援1、要支援2
訪問型サービス	A2（独自） A3（緩和）	○	○
通所型サービス	A6（独自） A7（緩和）	○	○
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		×	○
介護予防訪問看護		×	○
介護予防訪問入浴		×	○
介護予防福祉用具貸与、購入		×	○
介護予防短期入所生活介護		×	○
介護予防短期入所療養介護		×	○
介護予防住宅改修		×	○

(○：利用可 ×：利用不可)

(4) 総合事業の利用におけるケアプラン作成について

ケアプランの自己作成は想定していない。

(5) ケアプランチェックについて

包括支援センターで、ケアプランと利用されているサービス（内容、回数等）が適切に行われているのか、確認する。

8. 単価、報酬、支払

(1) 単価及び加算 (表3)

表3

種類	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
単価 (A)	431 単位	301 単位	216 単位
初回加算	300 単位	300 単位	なし
介護予防小規模多機能型居宅事業連携加算	300 単位	300 単位	なし
給付管理	毎月 (国保連)	毎月 (国保連)	
想定されるサービス	訪問型独自サービス (A2) 通所型独自サービス (A6)	訪問型サービス基準緩和 (A3) 通所型サービス基準緩和 (A7) ※A3、A7 のみの利用もしくは A3、A7 併用	一般介護予防サービス B・C

○初回加算 (新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合)
介護保険の考え方に準ずる。(関連事項:P45・Q&A38 参照)

(2) 介護予防給付と総合支援事業のケアプランの関係 (表4)

表4

利用サービス 対象者	介護予防	総合事業	ケアプラン
事業対象者	—	○	介護予防ケアマネジメント
要支援1・2	×	○	介護予防ケアマネジメント
要支援1・2	○	×	介護予防サービス計画
要支援1・2	○	○	介護予防サービス計画

(○: 利用あり ×: 利用なし —: 利用不可)

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人とい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

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

興味・関心チェックシート

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

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

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

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

一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

10. 様式について

ケアマネジメントの類型における帳票（表5）

表5

計画書の種類 帳票の種類	介護予防サービス計画	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)	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)	ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
アセスメント				
・利用者基本情報（1） ・利用者基本情報（2） ・アセスメント用情報収集シート ・基本チェックリスト	全て ○	全て ○	全て ○	全て ○
ケアプラン原案作成				
	○	○	○	—
サービス担当者会議				
・サービス担当者会議の要点	○	○	△	—
利用者への説明・同意				
	○	○	○	○
ケアプラン確定・交付				
・介護予防サービス支援計画表	○	○	—	—
・簡易プラン	—	—	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始				
・利用票と提供票	○	○	○	—
・経過記録	○	○	○	○
モニタリング				
・介護予防サービス支援評価表	○	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

利用者基本情報(1) ABC

《基本情報》

相談日	令和02年10月26日	初回 (再来)(前回: R02年10月01日)	調査者					
相談方法	来所・電話・ <u>訪問</u> ・その他()			機関	龍ヶ崎市地域包括支援センター			
本人の現況	在宅(独居)・入院/入所()・その他()							
フリガナ 本人氏名	マイリュウ 舞 りゅう	男 女	明治33年01月01日 生(120)歳					
住 所	茨城県龍ヶ崎市3710			電 話				
				携 帯				
				FAX				
日常生活 自立度	障害自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
	認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
認定情報	未申請・申請中・認定済			被保険者番号(0000000001)				
	非該当・事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期間() 前回の介護度()							
障害等認定	身障手帳(種 級) 内容()							
	精神保健福祉手帳(級) 内容()							
	療育手帳(判定) 内容()							
	難 病()							
	その他()							
本人の 住居環境	自 宅 賃 貸	一戸建て 集合住宅	自 室 (有・無)	トイレ (有・無)	浴 室 (有・無)	住宅改修 (有・無)		
経済状況	課税・非課税・生活保護			年 金()				
	不動産収入() その他()							
相談者	続柄			電 話				
				携 帯				
連絡先								
家族関係 介護者の 状況等	氏 名	性別	同別	続柄	介護者	年齢	電話番号	備考(住所・連絡先等)
家族構成図 ◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■=死亡 ☆=キーパーソン 主=主介護者 副=副介護者							【家族関係等の状況】	

利用者基本情報(2)

ABC

《介護予防に関する事項》

対象者氏名：舞 りゅう

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・地域との交流

《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	医師名／医療機関／連絡先 (主治医・意見書作成者に✓)	経 過	治療中の場合は内容
<input type="checkbox"/> 入力切替			<input type="checkbox"/> 治療中 経観中 その他	
<input type="checkbox"/> 入力切替			<input type="checkbox"/> 治療中 経観中 その他	
<input type="checkbox"/> 入力切替			<input type="checkbox"/> 治療中 経観中 その他	
<input type="checkbox"/> 入力切替			<input type="checkbox"/> 治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公 的 サ ー ビ ス	非 公 的 サ ー ビ ス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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ものに提示することに同意します。

年 月 日 氏 名

印

介護予防支援アセスメント用情報収集シート ABC

氏名： 舞 りゅう

様 年齢： 120 歳 性別： 男 ・ 女

調査日： 令和02年10月26日

調査者：

調査機関：

1. 運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容	考えられる原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	留意点
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		その他
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	
2. 日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物を自分で選んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	留意点
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	本人・家族の意向
掃除を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	留意点
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	留意点
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	その他

基本チェックリスト ABC

評価用チェックリスト

記入日	令和02年10月26日 (1 回目)	作成者		
記入者	本人・家族・その他 ()	機 関		
フリガナ	マイリュウ	本人承諾		
本人氏名	舞 りゆう	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治33年01月01日	生 (120) 歳
住 所	茨城県龍ケ崎市3710	電 話		
地 区		携 帯		
希望するサービス内容		FAX		
主 訴				
作成区分	問診 ・ 自己記入	健診区分	集団 ・ 個別	登録日 令和02年12月09日
No	質問項目	回答 (いづれかに○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	
運動不足に関する項目 (0点 / 5点)		運動不足:		
握力(kg)(<29) / 開眼片足立時間(秒)(<20) / 10m歩行速度(秒) (≧8.8) 計: 0点				
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	
栄養改善に関する項目 (0点 / 2点)		栄養改善:		
血清アルブミン値 (g/dl) (≤3.8)				
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。			
口腔内ケアに関する項目 (0点 / 3点)		口腔内ケア:		
反復唾液嚥下テスト 3回以上・未満 [<3] / 視診所見あり(口腔内)				
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	
閉じこもり予防に関する項目 (0点 / 2点)		閉じこもり予防:		
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	
物忘れ予防に関する項目 (0点 / 3点)		物忘れ予防:		
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	
うつ予防に関する項目 (0点 / 5点)		うつ予防:		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
1~20までのうち10項目以上該当する場合、		合計: 0/20点	質問項目合計: 0/25点	

サービス担当者会議の要点

A

利用者氏名 舞 りゅう 様 計画作成担当者 作成年月日 令和02年11月02日
 開催日 令和02年11月02日 開催場所 開催時間 ~ 開催回数

	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
会議出席者						
検討した項目						
検 討 内 容						
結 論						
残された課題						
(次回の開催時期)	(次回の開催予定日)					

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)

A

No.:

利用者名: 舞りゆ 氏 認定年月日: 令和02年10月26日 認定の有効期間: 令和02年11月02日 ~ 令和03年11月30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: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 龍ヶ崎市地域包括支援センター 茨城県 龍ヶ崎市3710番地 0297-62-8086

計画作成(変更)日: 令和02年11月02日 (初回作成日: 令和02年11月02日) 委託先の場合-担当地域包括支援センター

目標とする生活

1日		1年		支援計画															
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(習熟・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体的な目標について本人・家族の意向	目標	目標についての支援のポイント					具体的な支援の内容							
							本人の取組	家族・地域の支援・民間サービス等	介護保険サービス	地域支援事業	区市町村サービス	本人の取組	家族・地域の支援・民間サービス等	介護保険サービス	地域支援事業	区市町村サービス			
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防・生活支援サービス事業の場合は、○をつける。

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

【本来行うべき支援が実施できない場合:必要な支援の実施に向けた方針】

【総合的な方針(生活の不活発化の改善・予防のポイント)】

【必要な事業プログラム】						【地域包括支援センター記入欄】		【利用者記入欄】	
運動等の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	認知機能の予防	物忘れ予防	うつ予防	名称	龍ヶ崎市地域包括支援センター	確認印	
/5	/2	/3	/2	/3	/5	担当地域包括支援センター			介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。
						意見			年月日 氏名: 印

B・C

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

介護予防ケアマネジメント (B・C) 【簡易プラン】

記入日 年 月 日

利用者名	昭和 年 月 日生 () 歳	事業所名	
		作成者	
参加事業名			

本人の現状と課題
【現状の生活】
【本人の望む生活】
個人目標
事業参加の留意点 (医師からの注意事項・現病歴・既往歴等)
【参加メニュー】

同意欄
上記計画について、同意いたします。
同意日 年 月 日 氏名 印

評価予定日

評価日

評価		
達成・未達成 (理由) 【現状と今後の方針】		
地域包括支援センター意見		
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 終了

介護予防サービス計画 (要支援 1.2 認定者)

令和02年11月介護予防サービス利用票 (兼介護予防サービス計画)

介護予防支援事業者一利用者

認定済・申請中

保険者番号	082081	保険者名	龍ヶ崎市	介護予防支援事業者事業所名	龍ヶ崎市地域包括支援センター	作成年月日	令和02年11月02日	利用者確認
被保険者番号	0000000001	フリガナ 被保険者名	マイリョウ 舞りゅう 様	委託先 支援事業者名 担当者名		届出年月日	令和02年11月02日	
生年月日	明治33年01月01日	性別	男	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	事業対象者	保険者確認印		
				区分支給 限度基準額	5,032 単位/月	限度額 適用期間	令和02年11月 から 令和03年11月 まで	前月までの 短期入所 利用日数 0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																														合計回数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		月
~	訪問型独自サービスⅠ	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績	A2																														
~	訪問型独自サービスⅡ	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績																															
~	訪問型サービスA/回数/1割	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定	A3																														
			実績																															
~	訪問型サービスA/月/1割	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績																															
~	通所型独自サービス1	デイサービス龍ヶ崎	予定	A6																														
			実績																															
~	通所型独自サービス2	デイサービス龍ヶ崎	予定																															
			実績																															
~	通所型サービスA11・送迎あり/回数/1割	通所型サービスりゅう	予定	A7																														
			実績																															
~	通所型サービスA11・送迎あり/月/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績																															
~	通所型サービスA12・送迎あり/回数/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績																															
~	通所型サービスA12・送迎あり/月/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績																															
~	予防者12	龍ヶ崎市訪問看護ステーション	予定	介護予防給付																														
			実績																															
~	予防通所リハビリ2	介護老人保健施設りゅう	予定																															
			実績																															
~	予防訪問リハ2	りゅうがき訪問リハビリステーション	予定																															
			実績																															

介護予防サービス計画（要支援1・2認定者）

認定済・申請中

令和02年11月介護予防サービス利用票（兼介護予防サービス計画）

介護予防支援事業者一利用者

保険者番号	082081	保険者名	龍ヶ崎市	介護予防支援事業者事業所名 担当者名	龍ヶ崎市地域包括支援センター		作成年月日	令和02年11月02日		利用者確認		
被保険者番号	000000001	フリガナ 被保険者名	マイリュウ 舞りゆう様	委託先 支援事業者名 担当者名			届出年月日	令和02年11月02日				
生年月日	明治33年01月01日	性別	男	要介護状態区分	事業対象者		保険者確認印					
				変更後 要介護状態区分 変更日			区分支給 限度基準額	5,032単位/月	限度額 適用期間	令和02年11月 から 令和03年11月 まで	前月までの 短期入所 利用日数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																														合計 回数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		月
～	予単独短期生活12	特別養護老人ホームりゆう	予定																															
～	予防歩行補助つえ貸与	龍ヶ崎市福祉用具貸与	予定	介護予防給付																														
			実績																															

ケアマネジメントA・B (要支援1・2認定者、事業対象者)

認定済・申請中

令和02年11月介護予防サービス利用票 (兼介護予防サービス計画)

介護予防支援事業者→利用者

保険者番号	082081	保険者名	龍ヶ崎市	介護予防支援事業者事業所名 担当者名	龍ヶ崎市地域包括支援センター				作成年月日	令和02年11月02日		利用者確認	
被保険者番号	0000000001	フリガナ 被保険者名	マイリス 舞りゆう 様	委託先 支援事業者名 担当者名					届出年月日	令和02年11月02日			
生年月日	明治33年01月01日	性別	男	要介護状態区分	事業対象者				保険者確認印				
		変更後 要介護状態区分 変更日		区分支給 限度基準額	5,032単位/月				限度額 適用期間	令和02年11月 令和03年11月	から まで	前月までの 短期入所 利用日数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	
～	訪問型独自サービスⅠ	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績	A2																														
～	訪問型独自サービスⅡ	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績	A3																														
～	訪問型サービスA/回数/1割	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績	A3																														
～	訪問型サービスA/月/1割	龍ヶ崎市訪問介護事業所	予定																															
			実績	A3																														
～	通所型独自サービスⅠ	デイサービス龍ヶ崎	予定																															
			実績	A6																														
～	通所型独自サービスⅡ	デイサービス龍ヶ崎	予定																															
			実績	A6																														
～	通所型サービスA11・送迎あり/回数/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績	A7																														
～	通所型サービスA11・送迎あり/月/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績	A7																														
～	通所型サービスA12・送迎あり/回数/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績	A7																														
～	通所型サービスA12・送迎あり/月/1割	通所型サービスりゅう	予定																															
			実績	A7																														

1 1. 記入例

(記入例) 介護予防支援アセスメント用情報収集シート BC

氏名: 舞 りゅう 様 年齢: 120 歳 性別: (男)・女 調査日: 令和02年10月26日

調査者:

調査機関:

1. 運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容	考えられる原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	留意点
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		その他
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日程度 <input type="checkbox"/> 4~5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	
2. 日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物を自分で選んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
公的書類の届けや契約などを自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	本人・家族の意向
掃除を自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	その他
	↑該当にチェック	気になること (認識) 気付いたこと	

(記入例) B・C

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

介護予防ケアマネジメント(B・C)【簡易プラン】

記入日 年 月 日

利用者名	舞 りゅう 年 月 日生()歳	事業所名	龍ヶ崎市地域包括支援センター
		作成者	
参加事業名			

本人の現状と課題

【現状の生活】
(・・・うまくできない)

【本人の望む生活】
(・・・したい)

個人目標

本人はどのような生活を望んでいるのか。
・具体的に「・・・してみたい。参加してみたい」という生活の目標を認識し、生活の意欲を高める。
・家族が本人とどのような生活を望んでいるのか。本人に何を期待しているのか。

事業参加の留意点(医師からの注意事項・現病歴・既往歴等)

医師からの注意事項・現病歴・既往歴

【参加メニュー】
※担当者会議に置き換え、本人・事業所と確認

同意欄

上記計画について、同意いたします。

同意日 年 月 日 氏名 印

評価予定日 年 月 日

評価日 年 月 日

評価

達成・未達成 ◀ O印でチェック
(理由)

【現状と今後の方針】

地域包括支援センター意見

	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 終了
--	---	--

12. Q&A

Q1 事業対象者の利用限度額はどうか。

A1 事業対象者は要支援1の限度額と同じ設定。

要支援1（要支援2）の認定者は認定結果の限度額を超えない。
（総合事業と介護給付の合算でも超えない）

Q2 要支援1、要支援2、事業対象者の基準緩和サービスの利用回数はどう決めるのか。

A2 アセスメントによりそれぞれ利用回数を決定する。

地域の活動へ参加し卒業することを目標とする。

（参考）

- ・要支援1の方は、デイサービスは週1回程度（以下でも可）
- ・要支援2の方は、デイサービスは週2回程度（以下でも可）
- ・予防プランの考え方と同様の事業対象者の方は、デイサービスは週1～2回可

Q3 料金を回数制にした場合のキャンセル料の考え方はどうすべきか。

A3 利用単位を包括ではなく回数で分けたため、事業所の考えで発生した実費相当分内（食事、送迎）を請求可能。

Q4 プラン料金は設けるのか。（包括分、委託分）

A4 予防給付のサービスと総合事業のサービスの併用の場合は、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が包括支援センターに対して支払われる。

Q5 基本チェックリストの実施でいつから対象になるのか。

A5 新規の方は基本チェックリスト実施票の受付から認定するまでに1週間程度要する。

要介護認定の更新申請をせず、基本チェックリストを実施する場合は認定の有効期間の一月前にチェックして包括支援センターへ提出する。それぞれ、基本チェックリストとともに居宅介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書を提出し、介護保険被保険者証の発行を受ける。

Q6 要介護認定申請中の取り扱いについて

A6 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係（表6 ガイドライン参照）

表6

	介護（予防）サービスのみ	介護（予防）サービスと総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	介護予防サービス分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメント費も含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防サービス計画費を含めた給付分は予防給付より支給 事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメント費も含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	居宅介護サービス計画費を含めた給付分は介護給付より支給、事業分は介	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提

	護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	供分は事業により支給 居宅届出提出日前日まで
--	-----------------------------------	---------------------------

※ 内：申請中のサービス利用については、利用前に必ず相談してください。

Q7 更新申請で要介護から要支援1（要支援2、総合事業対象者）に認定された。

訪問介護と通所介護の利用しかしていないが、総合事業を利用しなければならないか。

A7 まずは、結果を尊重しアセスメントしてサービスを検討する。

Q8 要支援1（要支援2）の認定から介護保険非該当の判定となった方は、継続してサービスは利用できるか。

A8 基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当した場合は、アセスメントをして事業対象者として必要なサービスを検討する。その際、保険外の多様なサービスも検討する。

Q9 事業対象者で当初は、通所型サービス（訪問型サービス）の利用をしていたが、本人の状態の変化や家族の都合で他のサービス（ショートステイ、福祉用具レンタル、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ）が必要になった。追加して利用可能か。プランはどうしたら良いか。

A9 アセスメントをして状態の変化がみられたら、介護申請を行い介護保険のルールに従って対応する。（申請中の対応は、手順書P39～40・Q&A6参照）

通所型サービスを2回/週利用していたが、要介護認定申請の結果、要支援1となった場合、基本的には要支援1の認定のサービス利用となるが、支援の回数について話し合っって適切な利用回数にする。（本人、家族、ケアマネジャー、サービス事業所等）

Q10 要支援1（要支援2）の認定を持ち総合事業を利用していた。しかし、他のサービス（ショートステイ、福祉用具レンタル、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ）が必要になった。どうしたら良いか。

A10 認定の枠（限度額内）でサービスの利用を検討する。その際、ケアプランの変更をすること。総合事業のサービスの継続は可能だが、利用単位に含まれる。状態により区分変更申請の検討をする。

Q11 他市町村のサービスを利用したいのですが…。

A11 龍ヶ崎市の総合事業の主旨や内容を理解していただき、龍ヶ崎市の指定を受けた事業所のサービスは利用可能。その他、総合事業は龍ヶ崎市が指定した事業所のみ利用可能です。指定をした事業であっても、市外の地域密着事業所は要介護認定になったら利用できない。（市外の地域密着型サービスの利用は、事業対象者及び要支援1と2の方のみ可能）

Q12 総合事業のサービスを利用する事になった場合、担当ケアマネジャーはどうなるか。

A12 新規の事業対象者は、現在のところ包括支援センターで可能な限り担当している。ただし、既に要支援認定者の担当を受けている場合（民間事業所へ委託している場合）または、要介護認定の更新をせずに事業対象者となった場合においては、継続して委託をお願いしている。（ケースの状況により、新規でも委託する場合はある。）

Q13 基本チェックリストの判定は誰が行うのか。誰が聞き取るのか、本人が来庁しなかった時は何時、誰が行うのか。

A13 窓口で本人が来庁された際は、対応者が窓口で聴取し、保健師に渡し受付をして PC 入力を行い判定する。結果については後日お知らせすることを窓口で伝える。本人が来庁しなかった場合、包括スタッフが訪問にて実施する。判定は窓口同様、後日お知らせする。要支援認定者で要介護認定の更新手続きをしない方もしくは、委託事業所の居宅介護支援事業所で相談を受け基本チェックリストを実施することも想定できる。その際も包括支援センター保健師に渡し判定を受ける。

Q14 事業対象者の判定後は、サービス内容や回数の判断は誰がするのか。

A14 計画を立てる担当ケアマネジャーがアセスメントの結果、状態に合わせて必要な内容と回数を決める。ケアプランの提案に対し本人が同意することでサービス利用開始となる。総合事業の利用限度を超えないように本人の状態等のアセスメントに基づきプランを担当ケアマネジャーが作成する。包括は提出書類を基にケアプランをチェックする。

Q15 基本チェックリストの判定に不満があったらどうすれば良いか。(区変のような対応が出来るのか)

A15 総合事業の趣旨を伝える。該当しない場合が不満であると想定するが、基本チェックリストに該当しない場合は自立度が高い者として一般介護予防や地域での活動へ促す。まずサービスありきではなく、介護予防・総合事業の目的があくまでも自立支援であること、目標を達成するために必要な支援を提案する。

Q16 要支援の認定期間は現状通りか。また、事業対象者の認定期間は設けるのか。

A16 要支援については最長 36 ケ月。途中、状態の変化がみられれば適時変更申請、要介護申請可能。事業対象者に関しては原則 12 ケ月とする。

Q17 担当人数に制限はあるのか。(委託の場合)

A17 予防の担当の制限がなくなっているが、概ね 8 名(介護の担当 4 名相当)と取り決めている事業所が多いことから、要支援認定者及び事業対象者で合せ 8 名程度とする。

Q18 要支援 1 (要支援 2) の認定がある方は、総合事業に同意しなければ現行の国基準の介護予防サービスの利用が可能なのか。

A18 現行の国基準サービスも利用可能である。総合事業の趣旨を説明し同意が得られたら、基準緩和の訪問型サービス(通所型サービス)へ移行することが望ましい。

Q19 要支援 1 (要支援 2) の認定で既にサービスを利用中の方は、すぐには事業対象者へ移行しなくても良いのか。利用サービスは総合事業に限定されるのか。

A19 状態等を踏まえながら、すでに利用しているサービスが総合事業の内容であって、本人や家族への説明でご理解いただけた場合に事業対象者へ移行する。

総合事業の基本的な考え方としては、多様なサービス利用を促進することが前提

①既にサービスを利用しているケースで、サービス利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース。自立のための支援であることから、卒業を目標にしていくことは必要。

②「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケースは要介護認定の申請をする。

- ・ 2号被保険者：がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となること
がサービスを受ける前提となるため
- ・ 専門的な補助を要する入浴等の身体介護が必要な者
- ・ 認知症の進行等による家族の負担が大きく、長時間の利用が必要な者
- ・ 転倒の危険性が高く、骨折を繰り返している者（多様なサービスのカリキュラム参加が困難な者）
- ・ 不定愁訴等、精神の不安定さがあり総合事業の同意が得られない者

※まず、在宅生活の安定を図るための支援を行いながら、支援のあり方を検討する。

Q20 入浴が必要な要支援1（要支援2）は介護予防利用として良いか。総合事業対象者も入浴を希望したら利用可能か。

A20 入浴だけの判断で総合事業対象であると判断は如何か。身体的な理由からなのか、能力はあるが皆が入っているからか、アセスメントの中でのなぜ入浴が必要なのか検討する必要がある。総合事業利用者の入浴は、事業所のオプションとし、実費負担とすることを検討している。（総合事業のカリキュラムをこなす時間外で実施すること）

Q21 閉じこもりの人は要介護認定申請せずに事業対象者として可能か。

A21 可能。迅速な対応でサービスに繋げる総合事業導入の理にかなっている。

Q22 同一サービスの2事業者利用は可能ですか。

A22 原則国基準のサービス利用の考え方と同様、同一サービスの2事業所の利用はできない。（同一サービスの国基準と基準緩和の支援と併せる事もできない）

Q23 要支援の認定を受け、通所型サービス又は訪問型サービスを利用。60日前に要介護認定の更新の時期となるが、認定の更新を“する”“しない”の確認は委託先の居宅介護支援事業所が行うのか。それとも地域包括支援センター又は市役所で判断されるのか。

A23 要介護認定の更新をするか否かはご本人、ご家族が最終的に決める。その際に、総合事業の説明（更新申請をせず、基本チェックリストを実施し事業対象者となった場合に、総合事業のサービスが利用できること等）を行う。更新するか否かの確認は現担当ケアマネジャーにご協力いただきたい。更新しない場合は、基本チェックリストの実施を現担当ケアマネジャーに行っていたいただき、地域包括支援センターは提出されたチェックリストに基づき事業対象者か否かを判断する。事業対象者に該当した場合、居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書を介護福祉課へ提出し、介護保険証の交付を受ける。（支援有効期間の開始月日は、要介護認定の有効期間終了日からとなる。）要介護認定の更新手続き同様に、基本チェックリストもケアプラン有効期間の30日前以降から受付可能とする。（ただし、基本チェックリストの右上に朱書きで「再」と記載し提出すること。）

Q24 通所型サービス、訪問型サービスのみの利用しか見込みがない場合は、要介護認定の更新申請をしないのか。

A24 総合事業の説明をしつつ同意が得られた方は、要介護認定の更新をせず、まず基本チェックリスト実施にご協力いただきたい。

（関連事項：手順書 P42・Q&A23 参照）

Q25 総合事業対象者の方で、不定期にショートステイを利用する予定または可能性がある利用者について、ケアプランはこれまでの“介護予防サービス計画”と説明会で提示があった“介護予防サービス・支援計画”いずれかを作成するのか。いずれも作成するのか。またこの場合、ショートステイの利用有無月の請求はどのようになるのか。

A25 総合事業の対象者は、

- ①要介護認定を申請して要支援1、要支援2の認定された方
- ②基本チェックリストを実施して“事業対象者”と判定された方

これまで作成されていた計画は“介護予防サービス・支援計画”である。

今後、①予防給付サービスを利用する場合は“介護予防サービス・支援計画”を作成すること。②予防給付サービスを利用しない場合（総合事業独自サービスを利用）の場合は“ケアマネジメントA”を作成すること。③予防給付サービスを利用しない場合（基準緩和サービスを利用）の場合は“ケアマネジメントB”を作成すること。

【参照】 本手順書のP2（3. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方）、P23～（10. 様式について）を参照すること。

質問の内容については、当月に利用予定のある、なしでまず判断していただきたい。サービスを利用した月のみ、ケアプラン料の請求が可能となる（予防給付も同様）。

Q26 月途中で介護保険新規申請・区分変更申請が行われた際、委託先の居宅介護支援事業所に支払われる委託料の取り扱いは介護予防サービスと同様と考えてよいか。

A26 その通り。月末のケアプランを立てた居宅介護支援事業所へ支払う。

Q27 介護予防サービス・独自サービス、基準緩和サービスの利用の選択の判断はアセスメントを実施して行われるが、更新申請の場合、アセスメントは誰がどの時期に行うのか。地域包括支援センターへの確認の必要性はあるか。またその場合の書式の有無、支援経過への記録のみでよいか。

A27 アセスメントは担当ケアマネジャーが必要時、その都度実施する。その結果、要介護認定を申請せず、事業対象者への申請（基本チェックリストの実施）する場合は、ケアプラン有効期間終了日の30日前から終了日までの間に包括支援センターへ提出する。その他、不明な点がある場合は、随時、包括支援センターへご相談ください。

Q28 介護予防ケアマネジメントのサービスについて、アセスメントを踏まえてサービスの内容、利用回数、利用時間を検討すると記載があるが、上限や制限は設定されていないのか。

A28 事業対象者のサービス利用限度額は、原則要支援1の上限を超えてはいけない。基準緩和型は利用回数、利用時間について月定額と回数額を設定している。

【参照】 龍ヶ崎市介護予防・日常生活支援総合事業について（案）

平成28年11月21日（Ver. 1）

P12～14 1 通所型サービスについて（案）

P10～12 2 訪問型サービスについて（案）

- Q29 事業対象者は要支援1（5,032単位）の限度額と同じ設定とあるが、要支援2の方で総合事業のサービスを利用する場合、通所の利用回数が減少する可能性が想定されるがその場合の取り扱いはどのように考えているのか。
- A29 要支援2は要支援2の限度額（要支援1は要支援1の限度額）、事業対象者は要支援1（5,032単位）の上限を原則超えないようアセスメントすることが必要。現状において利用回数が減少することは想定していない。
（関連項目：手順書P43・Q&A28）
- Q30 要介護認定新規申請者で審査前に先行してサービスを利用。当初デイサービスのみの利用で月の途中または翌月初旬から福祉用具貸与の利用が追加された場合、暫定で作成されていたプラン書式はいずれの書式を使用して作成されるのか。
- A30 介護予防サービス・支援計画の様式で作成する。
これまで通り、認定結果前のサービスについては介護保険のルールに従いプランを立てる。
事業対象者で独自サービスを利用の場合はケアプランAを作成。
基準緩和サービスを利用の場合はケアプランBを作成。
※介護予防給付サービスが必要になった時点で、要介護・要支援認定の申請を行うことも可能。
- Q31 確認票（振り分け）実施は新規相談者のみ対象か。更新申請を検討する際は基本チェックリストの使用とQ&Aには記載あるがいかがか。
- A31 確認票（振り分け）及び基本チェックリスト実施は、新規だけでなく更新の際にも活用していただきたい。
- Q32 事業対象者（要介護認定を受けていない）が、通所サービス・訪問サービスを利用しているが、月の途中で他のサービスが必要になった時の対応はどのようにすべきか。
- A32 予防給付のサービスが必要になった場合は、要介護・要支援認定の申請を行うことが必要。認定の結果で自己負担が発生する場合があるので、利用内容について地域包括支援センターへ事前に相談してほしい。
- Q33 更新者で委託先居宅事業所が継続してマネジメントを担当している。平成30年4月からは訪問型サービス・通所型サービスのみ、いずれかまたは両方を利用している利用者はケアマネジメントBですべて取り扱いとなるのか。
- A33 総合事業のサービスのみの利用者について、
・独自サービスの利用者は「ケアマネジメントA」
・緩和型サービスの利用者は「ケアマネジメントB」
※ケアマネジメントAはケアマネジメントBを含むのでケアマネジメントAでも良い。
- Q34 ケアマネジメントAのアセスメントは地域包括支援センターが行うとされているが、委託先の居宅介護支援事業所が担当する利用者が更新の結果、総合事業の利用でケアマネジメントAの対象となった場合、アセスメントは地域包括支援センター職員が行うのか。
- A34 基本的に総合事業の新規のアセスメントは当面地域包括支援センターが行うこととして

いるが、更新の場合は従来通り現ケアマネジャー（委託の居宅介護支援事業所）にご協力いただきたい。

Q35 相談または代行申請を受けた場合の対応はどのようにすべきか。

A35 基本的には地域包括支援センターで相談を受けることとするが、民間事業所のケアマネジャーが、今までの関わりの中で直接相談を受けることもあると想定される。相談票及び基本チェックリストを活用していただき、地域包括支援センターへつなぐことについて、ご協力いただきたい。

（関連項目：手順書 P40・Q&A11、P41・Q&A15）

Q36 要支援更新認定の申請の時期はどうすればよいのか（いつ どこで だれが何を どうするのか）。

A36 60日前から現担当（委託も含む）のケアマネジャーが、通所型サービスと訪問型サービスのみの利用の方に対し、総合事業について説明して同意が得られた場合は基本チェックリストを実施する。同意が得られない場合は、要支援更新認定申請を行う。（手順書 P5～7 を活用）

（関連項目：手順書 P42・Q&A23）

Q37 介護予防給付を継続して受けるため、福祉用具のレンタルを検討しているが…。

A37 介護予防給付を利用する場合には、アセスメントを行いプランに反映することが要件となる。必要な時期に必要な手続きを行うスタンスで考えてほしい。

Q38 総合事業の初回加算の考え方について

A38 要支援認定者が事業対象者になった場合、事業対象者から要支援認定者となった場合は初回加算の対象とならない。一定期間（2ヶ月以上）サービスの利用がない場合、3ヶ月目に一定の書類を提出した場合のみ対象となる。（一定の書類については、P2・表1参照）

（関連項目：手順書 P20・8. 単価、報酬、支払・○初回加算）

Q39 チェックリストは誰が行うのか、どのように聴取するのか。

A39 現担当ケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーが本人から直接聴き取る。市役所の窓口に来所された場合、地域包括支援センター職員が本人から直接聴き取る。

その他、直接事業所へ来所しての相談があった場合は、基本チェックリストの聴取に協力できる場合は実施していただき、聴取できなかった場合は後日地域包括支援センターから連絡が入ることを伝えた上で、地域包括支援センターへ相談があった旨、連絡してほしい。

（関連項目：手順書 P41・Q&A13）

Q40 事業対象者の被保険者証の発行は行うのか

A40 事業対象者への介護保険被保険者証は、介護状態区分等の欄に「事業対象者」認定年月日の欄に「基本チェックリスト実施 年月日」が印字されたものが発行される。基本チ

チェックリストを実施した後、判定し事業対象者となった場合、一週間程度で「介護保険被保険者証」を発行する。

(関連項目：手順書 P42・Q&A23)

Q41 事業対象者としてサービスをスタートした人は、チェックリストの再提出が必要か否か。事業対象者としての再認定が必要か否か。

A41 チェックリストは概ね一年後に、包括へ紙ベースで再提出が必要。事業対象者としての再認定の必要はないが、チェックリストの結果で該当しなければサービスを終了とする。

※チェックリストの提出について

【提出が必要な場合】

- ・事業対象者の認定を受けるとき
- ・一年後の評価をするとき
- ・2度目以降の提出の時期は（一年後、状態が変わったとき、計画が変わるとき、初回のチェックリストを実施してからサービス未利用で6ヶ月過ぎて利用開始したとき）
- ・状態が改善され事業対象者に該当しないと思われたとき

【提出が不要な時】

- ・3～6ヶ月の評価のツールとして使用し変化がみられないとき

(関連項目：手順書 P41・Q&A16)

Q42 要介護・要支援認定の申請後、基本チェックリストにより総合事業のサービスを利用することは可能か。

A42 要介護・要支援認定の申請後、基本チェックリストにより総合事業のサービスを利用することは想定していない。申請日から認定日までの間、総合事業及び介護保険サービスを利用する必要がある場合は、これまでと同様に、暫定居宅（介護予防）サービス計画を作成したうえで、総合事業及び介護保険のサービスを利用する。

Q43 認定かチェックリストか判断に迷うとき、認定を受けずに事業対象者はA2、A3、A6、A7のサービスが利用できるのか。

A43 基本チェックリスト実施し事業対象者となれば利用可能。基本的に総合事業のサービス（訪問型、通所型）の利用のみなら事業対象者とし、介護予防ケアマネジメント手順書の総合事業の利用までの流れについて（相談票）P6様式1、P7様式2を活用し、迷ったら包括に相談ください。

Q44 事業対象者の結果が出ないと体験ができないのか

A44 今までと同様に体験することは可能。

Q45 被保険者証はどのように渡されるのか、連絡方法はどのようなのか。

A45 チェックリストの実施では事業対象者に該当したか否かのチェックであり、居宅介護予防ケアマネジメントサービス計画作成依頼届出書を提出して事業対象者となる。被保険者証は契約書や届出書の本人控えと一緒に、担当ケアマネジャーへ直接手渡す。

Q46 サービスの調整（担当者会議）

A46 ケアプランBは担当者会議を不要としているが、目標や内容の確認は本人と事業者と行い、目標を共有したことを経過記録等に記録しておき、必ずしも、担当者会議録は必要としない。書式内の「事業参加の留意点」の欄に共通の理解のもとに参加メニューが組まれた内容で記載する。

Q47 プランの確定・交付

A47 サービス利用開始の前に確定し交付する。

Q48 利用開始の注意点

A48 独自のサービス（包括料金）は、日割り計算になる場合もあるので、利用者と事業所の契約日を確認ください。

※実績の提出する際に利用票の右上にサービス事業所との契約日の記入をお願いします。

Q49 プランの継続・見直し・終了について、いつどのような時が継続で、終了なのか。

A49 継続：サービスを継続することで、現在の生活が継続できる状態

見直し：状態の変化（目標が達成されたとき、身体介護が必要になったとき、悪化など）

終了：自立（社会参加ができています）

Q50 どのプランを立てればよいのか。

A50

サービスの内容	介護予防計画様式	ケアプランA様式	ケアプランB様式 (簡易プラン)
介護予防給付サービス	○	×	×
A 2、A 6	○	○	×
A 3、A 7	○	○	○
提出時期	① サービス開始時 ② 認定期間開始時 (有効期間が2年・3年の場合は、一年後) ③ 内容の変更時	① サービス開始時 ② 認定期間開始時 (有効期間が2年・3年の場合は、一年後) ③ 内容の変更時	① サービス開始時 ② 内容の変更時 ③ 6ヶ月後 ※評価は3~6ヶ月、1年で行う
プラン料単価	430単位	430単位	300単位

※プラン料は利用サービスの内容で決まる。介護予防計画書を作成してもサービス内容が緩和のサービスのみの場合は、プラン単価は300単位となる。

※計画の目標について（ケアプランB様式内にも目標の記載は必要）

長期目標：3～12ヶ月 自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」

短期目標：3～6ヶ月 維持・改善すべき課題「目標」が達成されることを目的に（効果的な方法・手段、期限）計画を作成する

※ケアプランAは、「総合的な方針」の欄に、身体状況等の内容を記載する。

Q51 アセスメント アセスメントはいつするのか。

A51

アセスメント	介護予防支援計画	ケアプランA	ケアプランB
時期	① サービス開始時 ② 変更があった時 (最新情報を追加する)	① サービス開始時 ② 変更があった時 (最新情報を追加する)	① サービス開始時 ② 変更があった時
提出書類	基本情報 (アセスメントに関する書類の提出は不要)	基本情報 (アセスメントに関する書類の提出は不要)	基本情報

Q52 モニタリング プランAとプランBの違い 頻度、モニタリングの場所は自宅以外でも可
か。

A52

モニタリング	介護予防計画	プランA	プランB
サービスの内容	予防給付	国基準	基準緩和
頻度	① 毎月 ② 状況に変化があった時 ③ サービス評価時期の終了月	同左	① 必要時及び 評価時期 ② 3ヶ月/回以上
場所(手段)	① 3ヶ月に1回および、サービス評価時期の終了月は自宅を訪問し利用者 と面接する ② 訪問しない月は、電話、サービス提供場所(デイ)などで モニタリングする	同左	① 3～6ヶ月に1回は自宅を訪問し、 利用者と面接する ② 訪問しない月は電話、サービス提供 場所(デイ)などでモニタリングする

Q53 評価 包括への情報集約は何を提供するのか、提出が必要か

A53

評価	介護予防支援計画	プランA	プランB
時期	随時(計画書に位置付けられた 目標の期間が終了ごと) 最長でも12ヶ月	随時(計画書に位置付 けられた目標の期間 が終了ごと) 最長でも12ヶ月	3～6ヶ月および、 1年後
提出書類	サービス評価表 計画書	サービス評価表 計画書	介護予防ケアマネ ジメント(手書きで 評価を記載して)

- Q54** 現在担当（要支援・要介護認定者や事業対象者）している利用者の家族の基本チェックリストは誰が実施するのか。その後の担当はどうなるのか。
- A54** ケアマネジャーが担当している家族で関りのある方から相談されたとき、問診が可能であれば、基本チェックリストについての考え方（手順書 P8～9 参照）に基づいて実施し、包括へチェックリストの提出をお願いします。（同行訪問をお願いすることもある）担当については、相談にて決める。
- Q55** 事業対象者としてサービスを利用していたが、一時休止した。再開の時は何か手続きが必要か。
- A55** 休止～再開に関しては、様々な事由が想定される。担当者において、そのような事象が発生した場合には、その都度、地域包括支援センターまでご相談ください。