

介護予防ケアマネジメントマニュアル

2022年4月

町田市

目次

1	介護予防・日常生活支援総合事業	.....P.1
	(1)総合事業とは	.....P.1
	(2)町田市の総合事業	.....P.2
	(3)町田市介護予防・日常生活支援総合事業サービス種別一覧表	.....P.3
2	介護予防ケアマネジメントとは	.....P.5
	(1)介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	.....P.5
	(2)介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	.....P.7
	(3)介護予防ケアマネジメントの実施主体	.....P.9
	(4)基本チェックリストについて	.....P.11
3	相談受付からサービス利用までの流れ	.....P.16
	(1)新規の場合	.....P.17
	(2)要支援認定の更新の場合	.....P.18
	(3)実施の手順	.....P.19
	(4)町田市総合事業のサービスの併用について	.....P.24
	(5)注意点	.....P.25
4	報酬・請求	.....P.30
	(1)単価及び加算	.....P.30
	(2)介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の関係	.....P.32
	(3)日割りについて	.....P.35
5	請求の事務処理の流れ	.....P.36
	(1)利用者が総合事業のみを利用する場合	.....P.36
	(2)利用者が予防給付と総合事業を利用する場合	.....P.37
	(3)介護予防支援給付と介護予防ケアマネジメントの違い	.....P.38
	(4)住所地特例の方の取り扱いについて	.....P.39
6	介護予防ケアマネジメントにおける様式一覧	.....P.40
	(1)各種様式	.....P.40
	(2)記載要領	.....P.50

1 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 総合事業とは

介護保険法（平成9年法律第123号。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。

具体的には、① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、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の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化を図られることを目指す。

介護保険法4条では、「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、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サー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」こととされている。

(厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋)

(2) 町田市の総合事業

① 趣旨

要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様な生活支援体制のある地域づくりを進めるために、2017年4月から「総合事業」を実施する。町田市の総合事業は、高齢者が身近な地域で自ら介護予防に取り組むことにより、住み慣れた地域で自立して生活できることを目指すものである。

② 事業概要

(ア)介護予防・生活支援サービス事業

対象者は、要支援認定を受けた方または要支援者に相当する状態の方（以下「事業対象者」）です。市では、現行で行われている訪問介護と通所介護サービス（国基準型サービス、いわゆる現行相当）の他に、人員基準・資格等の基準を緩和したサービス（市基準型サービス）と、理学療法士・作業療法士等の専門職が、3ヶ月程度の短期間に集中的に関わる短期集中型サービスを導入する。

(イ)一般介護予防事業

65歳以上の高齢者が対象。事業内容は、従来から実施している「介護予防普及啓発事業」や「地域介護予防活動支援事業」などに加え、新たなサービスとして、理学療法士・作業療法士等の専門職が、地域の団体を支援する「地域リハビリテーション活動支援事業」に取り組んでいく。

③ 期待される効果

(ア)身近な地域において社会参加や介護予防に取り組みやすく、また継続しやすい環境が整うことで、生きがいを持って生活する高齢者が増加する。

(イ)現行のサービスの他に、基準を緩和したサービスやNPO・ボランティアによる活動が整うことで、多様な支援を低価格で受けることができ、自己負担額が少なくなる。

(ウ)訪問介護・通所介護事業者の人員配置基準が一部緩和されることや、NPO・ボランティアなど新たなサービスの担い手が加わることで、介護職員不足に対する一助になる。

④ 対象者

(ア)介護予防・生活支援サービス事業対象者

- ・2017年4月以降に、新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた方
- ・2017年4月以降に、「基本チェックリスト」により「事業対象者」と判断された方

(イ)一般介護予防事業対象者

- ・介護保険第1号被保険者の全ての方
- ・上記の支援のための活動に関わる方

町田市 介護予防・日常生活支援総合事業費 サービス種別一覧

1 訪問型サービス

サービス種別	事業者によるサービス		短期集中型サービス (サービスC)	
	国基準型訪問サービス (現行相当)	市基準型訪問サービス (サービスA) 一体型 (訪問介護等との一体実施)		単独型
サービス概要	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護員による身体介護 訪問介護員による生活援助 	訪問介護員、まちいきヘルパーによる生活援助 ※国基準に抵触しない範囲で単独型の基準を適用可	(必須) ・生活機能向上を目的とした、O Tの訪問による指導 (必要に応じて) ・栄養改善を目的とした、栄養士の訪問による指導 ・生活機能向上を目的とした、P Tの訪問による指導	
利用者の目安	右記に当てはまらないケース 1.既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用継続が必要なケース 2.身体介護が必要なケース 3.認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴うケース 4.退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要なケース 5.その他現行相当のサービスが必要なケース (例) うつ、精神疾患、難病等、病状不安定、全盲、虐待、ごみ屋敷など専門職のケアが必要なケース	介護保険内サービスの生活援助(老計第10号における「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」における家事援助。ただし、市基準型訪問サービス(サービスA)においても自立生活支援のための見守りの援助は含む) 生活援助が必要なケース	通所型の短期集中型サービスのIADL向上教室を利用している方	
実施方法	事業者指定	事業者指定	委託	
サービス提供者	指定介護事業者	指定介護事業者	作業療法士、理学療法士、管理栄養士	
利用者負担額	原則、1割負担(一定以上の所得の利用者は2割または3割負担)			
報酬単価	○週1回程度 1,308単位/月 ○週2回程度 2,612単位/月 ○週3回程度 4,145単位/月	○週1回程度 1,101単位/月 ○週2回程度 2,199単位/月 ○週3回程度 3,493単位/月	○週1回程度 917単位/月 ○週2回程度 1,831単位/月 ○週3回程度 2,905単位/月	通所型の短期集中型サービスに含む

2 通所型サービス

		事業者によるサービス		短期集中型サービス (サービスC)	
サービス種別	国基準型通所サービス (現行相当)	市基準型通所サービス (サービスA)		IADL向上教室	町DAP
		一体型 (通所介護等との一体実施)	単独型		
サービス概要	<p>1. 既に国基準型通所介護を利用しており、継続が必要なケース</p> <p>2. サービスA等の多様なサービスの利用が難しい・不適切なケース</p> <p>例) 認知症、退院直後、専門職の指導が必要、脳梗塞、うつ、パーキンソン、トラブル懸念ありなど専門職のケアが必要なケース</p> <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>・通所介護等と一体で実施する「一体型」と、市基準型のサービスのみを行う「単独型」を設定</p> <p>・サービス形態として、短時間で実施する運動型サービスを想定し、特に単独型では、運動器機能向上プログラムの実施を義務付け</p> <p>・単独型は、要介護者等へのサービスと明確に分けて実施 (別の部屋で実施、時間帯を分けて実施、曜日を分けて実施等の方法による)</p>	<p>リハビリ専門職のアドバイスに基づく身体機能向上のためのプログラム</p>	<p>理学療法士・作業療法士による、セルフマネジメント力向上のためのプログラム</p>	
利用者の目安		<p>こちらのラインナップの中から状態に合わせて選択</p>			
実施方法		事業者指定	事業者指定	委託 事業者	委託
サービス提供者	指定介護事業者	指定介護事業者	指定介護事業者 / 新規参入の事業者	(スポーククラブ等)	市内指定の病院や 介護・訪問看護事業所等
利用者負担額	原則、1割負担 (一定以上の所得の利用者は2割負担) (※ 2018年8月利用分からは2割または3割)	事業者指定	事業者指定	参加費 1,000円/月 (週1回 3ヶ月間)	
報酬単価	<p>○要支援1・事業対象者 (週1回程度) 1,793単位/月</p> <p>○要支援2 (週1回程度) 1,838単位/月</p> <p>○事業対象者、要支援2 (週2回程度) 3,678単位/月</p>	<p>○要支援1・事業対象者 (週1回程度) 1,524単位/月</p> <p>○要支援2 (週1回程度) 1,562単位/月</p> <p>○事業対象者、要支援2 (週2回程度) 3,123単位/月</p>	<p>○要支援1・事業対象者 (週1回程度) 1,761単位/月</p> <p>○要支援2 (週1回程度) 1,797単位/月</p> <p>○事業対象者、要支援2 (週2回程度) 3,271単位/月</p>	-	

2 介護予防ケアマネジメントとは

町田市介護予防・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）（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、第1号訪問事業（訪問型サービス）、第1号通所型サービス（通所型サービス）、ほか一般介護予防事業も含め、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。

(1) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

総合事業における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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」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、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援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、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組みを行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

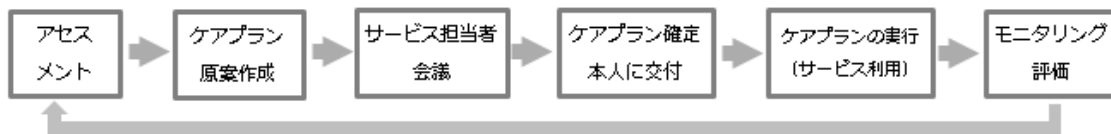
このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下、「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

(2) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援の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。

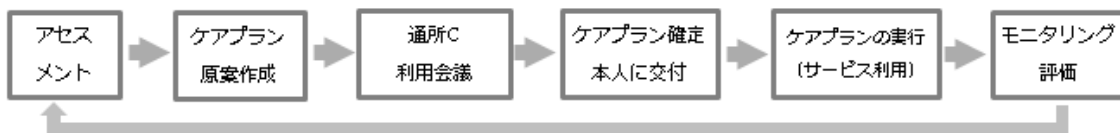
① 原則的ケアマネジメント

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等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。



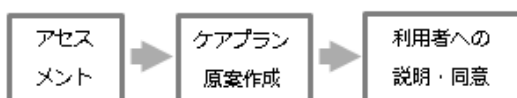
② 変則的ケアマネジメント（短期集中型サービス（サービスC）に係る介護予防ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的ケアマネジメントと同様であるが、サービス担当者会議の開催に代わり、サービスC利用に際する独自の会議を開催し、ケアプランを作成する。モニタリングは毎月実施し、状況の確認を行い、サービス終了時に評価及びケアプランの変更等を行う介護予防ケアマネジメントを実施する。



③ 簡易的ケアマネジメント

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、ケアプラン原案の結果（「目標とする生活」「現状の状態・本人及び家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等を行わない。



概要

	原則的 ケアマネジメント	変則的 ケアマネジメント	簡易的 ケアマネジメント
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・国基準型訪問サービス（現行相当） ・市基準型訪問サービス（サービスA） ・国基準型通所型サービス（現行相当） ・市基準型通所サービス（サービスA） 	<ul style="list-style-type: none"> ・短期集中型サービス（サービスC） 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般介護予防事業 ・インフォーマルサービス ・地域資源
アセスメント	○	○	○
ケアプラン 原案作成	○	○	○
サービス 担当者会議	○	—	—
サービスC 利用会議	—	○	—
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を通知する)
サービス 利用開始	○	○	—
モニタリング	○	○	—
給付管理	○	—	—
マネジメント報酬	○	○	○
備考			<ul style="list-style-type: none"> ・お身体の状態の変化など何かあった際には相談していただけるようにしていただく。

サービスを併用する場合、利用する対象サービスによってマネジメント類型は以下に示す類型となる。

原則的ケアマネジメント > 変則的ケアマネジメント > 簡易的ケアマネジメント

(3) 介護予防ケアマネジメント実施主体

町田市における介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する住所地の高齢者支援センターにおいて実施する。高齢者支援センターに配置されている3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。

しかし、高齢者支援センターの全体の業務遂行を鑑み、居宅介護支援事業所へ委託を行うことも可とする。事例の一例として、要介護認定を持っていた方が要支援に改善した場合等が考えられる。高齢者支援センターは、居宅介護支援事業所が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は高齢者支援センターが立ち会うように努めるとともに、ケアプランに対しての関与や連携体制を取ること、プラン作成後のフォローとして地域ケア個別会議等を活用しつつ、そのすべてに関与されたい。

介護予防ケアマネジメントのプロセス(居宅介護支援事業所へ委託する場合)

【原則的ケアマネジメントの場合】 ※委託しない場合は右欄を読み替えて使用

	高齢者支援センター	居宅介護支援事業所
利用申込	<p>総合事業利用申込の受付</p> <ul style="list-style-type: none"> 被保険者証を確認し、予防給付サービス利用について説明する。 重要事項説明書を交付・説明し同意を得る。 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書等受け付ける。 	
契約締結	<p>総合事業利用申込者との契約締結</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用申込者と契約書類を取り交わす。 個人情報の取扱いに対する同意(書面)を得る。(家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意も得る。) 	<p>※当該契約についての責任を高齢者支援センターが負うのであれば事務処理の効率化を図る観点から、契約締結を居宅介護支援事業所で実施することも可能。(居宅介護支援事業所との契約内容に基づく)</p>
アセスメント	<p>利用者情報の入手</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に同意(書面)を得て、市から認定調査結果、主治医意見書を入手する。(認定申請を行っている場合。) <p>介護予防ケアマネジメント業務の委託(契約締結)</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報、基本チェックリスト、認定調査結果、主治医意見書等、必要書類を交付し、介護予防ケアマネジメント業務を委託する。(認定調査結果、主治医意見書は認定申請を行っている場合) 	<p>※居宅介護支援事業所で実施することも可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要書類を入手し、利用者宅を訪問する。 利用者に介護予防支援ケアマネジメント業務の受託等について説明し、個人情報の取扱いに対する同意を得る。(家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意も得る。) 利用者基本情報、基本チェックリスト、情報収集シート等を用いて利用者の状況を確認し、アセスメントを行う。 利用者の状況を踏まえ目標や具体的な支援策を提案し、利用者調整する。
介護予防ケアマネジメント計画原案の作成		<p>介護予防ケアマネジメント計画原案の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントの結果を基に介護予防サービス計画原案を作成する。 介護予防ケアマネジメント計画原案に基づくサービス利用について、高齢者支援センター、サービス提供事業所等と調整する。
サービス担当者会議の開催	<p>サービス担当者会議の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> 状況に応じて、サービス担当者会議へ出席する。 介護予防ケアマネジメント計画原案の妥当性について確認する。(高齢者支援センター意見欄に記入し、押印または署名をする。) 	<p>サービス担当者会議の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> 関係者を召集し、目標の共有化、役割分担の確認をするとともに、介護予防ケアマネジメント計画原案について専門的見地から意見を求める。 利用者、家族、サービス提供担当者等と支援方法を確認し、当該サービス担当者会議の要点または当該担当者の照会内容について記録する。
介護予防ケアマネジメント計画の説明・交付	<p>介護予防ケアマネジメント計画の説明・交付</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防ケアマネジメント計画の原本(利用者の同意欄への署名があるもの)は高齢者支援センターが保管する。 	<p>介護予防ケアマネジメント計画の説明</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者支援センターの確認を受けた介護予防ケアマネジメント計画表の内容について、利用者や家族に説明し同意を得る。(同意欄への署名) <p>介護予防ケアマネジメント計画の交付</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者、サービス提供事業所、高齢者支援センターに介護予防ケアマネジメント計画を交付する。
サービスの提供・モニタリング	<p>サービスの提供・モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> 月に1回、居宅介護事業所から受けたサービス実施状況を記録する。 	<p>サービス提供事業所等との調整</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防ケアマネジメント計画に基づき適切にサービスが提供されるよう、サービス提供事業所等と連絡調整を行う。 サービス提供担当者に対して個別サービス計画の提出を求め、介護予防ケアマネジメント計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する。 <p>モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により、介護予防ケアマネジメント計画の実施状況を把握する。 ※サービス提供開始月、サービスの提供を開始する月の翌月から換算して3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著 ※利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限りサービス提供事業所等を訪問する等の方法により面接するよう努めるとともに、当該面接が出来ない場合に当たっては、電話等により利用者との連絡を実施する。 ※月に1回は支援経過記録等にモニタリングの結果を記録する。 サービス提供事業所から、個別計画サービス計画に基づくサービス実施状況について月に1回報告を受け、高齢者支援センターに報告する。 利用者の状況に変化があった時は、必ず利用者宅を訪問し、必要に応じて計画の見直しを行う。
評価	<p>評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言・指導を行い、支援評価表に高齢者支援センターの意見を記載する。 	<p>評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防ケアマネジメント計画に位置づけた期間が終了する月は、利用者宅を訪問し計画の達成状況を評価する。 介護予防ケアマネジメント評価表を作成し、高齢者支援センターに報告する。
給付管理	<p>給付管理業務</p> <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所から送付された給付管理票を確認する。 	<p>給付管理業務</p> <ul style="list-style-type: none"> 月初めに前月のサービス利用実績を確認し、給付管理票を作成する。 給付管理票を高齢者支援センターに送付する。
報酬の請求・支払い	<p>報酬の請求</p> <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所から送付された給付管理票に基づき、報酬請求に関する書類を作成する。 国民健康保険団体連合会に報酬請求に関する書類を送付し、介護報酬の請求を行う。(介護予防ケアマネジメント費の請求に関しては市へ請求に関するデータを送付する。) <p>10</p> <p>報酬の請求</p> <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険団体連合会から報酬を受領する。 	

(4) 基本チェックリストについて

総合事業においては、事業対象者の基準に該当するかどうかの手続きとして、介護保険法施行規則で定められている「基本チェックリスト」を活用することとされている。厚生労働省が定める「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」の様式第一「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」及び第二「基本チェックリストについての考え方」において定められている関連様式を要支援認定の更新時に順次活用していくこととする。

参考) 介護保険法施行規則第四百十条の六十二の四

法第一百五十五条の四十五第一項第一号の厚生労働省で定める被保険者は、次のいずれかに該当する被保険者とする。

一 居宅要支援被保険者

二 厚生労働大臣が定める基準に該当する第一号被保険者（二回以上にわたり当該基準の該当の有無を判断した場合においては、直近の当該事業の該当の有無の判断の際に当該基準に該当した第一号被保険者）（要介護認定を受けた第一号被保険者においては、当該要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受けた日から当該要介護認定の有効期間の満了の日までの期間を除く。）

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 1

記入日：平成 年 月 日 ()

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

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

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

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

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

基本チェックリストについての考え方

<p>【共通事項】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	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	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

	減少がありましたか	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されますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

3 相談受付からサービス利用までの流れ

(1) 新規の場合

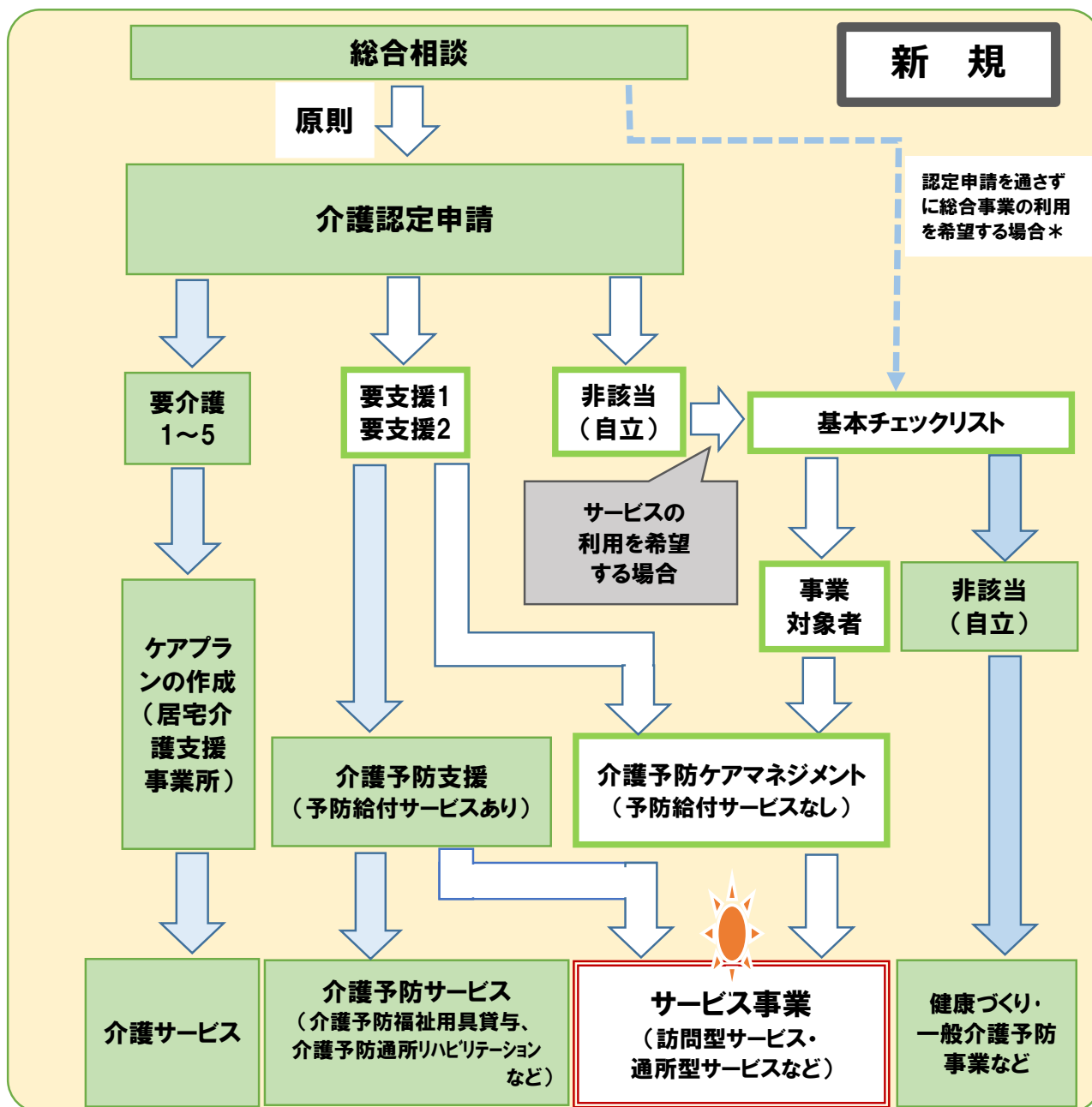
P. 17 フロー図参照

※第2号被保険者は介護認定申請が必須となる。(基本チェックリストの実施はできない。)

(2) 要支援認定の更新の場合

P. 18 フロー図参照

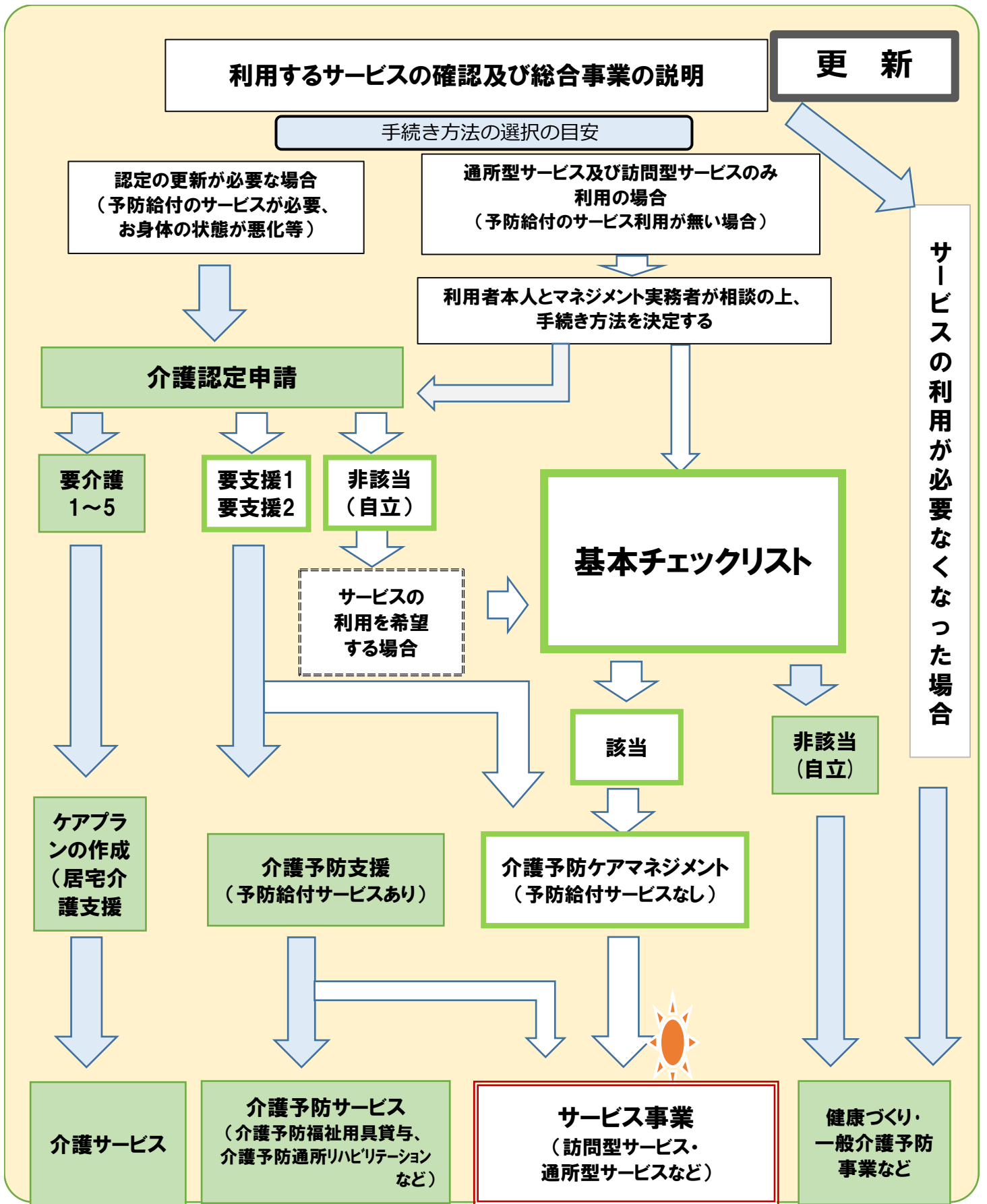
※第2号被保険者は介護認定申請が必須となる。(基本チェックリストの実施はできない。)



※第2号被保険者(40~64歳)は要支援認定が必要です。

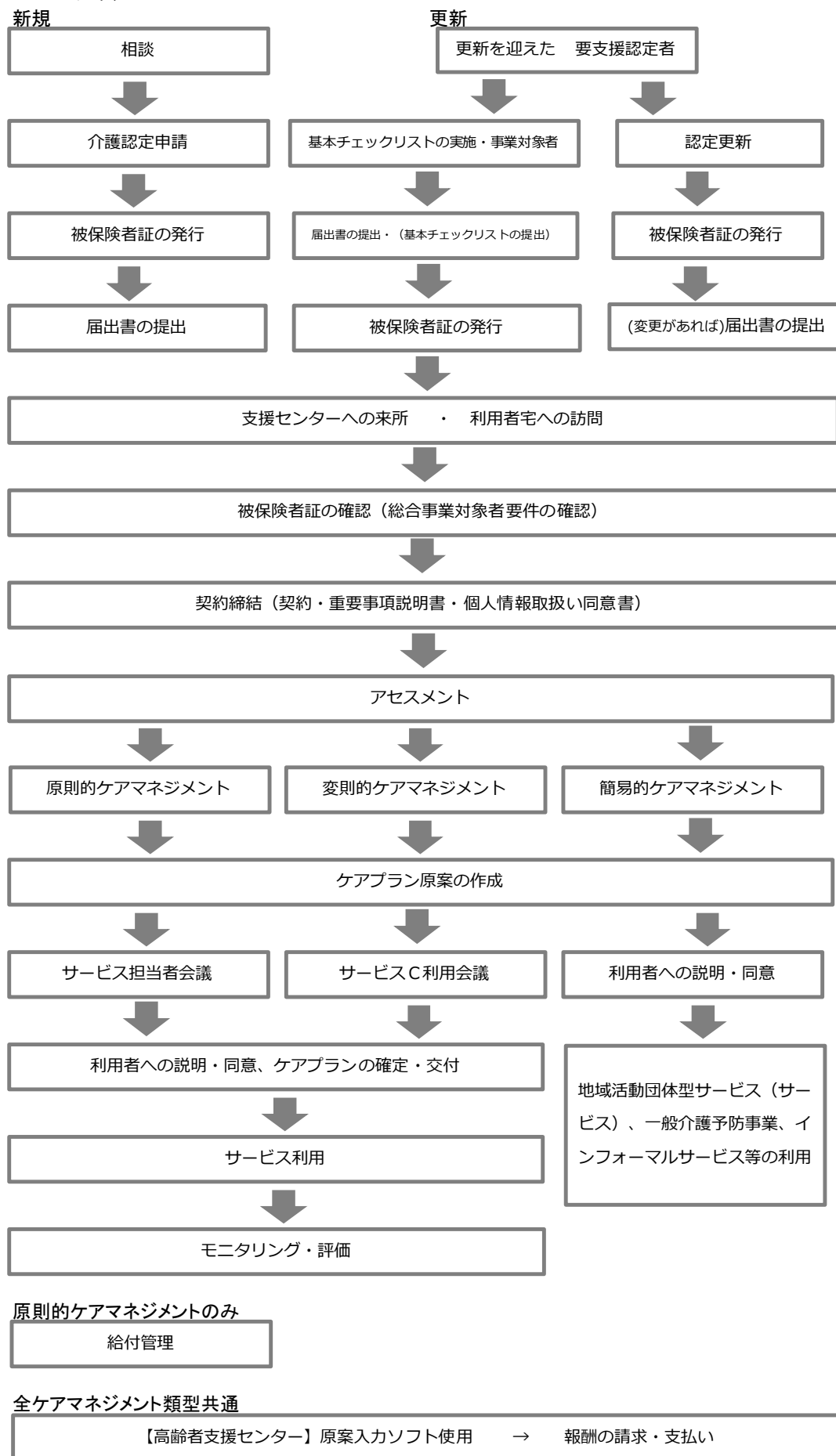
***基本チェックリストの実施のみの例外ケースについて**

- ・基本チェックリストでの判定を強く希望する場合
- ・受診拒否等により認定申請はできないが、サービスが必要と判断される場合
- ・短期集中型サービスの利用のみが想定されるケース 等



※第2号被保険者(40~64歳)は要支援認定が必要です。

(3) 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1・2の認定を持っていることまたは、事業対象者として町田市に登録されることが必要。

① 総合事業の説明（相談）

相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き（初回は原則介護認定申請を行う。認定更新の場合に基本チェックリストを活用できること）を説明する。（基本チェックリストを実施し、事業対象者としてサービス利用開始後も介護認定申請が可能であることも説明する。

総合事業の趣旨として、

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の促進や重度化防止の推進を図る事業であること

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。

要支援認定を持った方の認定更新の際は、希望するサービスが予防給付のサービスや介護給付によるサービスを希望している場合等は、基本チェックリストではなく、介護認定申請の案内を行う。

介護認定申請または基本チェックリストの実施によって、要支援認定もしくは事業対象者の判定が出た場合、以下のプロセスへと進む。

② 届出書等の提出

- ・介護認定申請の結果が要支援1・2
- ・介護認定申請の結果が非該当の場合で基本チェックリストを実施し、該当（事業対象者）
- ・基本チェックリストの結果が事業対象者

については、要支援認定を受けた方については本人の申し出に基づいて、基本チェックリストの実施による事業対象の基準に該当した方（事業対象者）については基本チェックリストの提出と合わせて「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を記入し町田市（保険者）に提出する。基本チェックリスト実施の場合は、基本チェックリストの原本を町田市（保険者）へ提出し、コピーを控えておく。（基本チェックリストは当マニュアルに掲載の様式を利用。）

③ 被保険者証の発行

介護認定申請の結果が要支援1・2の場合は認定結果通知と合わせて被保険者証が発行される。基本チェックリスト実施による事業対象に該当するかどうかの手続きの場合には、基本チェックリストと届出書の提出により、町田市（保険者）が、事業対象者と印字された被保険者証を送付する。

介護予防ケアマネジメント利用の手続きへ

※要支援1・2の方で予防給付のサービスを利用する場合は従来通りの「介護予防支援」を実施

（予防給付のサービスが給付管理を行わないもののみ、具体的には福祉用具購入、住宅改修は介護予防ケアマネジメントとなる。）

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）届出書について

利用者が介護予防ケアマネジメントを受けることについて確認し、届出書に記入していただく。届出書の提出は、基本的には利用者から市に提出するものであるが、代理として家族や高齢者支援センター等からの提出も可とする。（委託を受けた居宅介護支援事業所が担当している場合は、高齢者支援センターを経由し、提出する。）

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）届出書は、従来の「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」に総合事業の「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を兼用したものとなる。

届出の有無

区分	居宅サービス計画作成依頼届出書	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	備考
要介護 → 要支援	—	○	
要支援 → 要介護	○	—	
事業対象者 → 要介護	○	—	
要支援 → 事業対象者	—	○	
事業対象者 → 要支援	—	○	
要支援（予防給付利用あり） ⇔ 要支援（予防給付利用なし）	—	—	省略

・この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに町田市へ提出するものである。

・介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず町田市へ届け出るものである（届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがある。）。

・住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出すること。

④ 重要事項説明・契約締結

被保険者証にて総合事業対象者が確認する。

重要事項説明書、介護予防支援事業利用契約書、個人情報使用同意書について説明を行い、利用者の同意を得て署名を得る。

⑤ 介護予防ケアマネジメント

(ア) アセスメント（課題分析）

利用者の自宅に訪問し、本人との面接による聞き取り等を通じて行う。

「アセスメントシート」や「興味・関心シート」等を活用して、利用者の趣味活動、社会的活動、生活歴等の聞き取りをしながら、「〇〇したい」「〇〇できるようになる」というような目標を設定する。また、今現在できていることやできることに着目したプラン設定も大切にする。

プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等に対しての機能維持・向上に向けての介護予防に取り組む意欲を引き出すよう、利用者本人及び家族と信頼関係の構築に努める。

(イ) ケアプラン原案作成（ケアマネジメント結果作成）

（目標の設定）

生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境整備などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者本人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。

（利用するサービス内容の選択）

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もとに、町田市が提示する各サービスの利用者の目安を参考に組み立てをする。

従来の要支援者に提供していたサービス以外に、総合事業開始に際して新しくできた各種サービスであるサービス事業のサービスの利用のみでなく、一般介護予防事業や地域の社会資源、インフォーマルサービス等も活用し、利用者本人の自立支援を支えるケアプラン原案を利用者本人とともに作成する。

総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。支給限度額は以下の通りである。

区分	支給限度額
事業対象者	5, 0 3 2 単位
要支援 1	5, 0 3 2 単位
要支援 2	1 0, 5 3 1 単位

(ウ) サービス担当者会議または通所C利用会議の開催

(エ) 利用者への説明・同意、ケアプラン確定・交付

サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

(オ) サービス利用開始

(カ) モニタリング

原則的ケアマネジメント

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期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

変則的ケアマネジメント

モニタリングは概ね月1回実施する。モニタリング方法は原則的ケアマネジメントと同様の取扱いとする。

簡易的ケアマネジメント

モニタリングの実施はなし。

(キ) 評価

介護予防ケアマネジメントで設定した目標が達成されたかどうか確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランの見直しを行う。

なお、従来の介護予防支援における取扱い通り、必要に応じて区分変更申請の実施を行うほか、事業対象者の場合は、利用者本人の状態の変化等により介護認定申請が必要だと判断した場合は申請を行う。

(ク) 給付管理

現行相当、サービスAの利用の場合、給付管理を行う。

(ケ) 報酬請求・支払い

介護予防ケアマネジメントにおける報酬は、高齢者支援センターが居宅介護支援事業所へ委託した分も含めて、「原案入力ソフト」を使用し、請求事務を行う。

(4) 町田市総合事業のサービスの併用について

① 訪問型サービス

	現行相当	サービスA
現行相当		×
サービスA	×	

② 通所型サービス

	現行相当	サービスA	サービスC
現行相当		×	×
サービスA	×		×
サービスC	×	×	

(5) 注意点

① 認定申請時の基本チェックリストの取扱い

町田市の総合事業の利用にあたっては、初回の相談時には、認定申請を行うが、同時に基本チェックリストを実施することは想定していない。迅速にサービスが必要である場合には、これまで同様、暫定プランによるサービスの利用を開始することとする。ただし、認定申請の結果が非該当となった場合は、今まで通り、その間利用していたサービスは自己負担となるため、利用者と相談・合意のもとで行うこととする。また、非該当の結果が出た後に、基本チェックリスト実施による事業対象者手続きを行った際は、町田市に届出があった日以降に事業対象者となる。

(認定年月日は遡らない。)

なお、短期集中型サービス（サービスC）に関しては、開始月が限られていることから、特に柔軟な対応が必要である。マネジメント実務者が当該利用者に対し、早急に短期集中型サービス（サービスC）の利用が必要だと判断した場合、例外ケースとして基本チェックリストの記入による事業対象者の基準に該当するかどうかの手続きを行えることとする。そのうえで、適宜、必要に応じて介護認定申請を行う。

② 要支援者と事業対象者の違い

認定状態区分	利用できるサービス
要支援2	○予防給付のみ ○予防給付と総合事業のサービス
要支援1	○総合事業のサービスのみ いずれのパターンも利用可能
事業対象者	○総合事業のサービスのみ

※「事業対象者」になった場合の特徴

- 認定申請が不要なため、迅速なサービス利用が可能
- 事業対象者には有効期間の終期がないため、更新手続きが不要
- 予防給付の利用ができなくなる
- ひと月あたりの支給限度額が要支援1と同等の5,032単位となる

③ 事業対象者が認定申請を行う場合

介護保険最新情報 Vol.450 平成27年3月31日 より抜粋

問4 基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため 総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

④ 月の途中で要介護認定へ変更となった場合について

介護保険最新情報 Vol.450 平成27年3月31日 より抜粋

問3 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを開始後、要介護1以上の結果が出た場合、同月内に介護給付を利用するまでの地域包括支援センターが作成するケアプランと、認定結果に基づいて、介護給付について居宅介護支援事業所が作成するケアプランの、2件存在することになると考えてよいか。また、その場合は、介護予防ケアマネジメント費と居宅介護支援費をそれぞれ請求でき、支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行うようになるのか。

(答)

1 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストによりサービス事業対象者として総合事業のサービスを受ける場合は、介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用するが、認定結果が要介護1以上となり、介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することとなる。

2 なお、月の途中まで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ていた者が、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

町田市においては認定申請と同時に基本チェックリストを実施し、事業対象者としてサービスを利用することは行わないが、上記の下線部分についてはこのとおり取扱う。

⑤ 転居時の取扱いについて

介護保険最新情報 Vol.411 平成27年1月9日 より抜粋

問 a市で基本チェックリストを利用してサービス事業対象者となった者が、b市に転居してサービスを利用する場合、b市で改めて基本チェックリストを実施することが必要か。

答 1 サービス事業対象者が、何らかのサービス事業を利用している状態でa市からb市に転居する場合などは、b市においてもサービス事業をできるだけ切れ目なく迅速に利用できる体制とすることが望ましいと考える。このためa市での基本チェックリストの結果をもって、b市のサービス事業対象者とすることを妨げるものではなく、市町村の実情に応じて適切に判断していただきたい。

2 なお、b市においてa市での基本チェックリストを活用する場合は、利用者の同意を得てa市でのケアプラン等やサービス利用状況等もあわせて情報を収集したうえで、b市の事業の実施状況等を踏まえて介護予防ケアマネジメントを実施し、サービスにつないでいただきたい。

町田市では上記の取扱いを踏まえ、ケースごとに各保険者と取扱いについて個別に検討し、判断することとする。

●転入時

ご本人の「事業対象者」であった申し出に基づいて町田市で改めて基本チェックリストを実施し判定を行う。

●転出時

「受給資格証明書」の発行なし。転入先の取扱いによる。

⑥ セルフケアプランについて

総合事業の利用については、ケアプランの自己作成による利用はできない。予防給付において自己作成している者が、総合事業を利用する場合には、高齢者支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要である。

⑦ 認定申請が非該当であった場合の取扱い

介護認定申請の結果が非該当となった者については、基本チェックリストの案内を同封し、本人の希望により基本チェックリストの実施による事業対象者の手続きを行う。事業対象者の基準に該当した場合は、総合事業の対象者として介護予防ケアマネジメントを受け、総合事業のサービスを利用することができる。

⑧ 介護予防ケアマネジメント上の個人情報の取扱いについて

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

⑨ 介護予防ケアマネジメントの質の向上について

介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。ケアマネジメントの質の向上のため、地域ケア会議の議題の一つとして、積極的に検討することとする。

⑩ 介護予防ケアマネジメントにおける高齢者支援センターの体制について

委託先の居宅介護支援事業者や各サービス提供者、利用者の家族等から、必要に応じて高齢者支援センターに連絡・相談ができる体制の整備に努めることとする。

4 報酬・請求

(1) 単価及び加算

種類	項目	開始月	翌月	翌々月	3か月後
原則的 ケアマネジメント	モニタリング	—	○	○	○
	報酬	基本 738	基本 438	基本 438	基本 438
変則的 ケアマネジメント	モニタリング	—	必要に応じて		×
	報酬	基本 738	基本 438	基本 438	×
簡易的 ケアマネジメント	モニタリング	—	×	×	×
	報酬	基本 738	×	×	×

① 初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

(ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)

(イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

② 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定を行うもの。ただし、6月以内に当該加算を算定した利用者については算定できない。また、当該加算は、利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定することができる。

介護保険最新情報 Vol. 484 より抜粋

※初回加算の算定の可否について

【算定可能のケース】

- 要介護者から要支援者となった場合
- 当該利用者について、過去2か月以上、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合に、計画を立てた場合

【算定不可のケース】

- 要支援者が認定の更新をして、総合事業のサービスを利用した場合
- 要支援から事業対象者となった場合
- 予防給付のサービスを使うことになり、介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合（又はその逆）

(2) 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の関係

要支援1・2の場合で、予防給付のサービスの利用がある場合は介護予防支援になるため、介護予防支援費として報酬が支払われる。(以下の表のとおり、予防給付のサービスで給付管理を行わない場合は介護予防ケアマネジメント費となることに留意されたい。)

介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターン

Ⅱ-資料6

(1) 総合事業サービスを利用する場合の給付管理票及び居宅介護支援費／介護予防支援費／介護予防ケアマネジメント費の作成

№	利用者	利用サービス							給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	居宅介護支援費／ 介護予防支援費／ 介護予防ケアマネジメント費
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
		限度額管理 対象	限度額管理 対象外	限度額管理 対象	限度額管理 対象外	指定サービス 限度額管理 対象	指定サービス 限度額管理 対象外	指定サービス以外 のサービス			
1	要介護者	○	-	-	-	-	-	○	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(*1)	居宅介護支援費
2		○	○	-	-	-	-	○	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(*1)	居宅介護支援費
3		-	○	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
4		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
5	要支援者	-	-	○	-	-	-	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
6		-	-	○	○	-	-	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
7		-	-	○	-	○	-	-	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
8		-	-	○	-	○	-	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
9		-	-	○	-	-	○	-	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
10		-	-	○	-	-	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
11		-	-	○	○	○	-	-	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
12		-	-	○	○	○	-	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
13		-	-	○	○	-	○	-	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
14		-	-	○	○	-	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
15		-	-	○	-	○	○	-	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
16		-	-	○	-	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
17		-	-	○	○	○	○	-	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
18		-	-	○	○	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
19		-	-	-	○	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(*4) (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
20		-	-	-	○	-	-	-	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)

No.	利用者	利用サービス							給付管理票 の提出	給付管理票に記載するサービス	居宅介護支援費/ 介護予防支援費/ 介護予防ケアマネジメント費
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
		限度額管理 対象	限度額管理 対象外	限度額管理 対象	限度額管理 対象外	指定サービス 限度額管理 対象	指定サービス以外 のサービス 限度額管理 対象外	指定サービス以外 のサービス			
21		-	-	-	○	○	-	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
22		-	-	-	○	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
23		-	-	-	○	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
24		-	-	-	○	○	○	-	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
25		-	-	-	○	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
26		-	-	-	-	○	-	-	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
27		-	-	-	-	○	-	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
28		-	-	-	-	○	○	-	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
29		-	-	-	-	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
30		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
31		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
32		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
33	事業対象者	-	-	-	-	○	-	-	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
34		-	-	-	-	○	-	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
35		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
36		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
37		-	-	-	-	○	○	-	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
38		-	-	-	-	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
39		-	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)

(*1)
訪問介護
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション
通所介護
通所リハビリテーション
福祉用具貸与
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
夜間対応型訪問介護
地域密着型通所介護
認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護
小規模多機能型居宅介護(短期利用型)
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)
短期入所生活介護
短期入所療養介護(介護保健施設)
短期入所療養介護(介護療養施設等)
短期入所療養介護(介護医療院)
認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
特定施設入居者生活介護(短期利用型)
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)

(*2)
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
介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防短期入所生活介護
介護予防短期入所療養介護(介護保健施設)
介護予防短期入所療養介護(介護療養施設等)
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)
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)

(*3)
訪問型サービス(独自)
訪問型サービス(独自/定率)*4
訪問型サービス(独自/定額)*4
通所型サービス(独自)
通所型サービス(独自/定率)*4
通所型サービス(独自/定額)*4

(*4)
限度額管理対象/対象外サービスは市町村が決定して国保連に連絡する

(*5)
住所地特例適用被保険者の介護予防ケアマネジメント費は施設所在市町村へ請求

(3) サービス事業費の日割りについて

総合事業の訪問型サービス・通所型サービスにおいては、日割り請求の対象事由が、従前の介護予防訪問介護・介護予防通所介護と異なる。

例えば、月途中において、利用者と契約開始した場合は、契約日を起算日として、日割りで算定することとされている。

また、契約解除の場合も、契約解除日を起算日として日割りで算定することとなる。

「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について」

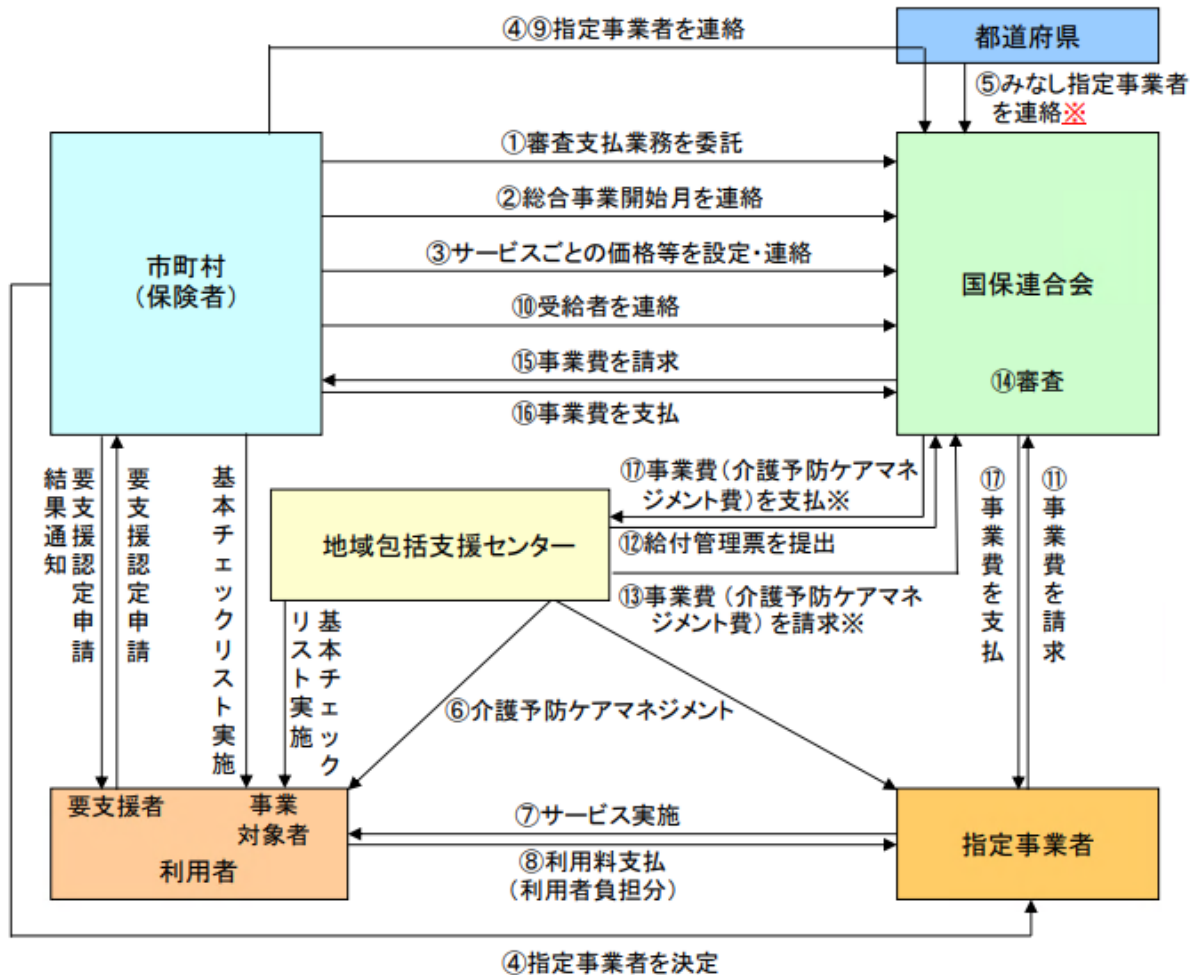
I 介護報酬改定関係資料 資料9 より (令和3年3月31日付厚生労働省事務連絡)

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
介護予防通所リハ (介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む)	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	開始 ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	終了 ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
	・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了	終了日

5 請求の事務処理の流れ

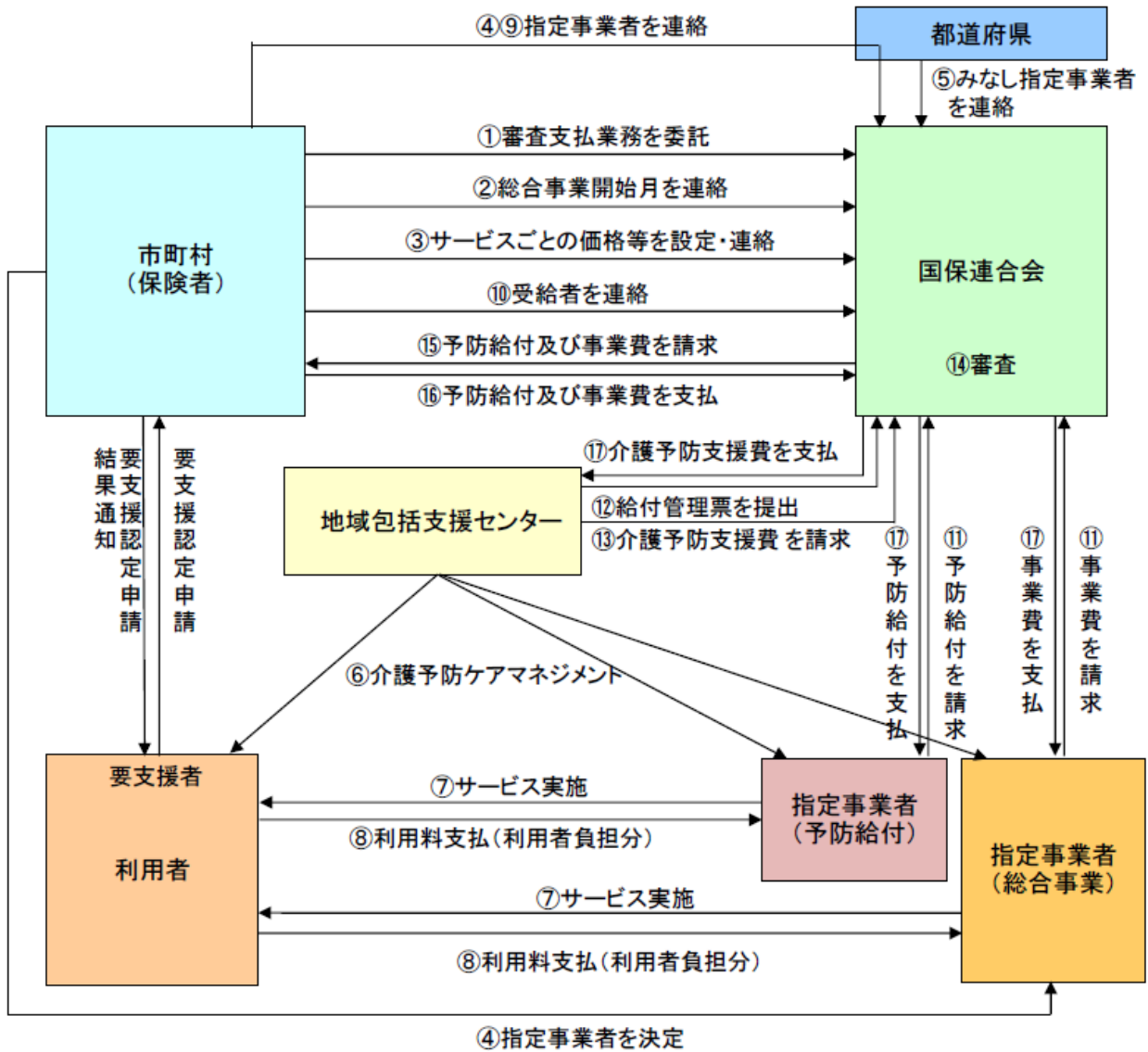
(1) 要支援・事業対象者が事業のみを利用する場合



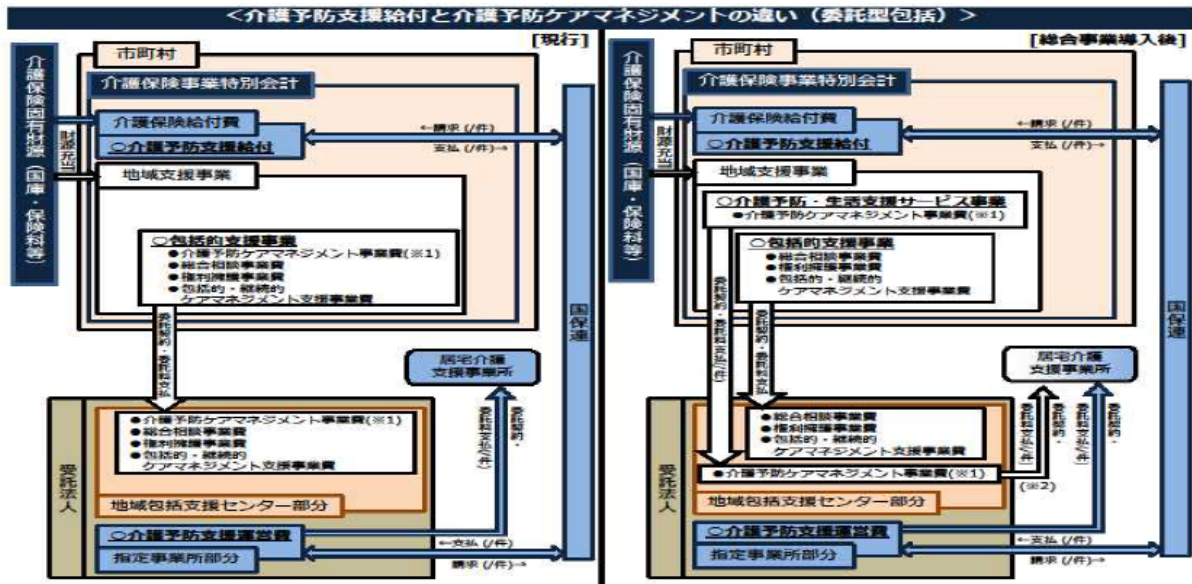
※⑬、⑰の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は、要支援者は平成27年4月サービス分より、また事業対象者は平成29年4月サービス分より国保連合会を経由した支払が可能である。
 なお、国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

※ ⑬事業費 (介護予防ケアマネジメント費) の請求については P. 38 を参照

(2) 利用者が予防給付と総合事業を利用する場合



(3) 介護予防支援給付と介護予防ケアマネジメントの違い

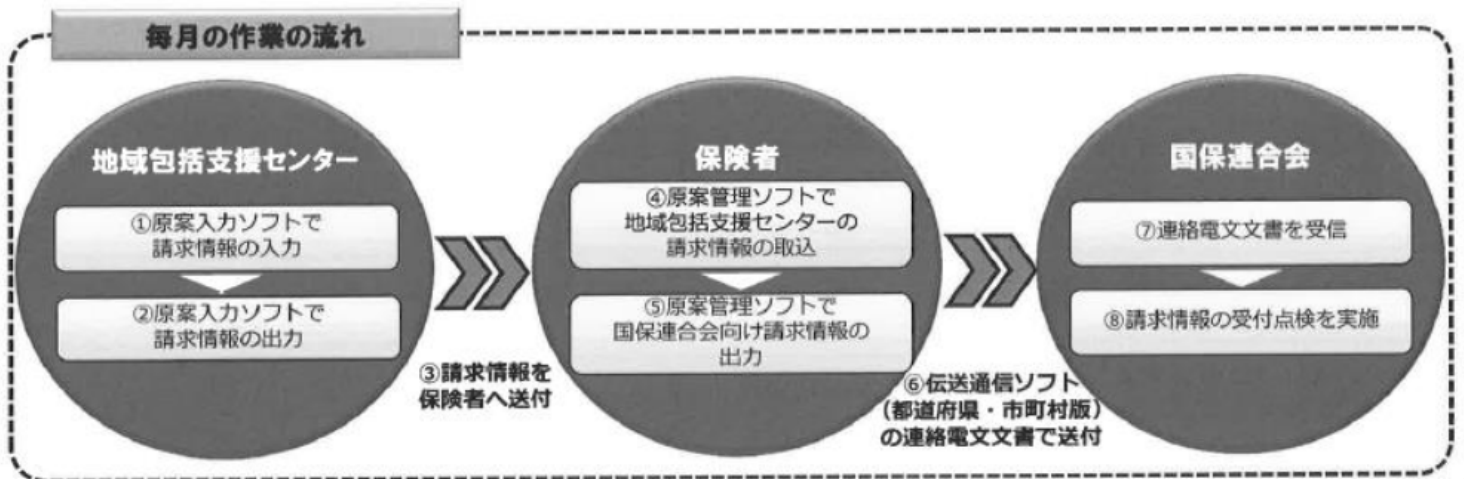


- ※1 包括的支援事業の介護予防ケアマネジメント事業費は総合事業移行に際してはこれを廃し、新たに介護予防・生活支援サービス事業として位置付けるもの。
- ※2 新たに介護予防・生活支援サービス事業として位置付けられた介護予防ケアマネジメント事業費は、その支払いに国保連を経由するものではないため、一部の国保連で行われている、介護予防サービス計画給付費に関する居宅介護支援事業所への委託料を直接国保連が支払うとの仕組みは想定されない。

老振発0605第1号 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について より

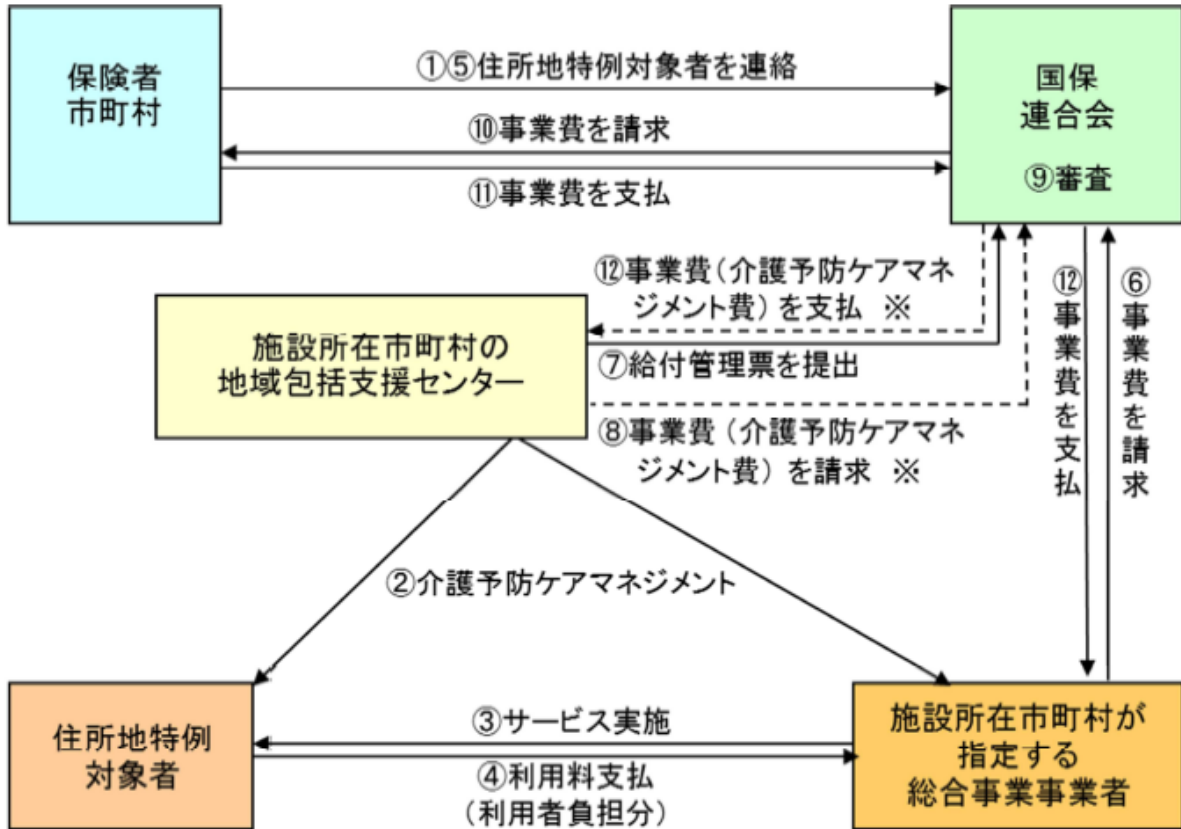
介護予防ケアマネジメント費の請求

高齢者支援センターが委託した居宅介護支援事業所の分も含めて、入力ソフトを使用し、町田市へデータを提出する。町田市から国保連へ伝送し、国保連から高齢者支援センター及び居宅介護支援事業所へ事業費の支払いがされる。



(4) 住所地特例の方の取り扱いについて

住所地特例対象者に対する介護予防・日常生活支援総合事業については、施設所在市町村が行うものとしている。(介護保険法第115条の4第1項)



※総合事業を実施する市町村の流れ。

※⑧、⑫の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は地域包括支援センターの委託料とともに市町村が支払うのが基本であり、国保連合会を経由した支払は例外。
 なお、支払を行う可能性がある、要支援認定を受け、事業のみを利用する場合も国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

※ ⑧事業費 (介護予防ケアマネジメント費) の請求については P. 38 を参照

6 介護予防ケアマネジメントにおける様式一覧

(1) 使用様式について

介護予防ケアマネジメントにて使用する支援計画表の様式は以下のとおりとなる。

ケアマネジメント類型	使用する様式
原則的ケアマネジメント	介護予防サービス・支援計画表
変則的ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント計画・評価表
簡易的ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント計画・評価表

※居宅介護支援事業所に委託をしている場合で、変則的ケアマネジメントを実施する際には、評価が終了するまでは介護予防ケアマネジメント計画・評価表の原本を居宅介護支援事業所、コピーを高齢者支援センターで保管する。

(2) 各種様式

- 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（P. 41, 42）
- 基本チェックリスト（P. 12）
- 基本チェックリスト各項目について（P. 14, 15）
- 利用者基本情報（P. 43、44）
- （参考）興味・関心チェックシート（P. 45）
- （町田市版）介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）計画・評価表（P. 46）
- 介護予防サービス・支援計画表（P. 48）
- 介護予防週間支援計画表（P. 47）
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（P. 48）
- サービス担当者会議の要点（P. 49）

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



【提出事由】 いずれかにチェックを入れてください。													
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 要介護 ⇒ 要支援 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> その他 ()						<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ 事業対象者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ⇒ 要支援 <input type="checkbox"/> 居宅の変更							
被保険者氏名						被保険者番号							
フリガナ						0 0 0							
						個人番号（マイナンバー）							
生年月日		明・大・昭		年		月		日		性別		男・女	
介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する高齢者支援センター													
高齢者支援センター名						事業所の所在地 〒							
担当 ()													
事業所番号						電話番号 ()							
開始又は変更年月日 (年 月 日付)													
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合のみ記入してください。													
委託居宅介護支援事業所名						電話番号 ()							
						事業所番号							
町田市長様 上記の高齢者支援センターに介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出ます。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()													
(注意)													
1 要支援認定の申請時、もしくは、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町田市へ提出してください。													
2 事業対象者として介護予防ケアマネジメントの依頼をするときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。													
3 介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず町田市に届け出てください。													
4 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の窓口へ提出してください。													
※届出がない場合、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。													
介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントのために必要があるときは、認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を上記居宅介護支援事業者に提示することに													
<input type="checkbox"/> 同意します						<input type="checkbox"/> 同意しません							
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 ⁴¹ <input type="checkbox"/> 事業所番号 <input type="checkbox"/> 基本チェックリストの添付											

<要支援・事業対象者用>

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

該当するいずれかの項目を
チェックしてください。

【提出事由】 いずれかにチェックを入れてください。

要介護 ⇒ 要支援
 新規 新規申請
 その他 ()

要支援 ⇒ 事業対象者
 変更 事業対象者 ⇒ 要支援
 居宅の変更

受付印

被保険者氏名

被保険者番号

フリガナ

0 0 0

個人番号（マイナンバー）を
記入してください。

個人番号（マイナンバー）

生年月日

明・大・昭

年

月

日

性別

男・女

介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する高齢者支援センター

高齢者支援センター名

事業所の所在地 〒

担当（
事業所番号

サービス開始年月日を記入してください。
※要支援 ⇒ 事業対象者の場合は、認定有効期間終了日の
翌月1日の日付で記入してください。

電話番号 ()

開始又は変更年月日

(

年

月

日付)

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合のみ記入してください。

委託居宅介護支援事業所名

電話番号 ()

事業所番号

届出時に委託先が決まっている場合は
記入してください。

町田市長様

上記の高齢者支援センターに介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを
依頼することを届出ます。

年 月 日

被保険者が署名した日付を記入してください。

住所

被保険者

氏名

電話番号 ()

(注意)

- 1 要支援認定の申請時、もしくは、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町田市へ提出してください。
 - 2 事業対象者として介護予防ケアマネジメントの依頼をするときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
 - 3 介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず町田市へ提出してください。
 - 4 住所地特例の対象となる施設に入居中の被保険者の場合は、介護予防ケアマネジメントの依頼をするときは、必ず町田市へ提出してください。
- ※届出がない場合、サービスに係る費用を

情報提供時に必要となりますので、
必ずどちらかにチェックしてください。

介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼をするときは、
調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、
主治医意見書を上記居宅介護支援事業者に提示する
ことに

のために必要があるときは、認定にかかる
主治医意見書を上記居宅介護支援事業者に提示する
ことに

同意します

同意しません

保険者確認欄

こちらは記入不要です

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		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		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

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

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

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

興味・関心チェックシート

記入日：令和 年 月 日

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女 _____

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×を付けてください。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)

興味・関心チェックシートの項目

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			
一人でお風呂に入る			
自分で服を着る			
:			
料理を作る			
買い物			
電車・バスでの外出			
孫の世話			
:			
家族・親戚との団らん			
ボランティア			
:			
読書			
パソコン			
:			
畑仕事			
賃金を伴う仕事			

興味・関心チェックシートの記入方法

- ① 各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ② 「していない」項目については、それを「してみたい」かの意向を聞く。してみたいものには、「してみたい」の欄に○を記入。
- ③ 興味の有無を確認。
している、していない、してみたい、できる、できてないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④ いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤ 空欄には、リスト以外の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)計画・評価表

No. _____ 利用者名 _____ 様 男・女 _____

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生活 _____

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

プラン作成者 _____

事業所名 _____

住所 _____

氏名 _____ (_____)

電話番号 _____

課題・背景・原因	目標に向けた具体的な提案と実施方針 (自分で行うこと、利用サービス)	健康状態について この3ヶ月間に1週間以上の入院 あり・なし
現在の状態・本人及び家族の希望 (運動・移動について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	かかりつけの医師等から日常生活で制限されていること
(日常生活(家庭生活)について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	あり・なし
(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	あり・なし
(健康管理について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上) その他、留意点 (主治医意旨書・健診結果、観察結果を踏まえた留意点)

居宅介護支援事業所へ委託をする場合 委託元高齢者支援センター名 _____

計画作成時 評価時 _____

高齢者支援センター _____

評価時期	評価	目標について	本人の取り組み	今後について
年 _____ 月 _____ 日	年 _____ 月 _____ 日	達成・未達成	できた・できなかった	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了
本人・家族の気持ち		担当者のお見		

【計画書に関する同意】上記計画について、同意します。

年 _____ 月 _____ 日

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____
委託の場合：
担当地域包括支援センター計画作成事業者
事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

目標とする生活	1日、1週間、 または1月	
	1年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善 ・予防のポイント)		

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域 包括支援 センター	名称	確認
	意見	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【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】

--

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての 本人・家族の意向
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			

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

目標		支 援 計 画					
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	※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
	()	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					
	()	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					

※1 予防給付の対象サービス又は二次予防事業の場合は、○をつける。

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合:当面の方針】

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

	0:00	2:00	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜																						
早朝																						
午前																						
午後																						
夜間																						
深夜																						

週単位以外のサービス	
------------	--

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成担当者 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者 利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
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)						

(2) 記載要領

(介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式記載要領)

本様式例は、当初の介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン原案を作成する際に記載し、その後、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプランの一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一様式に継続して記載することができるものとする。

1 「利用者基本情報」(P.43,44)

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

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

③ 「本人の現況」

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

④ 「本人氏名」

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

⑤ 「住所」

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

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡の取れる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

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

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、該当するものを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当あり」または「事業対象者

の該当なし」のいずれかを○で囲み、実施日を記載する。

⑨ 「障害等認定」

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

⑩ 「本人の住居環境」

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

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬ 「住所連絡先・続柄」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡を取る必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯版番号や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄外の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯ 「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「1日の生活・過ごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物、仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

のちに、アセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

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

「友人・地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「現病歴・既往歴と経過」

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

⑱ 「現在利用しているサービス」

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

⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

高齢者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、利用者基本情報等の個人に関する記録を、介護保険施設、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

2 介護予防ケアマネジメント計画・評価表(P.47) (変則的・簡易的ケアマネジメントで使用)

① 「NO.」

利用者の被保険者番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防ケアマネジメント等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の認定日または事業対象者の認定日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該高齢者支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメントを受ける場合は「初回」に、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前

回の認定有効期間を超えている場合は「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦ 「要支援1・要支援2 事業対象者」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」（要支援1・2、事業対象者）のいずれかに○を付す。

⑧ 「プラン作成者」

当該計画書作成者（高齢者支援センター担当者名）の事業所名、氏名、住所、電話番号を記載する。なお、介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援事業者の担当者名、事業所名、住所、電話番号を記載する。

⑨ 「計画作成（変更）日（初回作成日）」

当該高齢者支援センター又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者が当該利用者に関する計画書について利用者と合意した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑩ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる・

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握したうえで、最後利用者と修正するのは差し支えない。1日及び1年単位の両方記載しなければならないものではなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「1日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感を得られるような内容が望ましい。

「1年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

⑪ 「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「利用者基本情報」等より、健康状態について、介護予防ケアマネジメント計画を立てるうえで留意すべき情報について記載する。

直近の入院歴等、記載いただく箇所については本人が記載若しくは聞き取りのうえ記載する。

⑫ 「現在の状態・本人及び家族の希望」

アセスメント領域ごとに、現在の状態・本人及び家族の希望を記載する。

各アセスメント領域において、「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防ケアマネジメント計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑬ 「課題・背景・原因」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「現在の状態・本人及び家族の希望」に記載した内容や、実際の面談中の様子、

利用者基本情報、主治医意見書等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する、結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

⑭ 「目標に向けた具体的提案と実施方針（自分で行うこと、利用サービス）」

「課題・背景・原因」に対し、「目標とする生活」に向けて具体的提案と方針を記載する。具体策については、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。期間についても記載する。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的視点から利用者にとって最も適切と考えられる具体的提案と実施方針を示すことが重要である。

⑮ 「居宅介護支援事業者へ委託をする場合 委託元高齢者支援センター名」

当該介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者へ委託する場合、委託元である高齢者支援センター名を記載する。

⑯ 「計画作成時」・「評価時」

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

「計画作成時」については、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防ケアマネジメント計画原案等を作成し、介護予防ケアマネジメント計画表について当該高齢者支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該高齢者支援センターの担当者が意見及び確認を行い、記載する。（当該高齢者支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防ケアマネジメント計画表原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防ケアマネジメント計画表原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

「評価時」については、介護予防ケアマネジメント計画等に対する当該利用者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、高齢者支援センターと委託を受けた居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一

を図る必要がある。

⑰ 「計画書に関する同意」

介護予防ケアマネジメント計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行ったうえで、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

当該介護予防ケアマネジメント業務を居宅介護支援事業者に委託する場合、ケアプラン原本は評価終了まで居宅介護支援事業所にて保管し、コピーを高齢者支援センターにて保管する。

⑱ 「評価」

「評価の時期」は、介護予防ケアマネジメント計画を立てる際に評価実施時期の目安を記載し、確認を行う。

「評価」は、実際に評価を行った日を記載する。

「目標について」は、達成・未達成について、当該介護予防ケアマネジメント計画全体についての相対的な評価を、達成・未達成のどちらかに○を付す。

「本人の取り組み」は、目標に向けた具体的提案と実施方針の取り組みについて、どうであったかどちらかに○を付す。

「本人・家族の気持ち」は、計画策定期間を終了し、取り組みを行った感想や結果について、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、記載する。

「担当者の所見」は、計画策定期間を終了した現在の状況や所見について計画作成者としての評価を記載する。目標が未達成の場合は何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、専門的な観点から記載する。また、目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

「今後について」は、当該利用者に対してのケアプランについて、継続・変更・終了のいずれかに■を付す。また、利用するサービスについて該当するものに■を付す。

当該介護予防ケアマネジメント業務を居宅介護支援事業者に委託する場合、居宅介護支援事業所は評価が終了したケアプラン原本について高齢者支援センターに提出・報告する。

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(P.49)

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者氏名」

当該介護予防ケアマネジメント計画等作成者（高齢者支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、当該介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、委託を受けた居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名を記載する。

③ 「年月日」「内容」

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

なお、サービス担当者会議の要点については、別紙「サービス担当者会議の要点」等に記載して差し支えない。