日向市 介護予防支援・介護予防マネジメント 業務マニュアル

> 日向市高齢者あんしん課 地域包括ケア推進係 令和6年7月版

## ≪介護保険制度の基本的な考え方≫

介護保険の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

#### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護 状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その 他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、**その**有する能力に応じ自** 立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに 係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保 険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図 ることを目的とする。

### (介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」 という。) に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止**に資するよう行われると ともに、**医療との連携**に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、 被保険者の選択に基づき、**適切な保健医療サービス及び福祉サービス**が、**多様な事業者 又は施設から、総合的かつ効率的に提供**されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、**被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む**ことができるように配慮されなければならない。

#### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自**ら要介護状態となることを予防するため**、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して**常に健康の保持増進に努める**とともに、**要介護状態となった場合**においても、進んでリハビリテ-ションその他の適切な保健医療サ-ビス及び福祉サ-ビスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

# 目 次

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業について ・・・・・・・・・・	P 3
1 総合事業とは	
2 総合事業の考え方	
3 事業内容	
4 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとは	
5 介護予防ケアマネジメントの類型	
6 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
第2章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ・・・・・・・	P 9
1 利用申し込み受付・契約締結	
2 情報収集・アセスメント	
3 ケアプラン原案作成	
4 サービス担当者会議	
5 利用者への説明・同意	
6 ケアプラン確定・交付	
7 ケアプランに基づくサービスの実施	
8 モニタリング・評価	
9 指定介護予防支援事業者の対象拡大に伴う利用者との契約について	
第3章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約について	P14
1 業務の一部委託	
2 契約締結	
3 介護予防サービス計画書作成依頼(変更)届出書の取り扱いについて	
4 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の取り扱いについて	
5 地域包括支援センターへの提出様式(計画書作成時)等について	
6 地域包括支援センターへの提出様式(評価時)について	
7 介護予防サービス・支援計画書原案等の保管について	
第4章 介護予防サービス・支援計画 (ケアプラン)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P24
1 介護予防ケアプランの作成のポイント	
第5章 介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)の評価・変更・・・・・	P26
1 評価会議総括表	
第6章 給付管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P28
1 利用者の状況と請求の関係	
2 給付管理の方法・請求等の方法	
参考資料:様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P29
別派・「企業予防支援及び企業予防ケアマネジメントに関する様式集」・計画書様式	

## 第1章 介護予防・日常生活支援総合事業について

#### 1 総合事業とは

総合事業は、介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45第1項に規定されるもので、地域包括ケアシステムの一環として、市町村が地域の実情に応じて、住民等の多様な主体の多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援認定者等に対する効率的かつ効果的な支援等を可能とすることを目指すものです。

## 2 総合事業の考え方

総合事業が目指すものは、①住民主体の多様なサービスの充実による、要支援者等の選択できるサービスを充実し、住民主体のサービス利用促進②高齢者の社会参加の促進や介護予防のための事業の充実による自立した高齢者の増加③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実施による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図るものです。

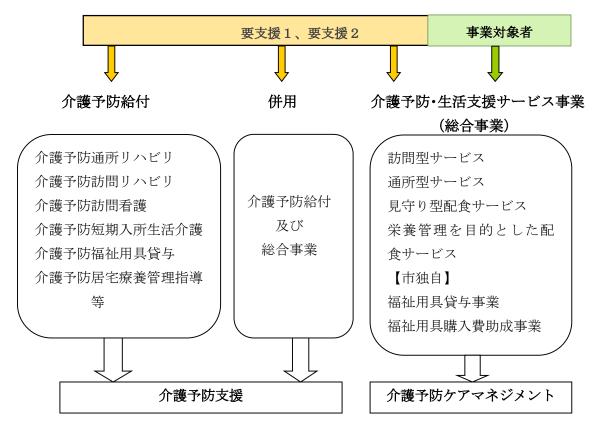
#### 3 事業内容

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)(以下、「介護予防ケアマネジメント」という)は、要支援者及び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、その他状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・生活支援サービス事業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。

ケアマネジメントの内容には、介護予防・生活支援サービス事業のほか、一般介護予防事業やセルフケア、家族や地域住民による支援、地域の団体等が提供するインフォーマルサービスも含みます。

(本市で実施している介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業等については、毎年 実施している『日向市集団指導資料(地域包括ケア推進係担当分)』をご確認ください)

## 4 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントとは



介護予防・生活支援サービス事業は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき提供されるものであり、要支援者は介護予防給付と介護予防・生活支援サービス事業を利用することができます。令和6年4月から、指定を受けた指定居宅介護支援事業所が介護予防給付を利用する要支援者の介護予防支援が実施できるようになりました。

また、介護予防・生活支援サービス事業のみ利用する場合は、基本チェックリストの 記入内容が「事業対象者に該当する基準」のいずれかに該当すれば「介護予防・生活支 援サービス事業対象者(以下、事業対象者という。)」となり、迅速なサービス利用が可 能となっています。

ただし、事業対象者に該当しても、利用できるサービスについては、適切な介護予防 ケアマネジメントに基づいて決定することになります。

一方、65歳以上の全ての人が利用できる、一般介護予防事業のみ利用する場合は、 介護予防ケアマネジメントの必要はありません。

※事業対象者を判定するための基本チェックリストの実施については、P30 の基本 チェックリストの様式【様式1】を使用してください。介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書と提出する基本チェックリストは、利用者の同意の上、日付、 署名が必要です。

#### ※事業対象者に該当する基準

65 歳以上の人に「基本チェックリスト」を実施した結果、下記の①~⑦の項目のいずれかに該当した場合、事業対象者となります。

①No.1~20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	複数項目に支障がある可能性
②No.6~10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動機能の低下がある可能性
③No.11~12 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態の可能性
④No.13~15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下がある可能性
⑤No.16~17 の 2 項目のうちNo.16 に該当	閉じこもり傾向にある可能性
⑥№.18~20 までの 3 項目のうち 1 項目以上に該当	認知機能の低下がある可能瀬
⑦№.21~25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	うつ病の可能性

(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、BM I =体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

### ※事業対象者の有効期限

事業対象者について、有効期限は設けていませんが、サービス提供時の状況や対象者の心身の状態等の変化に応じて、適宜、チェックリストで本人の状況を確認してください。

#### ※事業対象者が認定申請を行った場合の有効期間終了日

事業対象者が認定申請を行った場合は、認定申請日の前日で事業対象者の有効期間が終了します。介護度が確定する前に介護保険サービスを利用する必要がある場合は、暫定ケアプランの作成を行わなければなりません。

### ※事業対象者の転入・転出

- (1) 転入の場合
- ① 前住所地において「事業対象者」であった場合、要支援(要介護)認定と異なり、「事業対象者」の資格は引き継がれません。
- ② 本人等により事業対象者の申請希望があった場合には、前市町村の介護保険被保険者証の写し等で事業対象者であったことが確認できれば、基本チェックリストを実施できます。なお、本人の状態をアセスメントした結果、予防給付でのサービス利用が必要な場合は、認定申請手続きを行ってください。

## (2) 転出の場合

「事業対象者」が他の市町村に転出するときは、要支援(要介護)認定と異なり、「事業対象者」としての資格は引き継がれません。転出先の市町村が定めた手続きが必要となります

## ※住所地特例対象者

住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所 在市町村が指定した介護予防支援事業者(地域包括支援センター)が行うこととなっ ています。

	日向市が保険者の住所地特例者 ※「A市」に居住する住所地特例者	「A市」が保険者の住所地特例者 ※日向市に居住する住所地特例者
事例	日向市から「A市」の住所地特例 対象施設へ入居し、住所を施設に 変更 総合事業を利用する場合	「A市」から日向市の住所地特例対象施設へ入居し、住所を施設に変更総合事業を利用する場合
認定申請等	認定申請の場合⇒日向市 基本チェックリストの場合 ⇒「A市」の地域包括支援センタ 一等で実施し、日向市へ提出	認定申請の場合⇒「A市」 基本チェックリストの場合 ⇒日向市の地域包括支援センター 等で実施し、「A市」へ提出
被保険者証の発行	日向市	「A市」
介護予防ケアマネジ メント	「A市」の地域包括支援センター 等	日向市の地域包括支援センター等
利用できるサービス	「A市」のサービス	日向市のサービス
事業所指定	「A市」	日向市

## ※非住所地特例対象者

住所地特例対象者ではなく、日向市に住所を有する人が市外に所在するサービス事業所を利用する場合は、当該事業所が日向市の指定を受けた事業所であることが必要です。

	日向市が保険者、「A市」で総合	「A市」が保険者、日向市で総合事
	事業を利用(住民票は日向市)	業を利用(住民票は「A市」)
	認定申請の場合⇒日向市	認定申請の場合→「A 市」
認定申請等	基本チェックリストの場合	基本チェックリストの場合
	⇒日向市	⇒「A 市」
被保険者証の発行	日向市	「A市」
介護予防ケアマネジ	日向市の地域包括支援センター	「A市」の地域包括支援センターと
メント	と一部委託契約を締結した「A	一部委託契約を締結した日向市の
	市」の居宅介護支援事業所等	居宅介護支援事業所等
利用できるサービス	日向市のサービス	「A市」のサービス
事業所指定	日向市	「A市」

#### 5 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態等に応じて、日向市 では以下のように分類します。

- (1) 原則的な介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA) <※日向市のサービスコード項目:介護予防ケアマネジメントI> 現行の予防給付に対する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場合。
- (2) 初回のみの介護予防マネジメント(ケアマネジメント C) <※日向市のサービスコード項目:介護予防ケアマネジメントⅢ> ケアマネジメントの結果、配食サービスのみを利用する場合。

## 6 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(発生を予防する)」「要支援状態になってもその悪化をできる限り防ぐ(維持・改善を図る)」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送

れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

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

介護予防支援と同様、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、目標達成に取り組めるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用を検討し、ケアプランを作成することとなります。

※ 市独自の介護予防・生活支援サービス事業を利用・導入する場合、効率的・効果的 に高齢者の自立支援につながるか事前審査・検討(クイック会議)を行っています。 (地域ケア会議の対象事例になった場合は不要としています)

#### ★ クイック会議が必要な事業

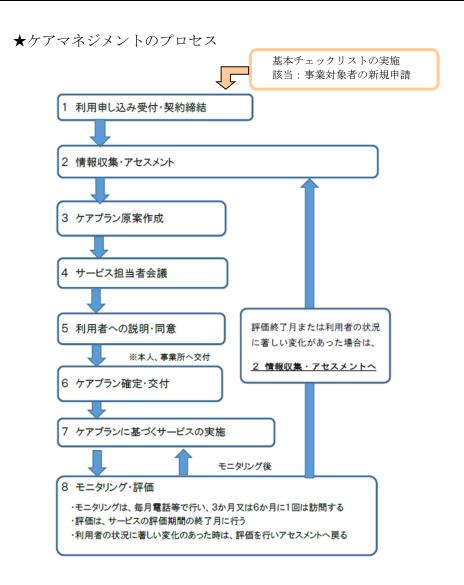
- ・通所型サービス C 事業 (運動・栄養・口腔・認知予防)
- ・地域リハビリテーション活動支援事業【ケアプランに位置づけは必須ではない】
- · 日向市居宅介護予防福祉用具購入費助成事業
- ・日向市総合事業対象者に対する福祉用具貸与事業

クイック会議で『利用可』の審査後(当日も可)に、申請書類の提出が必要です。 申請書提出後の**支給決定日以降での利用開始**となります。

### ★ クイック会議は不要な事業

- ポケットステーション(栄養改善・口腔ケア)
- ・訪問型サービス C (栄養改善・口腔) 事業
- ※ 市独自の介護予防・生活支援サービス事業につきましては、毎年実施している『日向市集団 指導資料 (地域包括ケア推進係担当分)』をご確認ください。

## 第2章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ



#### 1 利用申し込み受付・契約締結

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援 認定者または事業対象者として市に登録されることが必要です。

- (1) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 介護保険証により、要支援認定者または事業対象者に該当するかどうかを確認 します。利用者の意向確認、総合事業や介護予防給付、要介護認定等の説明を行 います。
- (2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用の手続 指定介護予防支援事業者である地域包括支援センター(または委託先の居宅介 護支援事業者)や市の指定を受けた指定居宅介護支援事業者(介護予防支援のみ 可)が運営規程等を説明して同意を得た上で、契約を締結し、ケアマネジメント を開始します。

### 2 情報収集・アセスメント

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。介護予防のアセスメント【1】【2】、生活機能評価、介護予防メニュー リスク確認【1】【2】【別冊様式集】を実施し、利用者の身体状況や生活機能、住宅環境、家族間の関係性、生活で困っていること等を把握し、利用者の望む生活と現状とのギャップについて「なぜできていないのか」の要因分析を行い、生活機能を向上させるための課題を明らかにします。

また、利用者・家族の意向を聴き取り、興味や関心のある事柄を確認します。利用者 の生活機能低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出します。

聞き取りだけでなく、介護認定の根拠資料である主治医意見書や認定調査票なども、 利用者・家族の同意の上開示請求し、確認しましょう。

当該アセスメントの結果について記録をします。(「いつ」「どこで」「誰と」面接したかを支援経過に記録をします。アセスメントの結果が他の書類等により確認できる場合は支援経過への記録を省略可能です。)

#### 3 ケアプラン原案作成

アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせを検討し、ケアプラン原案を作成します。

3~6か月を目途とした「目標設定」と目標達成に向けての具体的な方法・手段を考慮し、計画を作成します。「本人の取り組み」を必ず記載します。

単に公的サービスのみに限定せず、広く社会資源の情報収集を行って、家族や近隣住 民の支援、一般介護予防事業、民間サービスなども積極的に位置づけます。

介護認定申請中に暫定的にサービスを利用する場合は、暫定ケアプランを作成します。 事業対象者については、原則要支援1の区分支給限度額を超えないものとします。

#### 4 サービス担当者会議

利用者・家族、計画作成者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービス 提供者等が、利用者の課題・目標・支援方針・計画などを協議する場です。互いの役割 を理解しあう場でもあります。

やむを得ず会議に参加できない方がいる場合は、あらかじめ照会して意見を求めておき、支援経過記録等に記載しておきます。

#### ◆開催方法

利用者・家族及びケアプラン原案に位置づけた全てのサービス事業所等の担当者、その他担当職員が必要と考える者を招集して開催します。

※テレビ電話等を活用して行うことができます。ただし、利用者又は家族が参加する場合は、テレビ電話等の活用について利用者又は家族へ説明を行い、同意を得たことを支援経過等に記載すること。

※テレビ電話等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」、厚生労働省「医 療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

#### ◆記録の整備

「サービス担当者会議の要点」(独自様式可)または下記の内容を支援経過に記載します。 軽度者の福祉用具貸与の例外給付や福祉用具貸与における同一品目の複数貸与等は その必要性が分かるアセスメント結果やサービス担当者会議でその必要性を精査した 内容、また原則高齢者あんしん課に確認後実施するサービスを導入する場合は、提出し た書類の写しや支援経過記録は保管しておきます。

#### 5 利用者への説明・同意

利用者・家族へ目標や支援内容を説明します。同意を得られたら、ケアプランの同意欄に署名をもらいます。

## 6 ケアプラン確定・交付

ケアプランは、利用者、サービス事業所等へ交付し支援方針を共有します。

## 7 ケアプランに基づくサービスの実施

サービス事業所は、ケアプランの目標にそって、**『介護予防サービス計画・総合評価** (訪問用/通所用)』を作成します。

※ 作成に際しては、【アセスメントマニュアル】サービス提供事業所用アセスメントツール (訪問用/通所用) 令和4年6月改訂版をご確認ください。

日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リストに掲載

サービスの効果や利用者の状況などを継続的に確認しながら実施し、その結果について計画作成者に報告します。計画作成者側も、定期的に報告を受けるよう連携をとり情報収集に努めましょう。

### 8 モニタリング・評価

利用者本人の取り組みも含め、計画の実施状況を把握し、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要性はないか等について確認します。

モニタリングは、毎月1度は必ず行います。3か月に1度は訪問しそれ以外の月は電話等で行います。ただし、次のいずれにも該当する場合は、サービスの提供を開始する月の翌月から6か月に1度の訪問も可能とします。

- (1) テレビ電話装置等を活用して面談を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- (2) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医や担当者、その他の関係者の合意を得ていること。
  - (i)利用者の心身の状態が安定していること。
  - (ii)利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
  - (iii)担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報 について、担当者から提供を受けること。

評価は、6か月を目途(計画期間が6か月に満たない場合は期間満了時、6か月以上の期間の場合は6か月以内に)に実施し、目標の達成度を確認し、必要に応じてケアプランの見直しを行います。

※日向市では、プラン終了月の前月に評価を実施するとしています。

介護予防の目的である状態の維持・改善を目指していくために、目標達成に向けて、 段階的な目標を設定して、その評価を行っていくことが有効です。

#### 9 指定介護予防支援事業者の対象拡大に伴う利用者との契約について

(1) 介護予防支援事業所の指定について

令和6年4月1日から介護保険法の改正により、居宅介護支援事業者においても 介護予防支援事業者の指定を受けて介護予防支援を実施することが可能となりまし た。介護保険の被保険者の介護予防支援を行う場合は日向市の介護予防支援の指定を 受ける必要があります。

指定を希望される場合は、<u>日向市集団指導資料「介護予防支援」3 指定手続き</u>を ご確認の上、申請をお願いいたします。

要支援者のプランには、介護予防サービスを含んだ「介護予防支援」と、総合事業のみの「介護予防ケアマネジメント」がありますが、指定事業所として行うことができる業務は「介護予防支援」のみです。

「介護予防ケアマネジメント」を行う場合は、引き続き地域包括支援センターから の委託となります。

そのため、「介護予防支援」から「介護予防ケアマネジメント」へと変更になる場合は、地域包括支援センターへ引継ぎをするか、地域包括支援センターと利用者との契約及び地域包括支援センターと事業所との委託契約が必要になりますのでご注意下さい。

また、利用者との契約の締結は指定介護予防支援事業者として指定を受けた日以降となります。

利用者との契約を行う場合は「介護予防サービス計画作成・介護予防支援ケアマネジメント依頼(変更)届出書」の提出が必要となります。

★ 指定介護予防支援事業所として、指定を受けた場合、正当な理由なく要支援者の 受け入れを拒否できなくなります。また委託とは異なり、要支援者との間にトラ ブルが生じた場合、地域包括支援センターではなく、指定介護予防支援事業者が 責任を負うこととなります。

#### (2) 地域包括支援センターとの関係について

今回の改正によって、地域包括支援センターからの介護予防支援がなくなるのではないため、介護予防支援事業所の指定を受けずに、従来どおり委託の形で要支援者を担当することも可能です。

また、指定を受けた場合でも、委託で介護予防支援のプラン作成をすることもできます。

地域包括支援センターには居宅介護支援事業所の後方支援の役割がありますので、 指定を受けて直接要支援者を担当した場合でも、対応やプランについて気になる点に ついては地域包括支援センターにご相談ください。

## 第3章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約について

#### 1 業務の一部委託

指定介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者との一部委託契約に基づき、指定 居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画の作成業務等を実施することができます。 ただし、初回の介護予防ケアマネジメントは、原則、地域包括支援センターが行い、 計画期間終了後にケアプランの継続・変更時点で居宅介護支援事業所に委託することと します。

## 2 契約締結

地域包括支援センター職員が、下記書類の内容に従って説明し、契約手続きを行います。以下の(1)(2)ともに、契約の当事者は、利用者(要支援者及び事業対象者)及び地域包括支援センターとします。

#### (1) 新規プランの契約締結について

- ①新規契約締結を行う際、地域包括支援センター職員は、受託事業者担当職員を同席させなければならないものとします。
- ②新規契約締結を行う際、地域包括支援センター職員は、利用者及びその家族等に対し、「契約書」、「重要事項説明書」の内容及びケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることを説明しなければならないものとします。
- ③利用者及び家族等同意のもと、「契約書」、「重要事項説明書」を各2部作成し、利用者(代理者)の署名をうけ、利用者に対し、各一部を交付しなければならないものとします。
- ④「契約書」、「重要事項説明書」の残り一部は、地域包括支援センターが保管する ものとするものとします。

#### (2) 更新プラン時に受託事業者職員等の変更が生じた場合の契約締結について

- ①受託事業者職員等の変更が生じた場合、地域包括支援センター職員及び変更後の 受託事業者職員を同席のうえ、利用者及びその家族等に対し「重要事項説明書」 の内容について説明を行い、利用者等の同意のもと「重要事項説明書」を各2部 作成し、利用者(代理者)の署名をうけ、利用者に対し、一部を交付しなければ ならないものとします。
- ②「重要事項説明書」の残り一部は、地域包括支援センターが保管するものとします。

## 3 介護予防サービス計画書作成依頼 (変更) 届出書の取り扱いについて

介護予防サービス計画書作成依頼(変更)届出書(ピンク色の様式)【様式2】については、以下のとおり取り扱うものとします。ただし、取り扱いに不明な点等があった場合には、その都度、高齢者あんしん課と協議を行うものとします。

- (1) 介護予防サービス計画書作成依頼(変更) 届出書の提出について
  - ①介護予防サービス計画書作成依頼(変更)届出書は、要支援1、要支援2の認定を受けている被保険者との契約を行う場合必要になります。
  - ②同届出書における「居宅介護支援事業者の事業所名」の欄には、介護予防支援を 受託する居宅介護支援事業者名を必ず記載してください。
  - ③同届出書の提出先は、高齢者あんしん課介護認定係となります。
- (2) 業務委託が出来なくなった場合の取り扱いについて
  - ①居宅介護事業所に対し介護予防支援業務の一部委託を行っていたが、事業所の都 合により業務委託ができなった場合には、地域包括支援センターが直接介護予防 サービス計画書の作成を行うものとします。
  - ②上記の場合、改めて介護予防サービス計画書作成依頼(変更)届出書の提出を行う必要はないものとします。
  - ③この場合においても、地域包括支援センターシステム内の「利用者情報」、「居宅 契約情報」への入力を必ず行うものとします。

## 4 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の取り扱いについて

介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書(クリーム色の様式)【様式3】については、以下のとおり取り扱うものとします。ただし、取り扱いに不明な点等があった場合には、その都度、高齢者あんしん課と協議を行うものとします。

- (1) 介護予防ケアマネジメント依頼(変更) 届出書の提出について
  - ①介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書は、介護予防・生活支援サービス 事業対象者との契約を行う場合必要になります。
  - ②同届出書における「居宅介護支援事業者の事業所名」の欄には、介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者名を必ず記載してください。
  - ③同届出書の提出先は、高齢者あんしん課地域包括ケア推進係となります。
- (2) 業務委託が出来なくなった場合の取り扱いについて
  - ①居宅介護事業所に対し介護予防ケアマネジメント業務の一部委託を行っていた が、事業所の都合により業務委託ができなった場合には、地域包括支援センター が直接介護予防サービス計画書の作成を行うものとします。

- ②上記の場合、改めて介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の提出を行う 必要はないものとします。
- ③この場合においても、地域包括支援センターシステム内の「利用者情報」、「居宅 契約情報」への入力を必ず行うものとします。

## 5 地域包括支援センターへの提出様式 (計画書作成時) 等について

## (1) 提出様式について

介護予防サービス計画書等を作成するに際し、受託事業者は、別表 1 「地域包括支援センターへの提出資料一覧」に該当する支援計画書関連資料を地域包括支援センターへ提出するものとします。

別表1 地域包括支援センターへの提出資料一覧

書式の名称	介護予防支援	総合支援事業
利用者基本情報	必須	必須
生活機能評価	必須	必須
予防介護のアセスメント[1]	必須	必須
予防介護のアセスメント[2]	必須	必須
介護予防メニューリスク確認	必須	必須
介護メニューアセスメント(通所用)	該当分	該当分
介護メニューアセスメント(訪問用)	該当分	該当分
生活行為アセスメント(訪問・通所共通)	該当分	該当分
介護予防サービス・支援計画書	必須	必須
介護予防サービス計画・総合評価(通所用)	該当分	該当分
介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)	該当分	該当分
介護予防サービス・個別サービス計画書(通所用)	該当分	該当分
介護予防サービス・個別サービス計画書(訪問用)	該当分	該当分
週間プラン	必須	必須
血液検査結果一覧表等	該当分	該当分
各種加算に伴う個別機能計画書等	該当分	該当分
服薬処方箋・臆する手帳等	該当分	該当分
福祉用具購入事前審査依頼書等	該当分	_
主治医と介護支援専門員の情報共有連絡票	該当分	該当分
主治医意見書	必須	
認定調査票	必須	

## (2) 介護予防サービス・支援計画書原案の確認について

地域包括支援センターは、受託事業者より「介護予防サービス・支援計画書」原案が提出された時点において、その内容が適切であるかを確認のうえ、必要に応じ、その修正等について、受託事業者に対し指示を行うものとします。

ただし、原案の確認については、各地域包括支援センター管理者及び主任介護支援 専門員の確認及び適宜意見を受けたうえで、最終原案相当とします。

## (3) 介護予防サービス・支援計画書原案の返却について

地域包括支援センターは、当該介護予防サービス・支援計画書原案を確認後、同原 案に確認職員氏名、意見、確認印を押印のうえ、原案及び別表1に基づく提出資料の 写しを受託事業者へ返却するものとします。

### (4) 地域包括支援センター職員の担当者会議への出席について

地域包括支援センターは、利用者等の情報把握を行うために、原則担当者会議へ出席するものとします。また、担当者会議に出席できない場合においても、受託事業者に対し、担当者会議録の提出を求め、利用者等の状況把握に努めるものとします。

## 6 地域包括支援センターへの提出様式(評価時)について

## (1) 評価様式の提出について

#### ①受託事業者の対応について

受託事業者は、介護予防サービス事業所より、別表 2「評価に係る提出資料一覧 (サービス提供事業所編)」に該当する様式の提出を求めるものとします。

※月途中から利用開始の場合の評価(時期等)については、担当する地域包括支援 センターへお問い合わせください。

別表2「評価に係る提出資料一覧(サービス提供事業所編)」

書式の名称	作 成 内 容	提出日
介護予防アセスメント(通所用)	事後の欄を入力	サービス提供翌月の5日まで
介護予防アセスメント(訪問用)	事後の欄を入力	サービス提供翌月の5日まで
生活行為アセスメント(訪問・	事後の欄を入力	サービス提供翌月の5日まで
通所共通)		
介護予防サービス計画・総合評価	目標達成状況	サービス提供翌月の5日まで
(通所用)	総合評価	サービス提供期間1月前の5
		日まで
介護予防サービス計画・総合評価	目標達成状況	サービス提供翌月の5日まで
(訪問用)	総合評価	サービス提供期間1月前の5
		日まで

## ②受託事業者の対応について

受託事業者は、地域包括支援センターへ、別表3「評価に係る提出資料一覧(受託事業者編)」に該当する様式の提出を求めるものとします。

※月途中から利用開始の場合の評価(時期等)については、担当する地域包括支センターへお問い合わせください。

別表3「評価に係る提出資料一覧(受託事業所編)」

書式の名称	作 成 内 容	提出日
総括表	事前・後の欄及び総合	サービス提供翌月の 10 日まで
	評価判定の欄を入力	
介護予防アセスメント	事後の欄を入力	サービス提供翌月の 10 日まで
(通所用)		
介護予防アセスメント	事後の欄を入力	サービス提供翌月の 10 日まで
(訪問用)		
生活行為アセスメント	事後の欄を入力	サービス提供翌月の 10 日まで
(訪問・通所共通)		
介護予防サービス計画・	目標達成状況	サービス提供翌月の 10 日まで
総合評価(通所用)	総合評価	サービス提供期間1月前の10
		日まで
介護予防サービス計画・	目標達成状況	サービス提供翌月の5日まで
総合評価(訪問用)	総合評価	サービス提供期間1月前の5日
		まで

## ③地域包括支援センターの対応について

地域包括支援センターは、受託事業者より提出を受けた別表3の様式を精査し、 その内容が適切であるかを確認のうえ、必要に応じ、その修正等について、受託 事業者に対し指示を行うものとします。

## 7 介護予防サービス・支援計画書原案等の保管について

介護予防サービス計画書等を作成するに際し、地域包括支援センター及び受託事業者間で保管する様式の種別については、別表 4「介護予防サービス計画書等関係書類保管状況一覧」によるものとします。

別表4 介護予防サービス計画書等関係書類保管状況一覧

書式の名称	包括	受託事業者
介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書	—-部	_
介護予防支援・第1号介護予防支援事業に関する重要 事項説明書	一部	_
介護保険・事業対象者被保険者証(資格者証)	写	写
自己負担割合証・限度額負担割合証	写	写
利用者基本情報	原本	写
生活機能評価	原本	写
予防介護のアセスメント[1]	原本	写
予防介護のアセスメント[2]	原本	写
介護予防メニューリスク確認	原本	写
介護メニューアセスメント(通所用)	原本	写
介護メニューアセスメント (訪問用)	原本	写
生活行為アセスメント(訪問・通所共通)	原本	写
介護予防サービス・支援計画書	原本	写
介護予防サービス計画・総合評価(通所用)	原本	写
介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)	原本	写
介護予防サービス・個別サービス計画書(通所用)	原本	写
介護予防サービス・個別サービス計画書(訪問用)	原本	写
週間プラン	原本	写
血液検査結果一覧表等	写	原本
各種加算に伴う個別機能計画書等	原本	写
服薬処方箋・お薬手帳等	原本	写
福祉用具購入事前審査依頼書等	写	原本
主治医と介護支援専門員の情報共有連絡票	写	原本
主治医意見書	写	原本
認定調査票	写	原本

## 【利用者基本情報・生活機能評価 等 記載時の留意点】 様式集参照

初回の相談日本該利用者	]で↩    を本情報を作成	il.た年月		<b>者基本情</b>	報↓							
	E-4-1134K C1F10	.072-776				作成	担当	者:				
相談日←	年 月	B (	; ) ←	来 所・ その他		・訪問	] ↓ } ↓	初 再来	□ ↓ (前		) +	-
本人の現況←	在宅・入院の	スは入所中	(									Ļ
TIPLE 4	له ا		Т	*		1 200			.の現在( 			لہا،
7坊竹↓ 本人氏名↓	Ì		男・女→	<u></u> м.т.	s	年	月		場合は施 E(		を記載で	
住 所√	<sup>↓</sup> d	保険被保の		له.	Te I ← J Fax		ل	(	) +			Ų.
	(地区 日向)	<b>ф</b>			d Lax	←			, .			╛
日常生活↓	障害高齢者	の日常生活	5自立度 ←	自立・J 1	• J 2	• A1•	A 2	· B 1	·B2·	C1	· C 2 +	لهار
自立度↓	認知症 高齢症								「該当あ			J
司令件北	非該当・事業 有効期限:	_	~		_		前山山	ഗാദ്യ			7+	<b>,</b>
認定情報↓	金本テエッ					áあり・ ー	事業	付象者	の該当	なし	↵	
	基本チェック 	フリスト記	入日: 令	的 年	月	□ [	今回	7 17 7	メント(	**	" h	
<b>阵吉等認定</b> ←	身障 ( その他 (	)、療利	Ŧ (	)、精神	(	).	. –		<b>を実施し</b> i			- In
本人の↩	自宅 一戸	建て	自室有り	( ) 階	住宅	改修の	有り.	٦				↵
年へい↩、	借家 集命	往宅	自室なし		住宅	改修の	なし	له				,
正 5 单元 ←	≠」談当	するもの	この印で囲	む。自室や	住宅改	修の有	無とそ	の笛	所等につ	いて	記載←	Ц
経済状況↓	国民年金!↓	生年金	障害年金	生活保護	₹0	他年金	. (				) 4	1
来所者←	↵				↵	家族株	成図	Ų.				ا
(相談者)↓					宴	↵	*					
住所√	4		ب <b>\$</b>	<b>↓</b>	族梯				ために、			
連 絡 先↓			桶←		咸				な範囲で			
	氏名↓	技術↓	社部・	連絡先 ↩	+ $+$	(4-)	ヤーソン	との脚	保供 が分れ	ም <b>ሪ</b> ታ	o (c) ≠	
		441174	Д	A240 JL ←	┤ '			-0 梅	に分かれ ば年	終を記載	g.I	
4							-00	医家族体	いつを囲むら			
4	緊急時に確認				. 4	<b>₩</b>		m d # N				له
€ *********	連絡先は複数					家族関	孫等	0)4天分	<b>t</b> ←′		_	
緊急連絡先↓	就労されて( 職場等確実)					家	族関係	で特	記すべき	李項	i←l	↵
	4	٠ ٠	ل									↓
介護予防サービ	2.利用漆向↓			あり				なし	, ↓			↵

## 《介護予防に関する事項》 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。 今までの生活 職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境等について記載。 1日の生活・すごし方 趣味・楽しみ・特技 現在の生活 起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物・ 況(どんな事 仕事や日課にしていること等、1日の過ごし方を記載 しを送ってい 以前取り組んでいた趣味や るか) 楽しみ、特技も聞き取り記載 生活全般に関する様子を記入 時間 月段1 3 水灰 友人・地域との関係 食事や入浴、家事など毎日の決まった 生活行為のタイムスケジュールを記載 友人や地域との交流頻度や 方法・内容を記載 《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) 医療機関・医師名 年月日 病名 経過 治療中の場合は内容 (主治医・意見作成者に☆) Tel 年 月 日 主な既往症と治療・服薬の状況については、 年 月 日 新しいものから時間の経過順に記載。 年 月 日 Tel 年 月 日 《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 自費で利用しているサービスや サービスの種別、利用頻度 ボランティアや友人等による非公的なサービス 《現在の状況》

#### 生活機能評価 (アセスメント) (ふりがな) 男女 事前 氏 名 調査日 事後 生活機能 事前 事後予測 備考 ・評価した日の状況を簡条書きで簡潔に記入 ・できていないこと、できていない状況を記入 ・事前は主観 ・評価時:事前の記載の後に、事後の状況 (状態の変化)を記載 ・ストラクチャーは書かない ・生活機能評価とプランの整合性は必要 室内歩行 01 屋外歩行 02 外出頻度 $\Delta 1$ 02 Α D 排泄 01 ・介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト、【2】追加項目のチェック内容に隠れた「それはなぜ?」を 食事 01 拾い上げる デイサービスで入浴 跨ぎ動作と背中等の洗身ができない 入浴 02 着脱衣 事前の現状評価時の事後予測は、 この期間で改善させたい部分のみ記載 自立 自立度 一部介助 全介助

改善可能性

高い

 $\Delta 1$ 

改善可能性

低い

Δ2

改善可能性

高い

× 1

改善可能性

低い

× 2

## 【参考 生活機能評価の書き方】

楽にできる

01

少し難しい

02

困難度と 改善可能性

室内歩行	自宅内での歩行状態を記入,杖使用の有無, 伝い歩き,どのような介助を受けているか
<b>尼从</b> 华行	外歩きでの歩行状態を記入、杖・歩行器等使用している用具の記載、何分・何メートル
屋外歩行	歩くと疲れる、しびれが出る等本人の訴えも可
从山區庄	どの場所へ、週に何回外出しているかなどの頻度を記載、公共機関の利用状況、付添
外出頻度	の有無の日常の様子など
排泄	オムツの有無・排尿・失禁頻度、便秘・下痢など整腸に関する内容など
<b>A</b> 車	食事形態、嚥下状況、噛み合せ、義歯の状態、食事メニューの内容、食事回数、間食、
食事	飲酒、BMI, 主治医からの食事制限が出ているなど
入浴	洗身・洗髪・入浴回数・介助内容・自宅浴槽や浴室の環境状況、浴槽のまたぎの可不可
着脱衣	着脱行為(可動域制限など)・服の選定・季節感など
担心	本人が使用している道具・掃除内容、家族が同居の場合は本人が何ができるのか、本
掃除	人の部屋の状況、誰が掃除しているかなど
洗濯	洗濯機の使い方、干す時の腕の上がり状況、洗濯頻度、取り込み、たたみは誰がどの
(元)隹	ようにするかなど
買物	買物の頻度、場所(スーパー・宅配・生協等)手順、行為、誰と一緒に行くのか、行け
貝彻	ないのであれば欲しい物を頼めるかどうかなど

⇒B ≠H	調理行為ができるのか・できないのか、好き・嫌い・意欲面の有無、使用器具の状況、
調理	立位・座位、調理の手順など
整理	身の回りの整理整頓状況、主に本人の部屋等、財布・めがね・衣類・年金などの書類
<b>登</b> 埋	の管理状況など
ごみ出し	分別状況、運搬方法、ごみ捨て場所・曜日の把握、誰が捨てに行くのかなど
通院	誰と行くのか、移動手段、医師の指示内容をどの程度理解しているかなど
服薬	飲み忘れの有無、管理方法、声かけの頻度、週に何回忘れているのかなど
金銭管理	金融機関からの引出ができるか・できないか、金額の把握、管理状況など
電話	応対、伝言ができるか・できないか、自分からかけることができるかなど
社会参加	家族以外の人との関わりの状況、自治会や高齢者クラブ等の地区活動、友人知人との
1 江云参加	関係環境状況など

- ◆日常生活のどこに困っているのか,できなくなっていることをの状況を客観的に把握 するためのツールです。
- ◆『何が』『どのように』できないのかを記載すると、課題抽出につながっていきます。
- ◆誰が見ても分かるように○1から $\times2$ までの6段階で利用者の状況を評価(表現)します。
  - 一定の数値基準はないため、『なぜその評価にしたのか』という視点をもつように心掛けます。
- ◆現在の状況【事前】に対して、必要な支援を利用した場合の生活課題の 6 ヶ月後(プランの期間終了後)【事後】をどうなりたいか予測【事後予測】することで、利用者の現在の生活のどこに課題があるのか利用者本人に知ってもらうことができ、支援を受けることで何が改善できる(見込める)のかを共有することで、合意形成に役立つツールとなります。
- ◆事後評価時には、事前評価時に備考欄にの記載した内容の後に「→事後評価時の状況」 を記載すすることで、ケアプランの支援期間中の利用者の状態変化が分かります。

## 【個人因子と環境因子の考え方】

個人因子	本人に関すること:身体機能、認知機能、廃用・疾患、性格、経済力
	例) 右半身麻痺、脳梗塞の既往、パーキンソン病で日動作がある など
環境因子	家族や近隣の知人の関係性・背景、住宅や地域の日常生活動線 など
	例)独居、自宅前の道路は急な勾配、近くにスーパーがない など

## 【課題解決アセスメント視点と思考】

生活が自立できない原因を確認 ⇒ 要因分析 ⇒ 状況の予後予測 (身体面・精神面・経済面) (個人因子・環境因子) (改善・維持・悪化)

## 第4章 介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)

## 1. 介護予防ケアプランの作成のポイント

利用者の生活(人生)を尊重し、できる限り自立した日常生活を送れるように支援します。支援を行うに当たり<u>「身体機能を向上させる」ことがゴールではなく、「生活課題を解決する」ことが最終目標</u>になります。

また、対象者の条項に合わせて「高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐこと (健康の保持増進)」を目的とするべきか、「要介護様態になっても,状態がそれ以上 悪化しないようにすること (維持、改善を図る、重症化予防、ゆるやかな進行)」を目 的とするべきかを見極めてマネジメントを行うことも重要となります。

#### ※ 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっての留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、サービス内容について利用者が十分に理解し、納得する必要があります。そのため、地域包括支援センターは利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、以下の点に留意してサービスを提供することが重要です。
  - ○専門的な視点からサービスを検討、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていることを説明すること
  - ○提供されるサービスにより、どのような効果を期待しているのか等を利用者に丁 寧に説明し、その理解・同意を得ること
- (2) 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはなりません。そのため、目標は達成可能で、本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があるため、以下の点を踏まえてケアプランを作成してください。また、設定された目標はサービス提供者と共有し、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければなりません。
- ○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、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。

※興味・関心チェックシート等を活用する

○それが達成されたかどうかが具体的にモニタリング・評価できること(が望ましい)

<u>保険者番号</u> ↓ 故保険者番号 ↓			介護予防サ	-E	ス・支援計画書 (	ケアマ	ネジメン	/ト結果	等記録	作成年月日 令 表) (原業)一本プラン 名		日 交付年月日(ご本人) 日 交付年月日( <b>孝美</b> 書		다 <b>리 타</b> 다 <b>리 타</b> 기	
51 T 14 - 1 T 15 - 1	ンを作成したE	2 [	室年月日 年 月 目以降の場合、初回プラ			日~ 計画作成者事		日山	回・紹介・ 征地 (基約	t <sub>1</sub>		事業対象者 4 5 援 1・ 要支援 2 4	Ļ	r) f)	
計画作成 (変更) 日	年	月 日(初回作品	妇 年	月	日) 担当地域包括	支援センター	:								
		とど <b>り書くための段類</b> 気が存られるような内容が!	<u></u>		Dように過ごしたいかロー ロジを具体的にする。ロ	1年4			で達成した! 髪や利用者の母	い目標 4 なり級みよって決成可能な具体的	な目標を、↩				
アセスメント領域と中			課題	こ対する	5						支撫†画↵				
1 現在の状況 1	本人・家族の 意欲・意向 🛭 🛧	領域における課題 (背景・原因)↓		と具体第 提案 4	本人・家族↓	₽	標↓		ついての <i>+</i> )ポイント≠	核の交換。インフォーマル	介護保険サ 又は地域を (総合事業の	機事業↓	□ 事業所 □ (利用先) <	一期間□□	
[運動・移動について] →	4	□有□無4	4 CD+#1 1+0%A	. AL=882	の紹介を日北川の中、	٠		() 4			4	4	- d-1	41	
生活機能評価(アセ スメント)の備考 (状況) を記載4	活機能評価 (アセ 現 状 の 原 因 を				成するための手段 4 7. 日標と具体第を接表 4	計画作成 者・家族の 意した目標	の三者が合			・ーマル、インフォーマル含め、誰が何をするのか具体的に記載 ロ (ぜその支援が必要なのかといった根拠を明確に) ロ					
[日常生活(家庭生活) につ	4	□対□無√	・生活全体の課題を探す			AR 0/2019	K.CPF#X ⊨	() √	※生活機	能低下の原因の解決につか	かる無だけ	ではなく、機能低下	を捕う	↔	
い つ → 現状をど <sup>0</sup>	のように思って	いるか。🗸	域における課題の中で	**************************************	<b>洪通</b>					の機能強化や向上につなか			Crai J		
今後とのよ	うたしたいと <b>思</b>	っているか。 -	するものや方向性が同		)を統				72070710		- 371310 1770	TFOR CIABI			
(利用者と別	家族の意向が異なっ	た場合は、戸	合し課題のみ記載する。	ri Li						i		į	i		
[社会参加、対人] それぞれ』	E##.} ₽		・優先順位の高い順に。	£I.				()+/		1 1 <sub>4</sub> J	له	i L eJ	I al	L.	
ュニケーションについてし	7			$\overline{}$				, , ,		1			1		
120-23263000		課題整理。 🗸			した目標・具体策について、	利用者や				1			1		
		状況は書かない。≠		家族	はどのように思うか。 ┙					!					
				ᆈ						!		<u> </u>	<u>;                                    </u>		
【機販管理について】√	41	□有□無√□		※提	象に合意が得られたら、 (本人)	100を行		() ↔		i 4	↵	41	4	4	
				いた	い」(家族)「〇〇か必要だと思	う」等記載				i 4 <sup>1</sup>		į	i		
				※合:	窓が得られなかった場 合には、	その理由や				1		1	1		
				概拠	筝 について記載√					!		;	;		
<ul><li>↓</li><li>健康状態について</li><li>□主治医意見書、健診結果、</li></ul>	観察: 黒等を	踏まえた留意点			【本来行うべき支援が実施で 妥当な支援の実施に向けた					・ 総合的な方針:生活不活勢	発病の改善・	・ 子防のポイント』	<u> </u>		
ᆈ					利用者や家族の同意が取れなり	場合は、本来	の支援をでき	るよう働き	かける具	計画作成者だけの方針			アチーム		
					体的な手順や方法を書くなど、	本来行うべき	支援の実現に	向けた方向的	性を記載に	が目指す共通の方向性	や智意点を記	<b>成</b>			
<sup>「</sup> ₹ 基本チェックリストの(該当	した項目数) /	(質問項目数) を記り	して下さい 一		1					計画に関する同意 ↵					
地域支援事業の場合は必要な			7をつけて下さい』		[漆見] ↩				6-	上記計画について、同様	<b>まいたしま</b> る	<b>f.</b> ₄			
₩ 運動+			20 <b>−</b> 10   2 2 +  □   +	域包括 假セン						ы Н					
→ 不足。   予防給付または→ 少ち	リ 教養・リ	<u>ケア</u> り予防 (4)		_ 4	4				6.1	今和 年 月 E	3 氏名			<u>£p</u> ,	

## 第5章 介護予防サービス・支援計画 (ケアプラン) の評価・変更

### 1 総括表

評価会議総	44.as.				3E 2	. 0				正的政党向上批学						1 元 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・						
十個女器総	1030										_		8g 8	id in	·#		_			86	84	4:章
就探察者而与			MAKE	古物大杉	長センタト	- 6				推力(× ±) 6							¢ g,ng	ten.		$\neg$		
N # 4 6			表升品	章介票	支援车车	M 6				務力(× g) 章					-		神童(w	<b>s</b> )		$\neg$		
计图照用	-		27		2 5	Đ				助作用店力(× a)							BMIC		1	$\neg$	$\neg$	
										長島政治((a m)						8.5	OR RESERVE	4¥(%)	1			
			アセス	オントロ	(P		$\neg$		4.5	ファンカウェナルツード	(am)				$\neg$		全体 !			$\neg$	$\neg$	
512	KA A	t#alb	822	(ARI)	82	e cien	3			原電片発立も(例)							全器数			$\neg$	$\neg$	
车 家					$\neg$		$\neg$			ちの通常が作品度(例)				$\neg$	$\neg$		食べる。	ことの楽し	8	$\neg$	$\neg$	
# <b>4</b>										5 4 是大多价速度(例)					$\neg$		£ E.N.	ee e		$\neg$	$\neg$	
										fine uphroly							<b>建建</b> (k	<ul><li>a)</li></ul>				
	介 異	+ -	۲.	λ !	н ж	8	灵			ほ上日向け立ち上がり (2)	4						BM (	1	1			
					zdes	・東京県		*25		国电压定立为(99)						SER	hads	£#(Ni)	1	$\neg$	$\neg$	
886 (8)	8.8	Ŧ 6	HR		4:-4			独士	2075	15分裂がて多く					$\neg$		金建 !		1	$\neg$	$\neg$	
			mm	0 1 4.6	01-4	a.e	1.445	37 (S		ほから物を始う							全部放		1	$\neg$		
				ă 1	D .	\$180	2										食べる:	ことの楽し	8			
	l		1 [	2. 1		0	e															
			1 5	PREFE	74	210%	B .		E	口腔療物所上記事			- 1	- 1		AR: S	MARKET D	mxo:	*		9	)
祖の書・京集・口	<b>ボアセスメン</b>	トを実施し	***								_	李倉	80	教育展		18.8	レベル					
	100									入れ着の使用状況						49.7	XB.					
<b>*</b> 2		t e	$\neg$		- 2	様アセ2	メント党	ė.		日の耳を全事余数に支援						(3)	メント1			$\neg$		
	* *		žя		V #	ric .	5 B	40.世際		残の倒らまし												
* *	5 Q 5 g	5 th "	78	a	9						18					(89.2	(千四人					
重れ条件			$\neg$		1/8	$\neg$				RSSTREPRON	2 88											
展外条件			$\neg$	8		$\neg$					38					CHR	<b>85</b> 71					
P-21MLR			$\neg$		2.0	$\neg$			2.5	#-559c75342	0.5											
			$\neg$	1	31	$\neg$				2	(9)		$\neg$			(75	LACTO					
* 5		-	$\neg$	_						(8.78)	(e)		$\neg$			-						
A 10			$\neg$							教育・発の時代	-					(3.)	15054	e=1				
# M A			$\neg$							連絡を送(を含むし)						-						
No. 10		-	$\neg$							食器を摂す量			$\neg$			170	1290					
2 2			$\neg$							食や入れ食の物味			$\neg$			1						
E to			$\neg$							(金融を実(を含むし)												
g 4			$\neg$							MARKEL			$\neg$									
0 A			$\neg$						Sem	口の耳を含ませばこま業						(+4	aoak1					
CANL			$\neg$						1		18					- 1						
A B			$\neg$							nssr数 <b>次</b> 种类(例)	28		$\neg$									
R A			$\neg$								38		$\neg$									
+4524			$\neg$														1				_	
E at			$\neg$							Mggg.			_					9/35	MGOL	4tt		
H.+ D.M			$\neg$						8	r i			$\neg$			_		* ¥	8		-	**
			$\overline{}$						- 8	8	-		$\neg$			- 3	19	-	1	-	_	
									4		_		_			_	1.00		+	$\rightarrow$		
																_	1.0		+	$\rightarrow$		
																	rg.		+	$\rightarrow$		

- (1) 総括表は事前と事後の評価を両方とも記載します。改善度により向上したか否かが一目で分かるようになっています。
  - (2) 介護予防サービス利用状況について
  - 支援項目の達成度を「○、△、×」で記入します。
  - 介護予防サービス・総合評価(訪問用/通所用)の評価の事後の部分になります。
  - 事業者総合評価については、複数の項目にサービスを導入している場合、低い方 の評価を記入します。
  - (3) 総合評価判定
  - ① 評価レベル

プロセスにおいて、目標を達成したかどうかを判断します。

- ・「達成」 目標が達成された場合
- ・「一部達成」目標の一部分が達成された場合
- ・「未達成」目標が達成されなかった場合
- ・「未実施」利用者の体調不良等により、サービスが実施できなかった場合
- ② 終了判定

サービスを継続利用するのか、終了するのかを判断します。

「改善」「継続」「悪化」「未実施」のいずれかで判定

	今クール		次クール
改善	要支援1・2	$\Rightarrow$	総合事業対象者 又は 卒業
	総合事業対象者	$\Rightarrow$	一般高齢者施策 又は 卒業
継続	要支援1・2	$\Rightarrow$	要支援1・2
	総合事業対象者	$\Rightarrow$	総合事業対象者
悪化	総合事業対象者	$\Rightarrow$	要介護認定を申請
	要支援1・2	$\Rightarrow$	(更新申請)要介護1以上
	要支援1・2	$\Rightarrow$	区分変更申請

#### ③ 個人因子

介護予防サービス・支援計画書の総合的課題に記載されている「個人因子」を記載します。利用者によっては<環境因子>も記載。

④ アウトカム

介護予防サービス・支援計画表で設定した「目標」の達成状況を「達成」「一部達成」「未達成」で評価します。

- ※生活機能評価 (アセスメント) で事後予測をあげた項目の結果がどうなったか を記載します。
- ⑤ ストラクチャー介入したサービス名・回数等を記載します。
- ⑥ プロセス

目標に対して(目標ごとに記載します)

- 導入したサービス(支援内容・回数・人的支援等)によってどのように経過したか。上手くいったか、いかなかったか。目標が達成できたのか、できなかったのか記載します。
- **< 残された課題** > 目標が達成できなかった場合の要因 や **< 新たな課題** > があれば、簡潔に記載します。
- ⑦ 今後の方向性
  - 次期期間の方向性は、プロセスと連動します。
  - 残された課題(目標が達成されなかった要因、目標の妥当性等)や 新たな課題 (本人の変化、環境の変化等により新たに出てきた)に対して、「どんなストラ クチャー」で、「どう支援を行うか」を 簡潔に記載します。
    - ⇒ 次のプランでの対応が明確になり、目標と一致 次期の介護予防サービス・支援計画書の作成/内容見直しに繋がります
  - 地域の戻る場合、どのような活動に参加していくのか、リスク管理についても 記載します。

## 第6章 給付管理

## 1 利用者の状況と請求の関係

介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合、利用者の区分や利用するサービス により、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費として請求することになり ます。

### 2 給付管理の方法・請求等の方法

#### (1) 請求方法について

日向市では、介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の支払いを宮崎県国民 健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に委託します。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる給付管理票及び請求書等については、国保連の示すスケジュールに従って、日向市のコードを用いて所定の様式で請求してください。

介護予防支援費の報酬単価は介護報酬告示上の額、介護予防ケアマネジメント費は 「第1号介護予防支援事業業務委託契約書」に定める額となります。

#### (2) 初回加算の取扱

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、次の①②の場合に算定できます。

- ① 新規に介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを実施する場合 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後 に、原則として改めてアセスメント等を行った上で介護予防サービス・支援計画を 作成する場合を含みます
- ② 要介護者が要支援者を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合
  - ※総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した 翌月から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサー ビスを利用した場合は、初回加算の算定を行うことはできません。

#### (3) 委託連携加算

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供しケアプランの作成等に協力した場合に算定できます。

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回を限度として算定することができます。

## 【参考資料:様式】

様式1

基本チェックリスト(事業対象者に該当する基準) 記入日:令和 年 月 日

Г					45t-	課題	領域		
No	質 問 項 目	回	答	Ш		主領	副領	備	考
				事前	事後	域	域		
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			生	社		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ			生	社		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ			生	他		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ			生	社		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ			生	社		
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ			運	生		
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ますか	0. はい	1. いいえ			運	生		
8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ			運	社		
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			運	健		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ			運	社	   市配食: 有	★・無
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ			健	生		
	身長( cm) 体重( kg) (*BMI 18. 5未満なら該当)				$\overline{/}$				
12	*BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1.はい	0. いいえ			健	生		
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ			健	生		
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			健	生		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ			健	生		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ			社	生		
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			社	生		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ			健	他		
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			健	他		
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			健	他		
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			健	他		
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			健	他		
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			健	他		
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			健	他		
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			健	他		

(注)BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の該当の場合に該当となる。

#### ※課題領域

主領域 運=運動・移動 生=日常生活 社=社会参加・対人交流 健=健康管理・療養 他=物忘れ・うつ・経済・支援利用 副領域 予防サービス・支援計画書 作成の際の参考とする

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを市、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。

令和 年 月 日

(被保険者番号:

氏 名

	介護認定係確認欄											
受付	入力	ファイル	備考									

)

## 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	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					
	すか	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。					
		【日向市 <u>】1 人で目的の場所にきちんと行くことができていれ</u>					
		ば、手段は自家用車、自転車、セニアカー、徒歩でも「はい」					
		とする。通所サービス等の送迎車の利用は含めない。					
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					
		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	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					
	か	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	ハて尋ねています。					
6	階段を手すりや壁をつたわらず	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っているかどうかを尋ねていま					
	に昇っていますか	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	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					
	まらずに立ち上がっていますか	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	2 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 2~3 kg以上の体重減少	$6$ ヵ月間で $2\sim3$ kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。
	がありましたか	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	身長はmで小数点第2位まで、体重は整数で記載してください。体重
		は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありま
		せん。
13~15	の質問項目は、口腔機能について	尋ねています。
13	半年前に比べて固いものが食べ	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
	にくくなりましたか	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	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
	りますか	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 · 1′	7 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	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
	カゝ	ださい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っ	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
	ていますか	「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	本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることが
	聞く」などの物忘れがあると言	ない場合は「いいえ」となります。
	われますか	
19	自分で電話番号を調べて、電話	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
	をかけることをしていますか	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	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
	がありますか	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					
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	の海胆の仏辺さ、ナトの子知に甘べを同燃し				
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今では	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して				
	おっくうに感じられる	\/C&V'0				
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					

## 介護予防サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

						区分			<b>行規</b>		变]	•
					4	人		_	易	•	F. 5	_
			$\vdash$		-	<del>^</del>	-		7			
40 .52	Ph 46	氏 名		-	被	-	-	4				_
793" 7	R 1	兵 看		<del>                                     </del>	- 100	保	腴	*	-	쿵		
///				┶		1	_	_	Ļ			
				<b>—</b>	_	生	年	<u>月</u>	B			_
A 88 Y 84	-44 .2-	ALERO ALE		_	t • 1			F		<u> </u>		B
<u>介護予防支援事業</u> 所		計画の作用	スを依頼( 介護予									
□ 日向市中 央地		(場わいる)					T.AL	ı				
							_	4				
□ 日向市日知量地		1200 000		-			_	_				
□ 日向市財光寺地	域包括3	を捜センタ					_	_				
□ 日向市南 部地	域包括支	援センタ	一 日向市	美々津	町4	07	4番	tb				
□ 日向市東 郷地	域包括支	援センタ・	一 日向市	東郷町	山陰	丙14	41:	2-	1			
事業	所番号			#-	-ピス	開始	(変)	<b>(</b> )	年月	B		
			*	和	4	F		月			В	
	介護	予防支援を	受託する。	宇介朗	支援	事業4	a e					
		書者が介護う							い。	)		
居宅介護支援事業者の	事業所名	]	居宅介	護支援	事業所	の所	在地					
			т	_								
事業	所書号			サ-	-ピス	開始	(変)	<b>E</b> ) :	年月	8		
			•	行和		年		A			=	
		所又は層線		事業所	を変す	<b>ミする</b>	場合	の理	由等			
※事業所を変更する	場合のみ	記入してく	ださい。									
D 44 F 48												
日向市長 様												
上記の介護予防支	接手票省	に介護予算	サービス	計画の	作成を	俊慧	する	عء	を属	け出	ます	•
令和 年	月	B										
【被保	険者】											
住	所	日向市										
	"											
	_			1.5	号 (		)					
氏	名											
Here was a	***	company at a	Bot A Pro	-	***	de A.		le in		w		4.70
居宅サービス計画の作 険者の状況を把握する												
る判定結果・意見及び												
<b>ý</b> .												
÷10		#	Я	В	JE.	4						
17 136	□被保護	<b>★者資格</b> □	月間出の	被口	1 介	美子和	方支担	14	鵬	号		
保険者確認機						Т						
I	I			1 1	- 1	1						

#### (注意)

<sup>1</sup> この扇出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり 次第、速やかに日向市へ提出して下さい。

<sup>2</sup> 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず日向市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、金額自己負担していただくことがあります。

## 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

							Г		区分	
									<b>9 ・安</b> 夏	f
						<u> (4) /</u>	香	<u>+</u>		_
	** 61	50 de	er de			1 1		<u> </u>	<u> </u>	:
フリカナ	仮 係	険者	氏 名		:	<u> 仮り</u> : ::	<b>* 険</b> :	<u>新 新</u>	<del>***</del>	:
							1_1	_		
					明 ・ :	年 月	H	+	性 別	
					年	)	3	В	男・す	~
			ジメントを						_	
地域包括支		_	to a constant		包括支援		一の所・	任地	_	
□ 日向市中					<b>電高54</b> 6					
□ 日向市日	知量地拉	<b>美包括支持</b>	センター	日向市	I良町4	J 🛮 8	9-1			
□ 日向市開	光寺地址	包括支持	慢センター	日向市	材光寺1	131	-24	1		
□ 日向市南	部地域	包括支援	センター	日向市	美々津田	1407	4番世	9		
□ 日向市第	舞地球	包括支援	センター	日向市	東郷町山	/億丙1	412	-1		
			マネジメ							
			護予防ケア					入して	「下さい。)	)
居宅介護支援		- 無所省		用 省介	<u>要支援事</u> ∮ ─	場所の所	在地			
				(住所)						
			メースは居5		事象所を	変更す	る場合	の事由	*	
※事業所を登	(更する	合のみ	足入してく	ださい						
						変更	國出年月	18		
				(令	和	年	Я		日付)	
日向市長	- 48									
上記の地域	包括支援	センター	-に介護予	<b>カケアマネ</b>	ジメント	を依頼	するこ	とを	黒出 します	•
令和	年	月	В							
		保険者								
	住	所	日向市							
	Ti	番号	(0982	!)	-					
	Æ	名								
	~	-								
		□被保険	省資格 □	属出の1	後口	地域包	括支援	センタ	一番号	
保險者確	赵欄							-		7
		I		- 1	: :	: :			: :	1

(注意)

<sup>1</sup> この展出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに日向市へ提出してください。

<sup>2</sup> 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅 介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を配入のうえ、必ず日向市に 届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

<sup>3</sup> 住所始特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。