

介護予防ケアマネジメントマニュアル

2026年7月

町田市

目次

1	<u>介護予防・日常生活支援総合事業</u>	P.1
	(1) <u>総合事業とは</u>	P.1
	(2) <u>町田市の総合事業</u>	P.1
2	<u>介護予防ケアマネジメントとは</u>	P.8
	(1) <u>介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方</u>	P.8
	(2) <u>介護予防ケアマネジメントの実施主体・実施方法等</u>	P.8
	(3) <u>介護予防ケアマネジメントの類型とプロセス</u>	P.9
	(4) <u>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）</u>	P.12
3	<u>介護予防ケアマネジメントの実施手順</u>	P.15
	(1) <u>相談受付からサービス利用までの流れ</u>	P.15
	(2) <u>町田市総合事業のサービスの併用について</u>	P.22
	(3) <u>注意点</u>	P.22
4	<u>報酬・請求</u>	P.28
	(1) <u>単価及び加算・減算</u>	P.28
	(2) <u>事業対象者が要介護認定等申請を行った場合のサービス利用と費用の関係について</u>	P.29
	(3) <u>サービス事業費の日割りにについて</u>	P.31
5	<u>介護予防ケアマネジメント使用様式について</u>	P.32
	(1) <u>ケアマネジメント類型別使用様式について</u>	P.32
	(2) <u>各種様式一覧</u>	P.32
	(3) <u>記載要領</u>	P.55

Ⅰ 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 総合事業とは

総合事業とは、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）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を指し、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としている。

具体的には、① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、居宅要支援被保険者等（介護保険法第115条の45第1項第1号に規定する居宅要支援被保険者等をいう。以下同じ。）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生活支援・介護予防サービスの充実・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要介護・要支援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が図られることを目指す。

法4条においては、「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（令和6年8月5日付け老発0805第4号）「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

住み慣れた地域で自分らしく生活をするためには、身近な地域で健康を維持するための活動に取り組むことや、一人ひとりにあった適切なサービスを利用しながら、元気で自立した生活を営むことが重要である。それを実現する仕組みとして、総合事業を実施する。

② 目的

ア 住民主体の多様なサービス・活動の充実を図り、居宅要支援被保険者等の選択できる生活支援・介護予防サービスを充実し、在宅生活の安心確保を図る。

イ 住民主体のサービス利用の拡充による生活支援・介護予防サービスの充実・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要介護・要支援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が図られることを目指す。

③ 事業概要

ア サービス・活動事業

サービス・活動事業は、居宅要支援被保険者等（「要支援者」及び基本チェックリストにより「事業対象者」に該当した者）の社会参加、介護予防及び自立した日常生活のためのニーズに対応するため、介護サービス事業者等が提供する旧介護予防訪問介護等に相当する専門的なサービスに加え、地域住民の主體的な活動や高齢者の日常生活と密接に関わる地域の多様な主体による支援等のサービス・活動による支援を行うことを目的として行う事業である。

（ア） 事業内容

サービス・活動事業は、次に掲げる事業からなる。

なお、町田市では、訪問型サービス（第Ⅰ号訪問事業）及び通所型サービス（第Ⅰ号通所事業）については、国が示す基準に基づく国基準型サービスと、住民主体の活動団体や介護サービス事業所等が運営する市独自の基準に基づく市基準型サービスのほか、理学療法士や作業療法士等の専門職が関わりながら生活機能の維持・改善を目指す短期集中型サービスを実施するものとする。

【表Ⅰ 町田市のサービス・活動事業】

事業	内容	市が実施するサービス
訪問型サービス(第Ⅰ号訪問事業) (法第Ⅱ5条の45第Ⅰ項第Ⅰ号イ)	居宅要支援被保険者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供	国基準型サービス 市基準型サービス 短期集中型サービス
通所型サービス(第Ⅰ号通所事業) (同号ロ)	居宅要支援被保険者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供	国基準型サービス 市基準型サービス 短期集中型サービス
介護予防ケアマネジメント (第Ⅰ号介護予防支援事業) (同号ニ)	居宅要支援被保険者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを提供	

(イ) 対象者

- ・居宅要支援被保険者(要支援者)のうち、介護予防支援を受けていない者
- ・事業対象者(基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者)

※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Ⅰ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Ⅰ「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」及び様式Ⅰの別紙「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。

イ 一般介護予防事業

一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーションに関する専門的知見を有する者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・役割をもって生活できる地域を構築することにより、介護予防を推進することを目的として、総合事業に位置づけるものである。

(ア) 事業内容

一般介護予防事業は、次に掲げる事業からなる。

- ・ 介護予防普及啓発事業
- ・ 地域介護予防活動支援事業
- ・ 一般介護予防事業評価事業
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業

【表2 町田市の一般介護予防事業】

事業	内容
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する

(イ) 対象者

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

Ⅰ.訪問型サービス

サービス種別	事業者によるサービス		
	国基準型訪問サービス (従前相当)	市基準型訪問サービス(サービス・活動A)	
		一体型 (訪問介護事業者により 提供されるサービス)	単独型 (訪問介護事業者以外の 事業者により提供されるサービス)
サービス概要	・本人が行う家事の援助(掃除・洗濯・調理等) ・動作の見守り・介助(入浴・整容等) ※本人のため以外のことや、日常生活の範囲を超えることは対象外	・本人が行う家事の援助(掃除・洗濯・調理等) ※身体に触れる介助は不可 ※本人のため以外のことや、日常生活の範囲を超えることは対象外	
	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・活動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)		
利用者の目安	・身体介護を必要とする方 ・退院直後で状態が変化しやすい等、専門的サービスが特に必要な方など	身体介護が必要がない方で ・生活援助が必要な方 ・一定の知識を持ったヘルパーによる専門的な支援が必要な方など	
実施方法	事業者指定	事業者指定	事業者指定
サービス提供者	訪問介護事業者 (訪問介護員)	訪問介護事業者 (訪問介護員)	訪問介護事業者以外の事業者 (まちいきヘルパー等)
自己負担額の目安 ※負担割合が1割の場合 ※事業所やサービス内容により上乗せがあります。	○週1回程度 1,308円／月 ○週2回程度 2,612円／月 ○週3回程度 4,145円／月	○週1回程度 1,101円／月 ○週2回程度 2,199円／月 ○週3回程度 3,490円／月	○週1回程度 916円／月 ○週2回程度 1,829円／月 ○週3回程度 2,902円／月

(ウ) 2.通所型サービス

サービス種別	事業者によるサービス		
	国基準型通所サービス (従前相当)	市基準型通所サービス(サービス・活動A)	
		一体型 (要介護者などと同時に同じ場所で 実施されるサービス)	単独型 (市基準型サービスの利用者のみで 実施されるサービス)
サービス概要	機能訓練・食事・入浴等 ※施設によって内容は異なる	体操・筋力トレーニングなどにより、身体機能の維持・改善を図る ※施設によって内容は異なる	
利用者の目安	・身体介護を必要とする方 ・身体機能や認知機能の低下が見られ、専門的な支援が必要な方	・生活機能・運動機能の低下が見られ、継続的に専門的な支援を必要とする方	
実施方法	事業者指定	事業者指定	事業者指定
サービス提供者	通所介護事業者	通所介護事業者	通所介護事業者
自己負担額の目安 ※負担割合が1割の場合 ※事業所やサービス内容により上乗せがあります。	○要支援1・事業対象者(週1回程度) 1,928円/月 ○要支援2(週1回程度) 1,942円/月 ○要支援2・事業対象者(週2回程度) 3,882円/月	○要支援1・事業対象者(週1回程度) 1,638円/月 ○要支援2(週1回程度) 1,651円/月 ○要支援2・事業対象者(週2回程度) 3,298円/月	○要支援1・事業対象者(週1回程度) 1,892円/月 ○要支援2(週1回程度) 1,900円/月 ○要支援2・事業対象者(週2回程度) 3,454円/月

3.短期集中型サービス

サービス種別	短期集中型サービス（サービス・活動C）	
	町DAP	IADL向上教室
サービス概要	3か月間全12回の通所または訪問プログラム(90分/1回) 面談を中心とした個別プログラムで、生活の工夫や、セルフマネジメント(自己管理)力を身につけるためのアドバイスを行う。 ※リハビリ専門職による事前訪問あり	3か月間全12回の通所プログラム(90分/1回) ひとりひとりの目標に沿って、体操中心の筋力トレーニングを行う ※リハビリ専門職による事前訪問あり
指導者	リハビリ専門職(理学療法士または作業療法士) ※最大3回まで、管理栄養士や歯科衛生士等のアドバイスが受けられる。	運動事業者(健康運動指導士・介護予防運動指導員等) ※最大3回まで、リハビリ専門職や、管理栄養士等のアドバイスが受けられる。
送迎	要相談	利用可
会場	市内指定の病院や訪問看護事業所、自宅等	市内指定のふれあい館
実施方法	委託	委託
サービス提供者	【プログラム実施者】 市内指定の病院、訪問看護事業者等	【プログラム実施者】 運動事業者(スポーツクラブ等)
	【訪問実施者】 作業療法士、理学療法士、管理栄養士	【訪問実施者】 作業療法士、理学療法士、管理栄養士
利用者負担額	3,000円(1,000円/月)	

2 介護予防ケアマネジメントとは

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）は、「居宅要支援被保険者（要支援者）のうち、介護予防支援を受けていない者」及び「事業対象者（基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者）」に対して、介護予防や社会参加の推進を目的として、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、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所型サービス）又はその他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）、その他の適切な事業が包括的かつ効果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

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。また、利用者自身が、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、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要である。

このようなことから、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、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなる。

(2) 介護予防ケアマネジメント実施主体・実施方法等

町田市における介護予防ケアマネジメントは、法第115条の47第1項及び第5項に基づき高齢者支援センターに委託して実施する。町田市から委託を受けた高齢者支援センターは、法第115条の47第6項の規定により居宅要支援被保険者に係る介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができる。また、事業対象者に係る介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業者に委託することも差し支えないが、その際、一部委託にあたっては、法第115条の47第5項の規定を参考に適切に行うこと。

介護予防ケアマネジメントは、高齢者支援センターに配置されている3職種（保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者、主任介護支援専門員その他これに準ずる者）のほか、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とし、これらの職員が相互に協働しながら行うこととする。

なお、指定居宅介護支援事業者に介護予防ケアマネジメントを委託するにあたっては、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に高齢者支援センターが立ち会うように努めるとともに、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（地域ケア会議等）を活用しつつ、高齢者支援センターが一定の関与をしていくことが重要である。

(3) 介護予防ケアマネジメントの類型とプロセス

① 原則的ケアマネジメント(ケアマネジメントA)

従前相当サービス(旧介護予防訪問介護等に相当するものとして、省令第140条の63の6第1号の基準に従い指定事業者が行うものをいう。以下同じ。)に係る介護予防ケアマネジメント計画の作成を行う場合など、指定介護予防支援と同様のプロセスを経て行うことが適当であるもの。

モニタリングについては、①少なくとも3か月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者本人の居宅を訪問して行う。

なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう、「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)」に記載しておくこと。

ア 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。

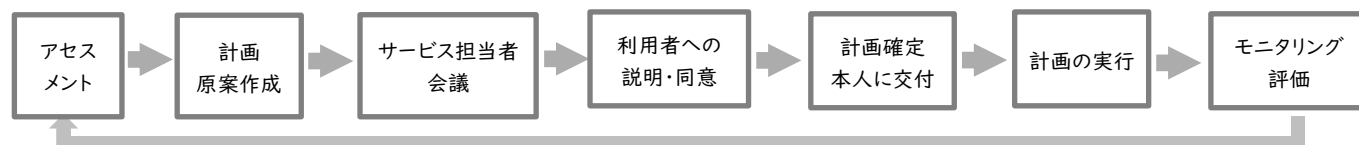
イ モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。

ウ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。

エ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス(延長の期間を含む)の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。ただし、以下の場合を除く。

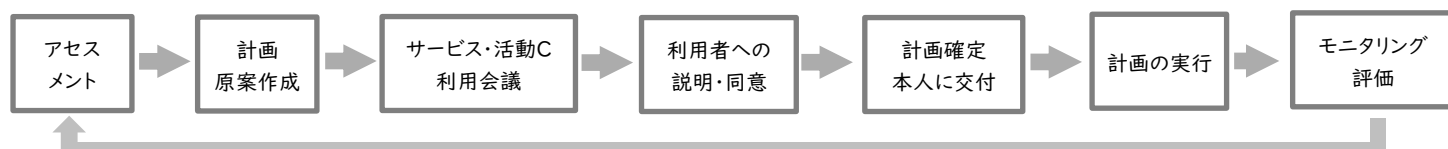
オ 初回の介護予防ケアマネジメント(初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス)におけるモニタリングの場合。

カ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認められる者(退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など)。



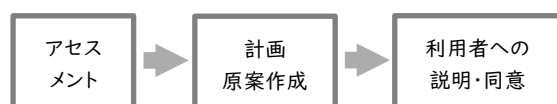
②変則的ケアマネジメント(ケアマネジメントB)

アセスメント(課題分析)から計画原案作成までは、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・活動C利用に際する独自の会議を開催する。モニタリングは概ね月1回実施し、状況の確認を行う。サービス終了時は評価及び計画の変更等を行い、必要な支援を行うこととする。



③簡易的ケアマネジメント(ケアマネジメントC)

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、住民による自発的な活動によるサービス等やその他生活支援サービスなどを利用する場合に実施することとする。初回のみ、アセスメント(課題分析)から計画原案作成のプロセスを実施し、計画原案の内容を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民による自発的な活動によるサービス等につなげる。その後のモニタリングは不要であるが、利用者の状態の変化等、利用者本人や家族、その他生活支援サービス提供者等から適宜、相談がしやすい体制を構築しておくこととする。



概要

	原則的ケアマネジメント (ケアマネジメントA)	変則的ケアマネジメント (ケアマネジメントB)	簡易的ケアマネジメント (ケアマネジメントC)
対象サービス	・国基準型訪問サービス(従前相当) ・市基準型訪問サービス (サービス・活動A) ・国基準型通所型サービス (従前相当) ・市基準型通所サービス (サービス・活動A)	・短期集中型サービス (サービス・活動C)	・一般介護予防事業 ・その他の地域資源
アセスメント	○	○	○
計画原案作成	○	○	○
サービス 担当者会議	○ (サービス担当者会議)	○ (サービス・活動C利用会 議)	○ (関係者との連携)
利用者への 説明・同意	○	○	○
計画確定・ 交付	○	○	— (ケアマネジメント結果を 通知する)
計画の実行 (サービスの 利用開始)	○	○	—
モニタリング	○	○	—
給付管理	○	—	—
評価	○	○	—
マネジメント 報酬	○	○	○

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 (ケアマネジメントA) > 変則的ケアマネジメント (ケアマネジメントB) > 簡易的ケアマネジメント (ケアマネジメントC)

(4) 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(甲)	居宅介護支援事業所(乙)
①利用申込受付	・利用者の被保険者証を確認し、サービス利用の説明を行う。 ・利用者に重要事項説明書を交付・説明し同意を得る。 ・利用者から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)届出書等を受付け、市に提出する。	※委託時は乙で実施も可
②契約締結	・利用申込者と契約書を取り交わす。 ・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。)	
③契約書確認	・乙が契約書・個人情報の取扱いの手続きを実施した場合、甲は内容を確認する。	
④アセスメント	・利用者が認定申請を行っている場合、甲は利用者に同意(書面)を得て、市から認定調査結果、主治医意見書を取得する。 ・必要書類(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)を乙に交付し、計画作成業務を委託する。	・甲から必要書類を取得し、利用者宅を訪問する。 ・利用者に介護予防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(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。) ・必要書類を確認し、アセスメントを実施する。 ※委託時は基本チェックリストの実施及び認定調査結果、主治医意見書を乙で取得することも可。
⑤計画原案作成		・アセスメントの結果に基づき、計画原案を作成する。 ・計画原案に基づくサービス利用については、甲、サービス提供事業所等と調整する。

⑥サービス担当者 会議開催	・必要に応じて、サービス担当者会議に参加する。 ・計画原案の妥当性を確認する。(甲が高齢者支援センター意見欄に記入し、署名または押印をする。)	・関係者を集め、目標の共有化、役割の確認、計画原案への専門的見地からの意見を求める。 ・利用者、家族、サービス提供事業者等関係機関と支援方針を確認し、サービス担当者会議の要点又は担当者の照会内容を記録する。
⑦利用者への説明・同意		・サービス担当者会議において、計画原案の内容について、利用者本人・家族に説明し、同意を得る。
⑧計画原案の確定・交付	・計画原案の内容を確認する ・計画の原本(利用者の同意欄への署名があるもの)は、甲が保管する。	・甲の確認を受け、計画を確定し、利用者・家族に説明し同意を得る。(同意欄への署名。) ・利用者、サービス提供事業所、甲に計画を交付する。
⑨サービス提供事業所等の連絡・調整		・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。 ・サービス提供事業所等から個別サービス計画書の提出を求め、計画との連動性や整合性を確認する。
⑩サービスの提供		・計画に基づき事業やサービスの提供を行う。
⑪モニタリング	・月1回、乙からサービスの提供状況の報告を受け、記録する	・サービス提供事業所から、計画に基づくサービスを実施しているかを確認し、月に1度甲に報告する。 ・サービス提供開始月の翌月から起算して3か月に1回、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は利用者本人の居宅を訪問し、面接する。 ・利用者宅に訪問しない月は、サービス提供事業所へ訪問又は利用者との電話等により、利用者の状況に変化がないか確認する。

		・利用者の状況に変化があった時は、必要に応じて計画の見直しを行う。 ※月 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。
⑫評価及び計画 変更案の作 成・確認	・乙が実施した評価を確認し、今後の方針等について必要な助言・指導を行い、評価表に甲の意見を記載する ・計画変更案を確認する。	・計画評価期間の終了月に、利用者宅を訪問し計画の達成状況を評価する。 ・評価表を作成し、甲に報告する。 ・評価内容に基づき、計画変更案を作成する。
⑬給付管理	・乙から送付された給付管理票、利用実績を確認する。 ・給付管理票の修正がある場合は、修正依頼を行う。	・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。 ・給付管理票を甲に送付する。 ※給付管理票の修正があった場合は、修正後の給付管理票を甲に送付する。 ※給付管理票の送付に併せて、サービスの利用実績を報告する。
⑭介護報酬請求・ 受領・実績報 告等	・乙から送付された給付管理票に基づき介護報酬請求に関する書類を作成する。 ・国保連に介護報酬請求に関する書類を送付し、介護報酬の請求を行う。 ・国保連から介護報酬を受領する。 ・介護職員等处遇改善加算額を乙の給与台帳等の写しの提出を受け確認する。若しくは、国保連から毎月送られる「介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ」により支払われた加算相当額を確認する。 ・実績報告については、市が指定する「報告書」にて実施月の翌月 14 日までに提出する。	・国保連から介護報酬を受領する。 ・乙が東京都外事業所である場合、翌月 5 日（5 日が日曜日・祝日等に該当する場合は、前営業日）までに、甲に請求する。 ・処遇改善加算額を賃金改善に充当する。

3 介護予防ケアマネジメントの実施手順

(1) 相談受付からサービス利用までの流れ

① 総合事業の説明(相談)

高齢者支援センターが行う総合相談支援等において、利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。

聴き取った内容を踏まえ、総合事業について説明を行う。更に、総合事業の趣旨として、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等からの自立の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、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。

このとき、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、要介護認定申請等の案内を行う。

② 介護認定申請

③ 被保険者証の発行

- ・介護認定申請の結果が要支援1・2

認定結果通知と合わせて被保険者証が発行される。

- ・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)又は、基本チェックリストの結果が事業対象者

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。

④ 届出書等の提出

- ・介護認定申請の結果が要支援1・2

本人の申し出に基づいて「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)へ提出する。

- ・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)又は、基本チェックリストの結果が事業対象者

基本チェックリストの原本と「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を記入し町田市(保険者)へ提出する。

基本チェックリストのコピーを控えておく。

※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

変更区分	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
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)	—	居宅の変更時は必要
要支援(予防給付利用なし)→ 要支援(予防給付利用あり)	—	居宅の変更時は必要

・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。

⑤ 被保険者証の確認

被保険者証にて総合事業対象者が確認する。

⑥ 重要事項説明・契約締結

重要事項説明書、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。

⑦ アセスメント

利用者本人の自宅に訪問して、利用者本人や家族と面会による聴き取り等を通じて行う。利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行う。

利用者本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」などを活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。

この段階から、利用者本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。利用者や家族との面会等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」又は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」を適宜活用して必要な情報を記録する事が可能である。

アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「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）」の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄及び居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考に実施する。なお、アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントA、B、Cの類型を問わず、実施が必要となる。

※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「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。）

⑧ 計画原案の作成

生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者本人が、自身の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

また、介護予防ケアマネジメント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。

（サービス・活動事業等の内容の選択）

単にサービス・活動事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や

地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支える介護予防ケアマネジメント計画原案を本人と共に作成する。

利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス・活動事業等、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画の原案全体を作成する。

※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	5,032単位
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位

⑨ サービス担当者会議またはサービス・活動C利用会議の開催

利用者・家族の生活の意向・目標を共有する。

さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する。

介護予防ケアマネジメント計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する。

自立支援・介護予防の観点からリハビリテーション専門職等に参加を求めることも有効である。

⑩ 利用者への説明・同意、計画確定・交付

サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。

⑪ 計画の実行（サービス利用開始）

⑫ モニタリング

利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することである。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を支持し、促進する機会

として活用することが重要である。

原則的ケアマネジメント(ケアマネジメントA)

介護予防支援と同様に、原則は、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合には、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でき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。

なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう、「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)」に記載しておくこと。

ア 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。

イ モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。

ウ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。

エ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス(延長の期間を含む)の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

ただし、以下の場合を除く。

オ 初回の介護予防ケアマネジメント(初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス)におけるモニタリングの場合。

カ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認められる者(退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など)。

変則的ケアマネジメント(ケアマネジメントB)

概ね月1回実施し、状況の確認を行う。

モニタリングの方法は、原則的ケアマネジメント(ケアマネジメントA)と同様の取扱いとする。

簡易的ケアマネジメント(ケアマネジメントC)

不要であるが、利用者の状態の変化等、利用者本人や家族、その他生活支援サービス提供者等から適宜、相談がしやすい体制を構築しておくこととする。

⑬ 評価

介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービス・活動事業の見直し等今後の方針を決定する。

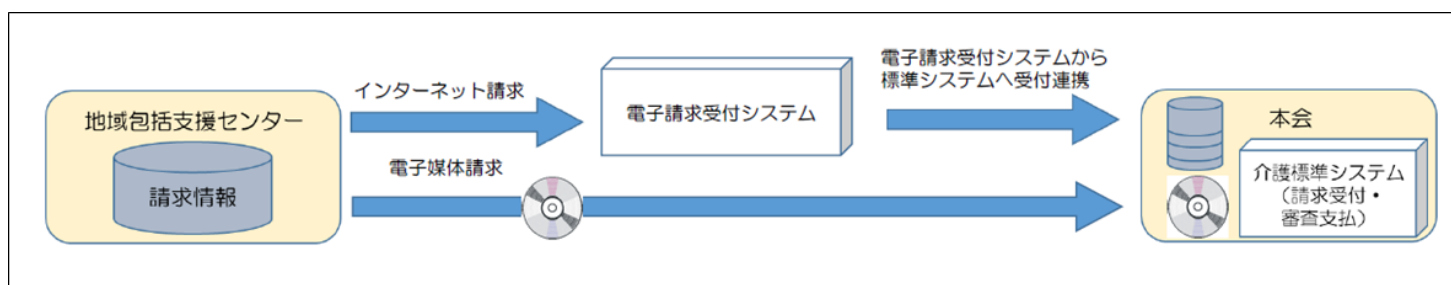
⑭ 給付管理

従前相当サービス及び指定事業者によるサービス・活動Aを利用する場合は、給付管理が必要となる。

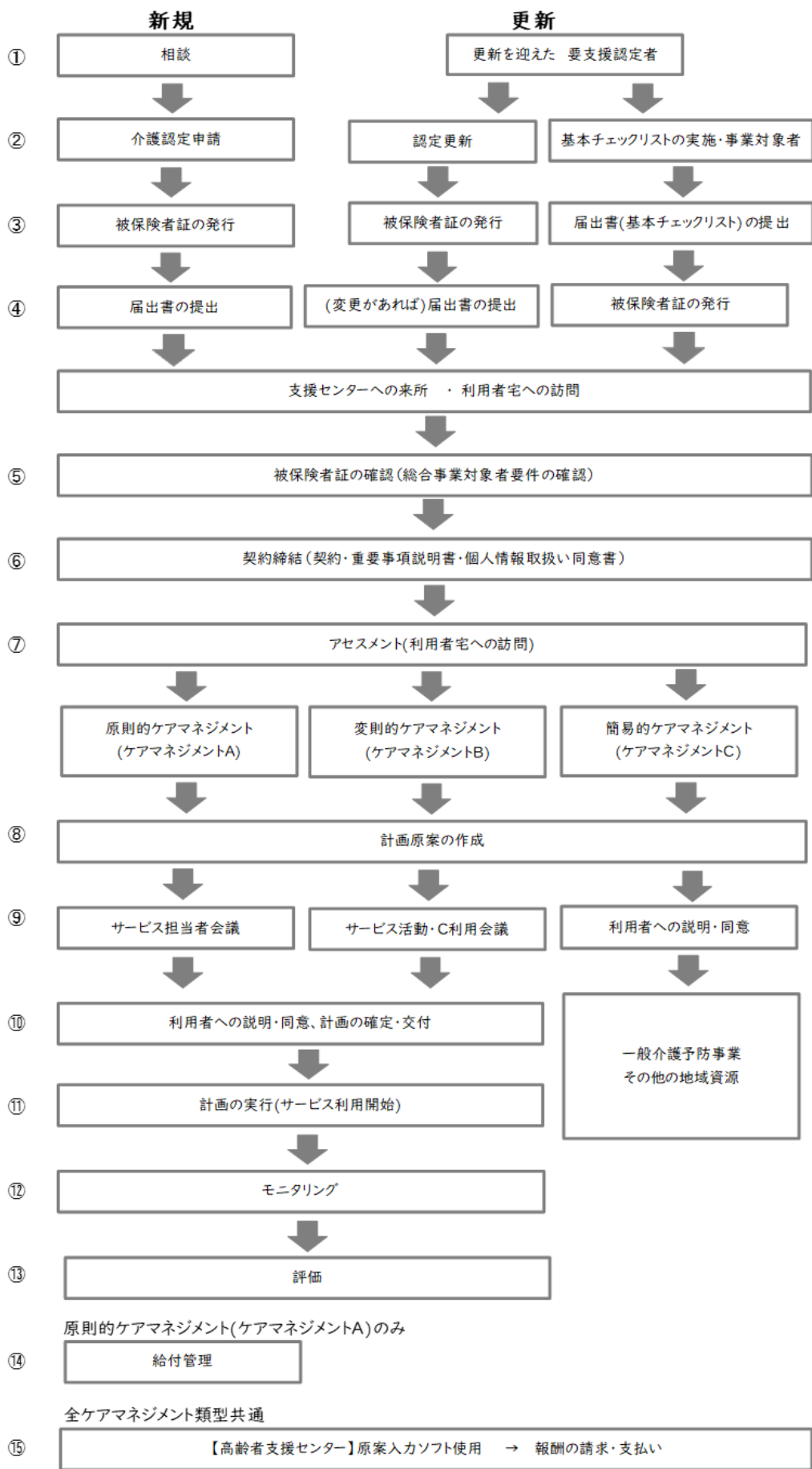
⑮ 報酬請求・支払い、実績報告

介護予防ケアマネジメント費の請求については、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、実施月の翌月10日までに、請求情報を国民健康保険団体連合会へ提出する。都外の住所地特例対象者に関する介護予防ケアマネジメント費の請求についても、同様の取り扱いとする。

実績報告については、市が指定する「報告書」にて実施月の翌月14日までに提出する。



実施手順



(2) 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

	国基準型サービス	市基準型サービス	短期集中型サービス (町DAP)
国基準型サービス		×	○
市基準型サービス	×		○
短期集中型サービス (町DAP)	○	○	

② 通所型サービス

	国基準型サービス	市基準型サービス	短期集中型サービス (町DAP・IADL)
国基準型サービス		×	×
市基準型サービス	×		×
短期集中型サービス (町DAP・IADL)	×	×	

(3) 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・活動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・活動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
要支援1	○ 予防給付と総合事業のサービス ○ 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Ⅰ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Ⅰ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Ⅰ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。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Ⅰ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Ⅰ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の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は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えて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、減算

※最新の報酬については、市ホームページまたは、「町田市地域包括支援センター運営事業委託業務仕様書」を参照すること。

①加算

ア 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。

- ・ 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）

- ・ 要介護者が要介護認定の更新等の結果、要支援認定を受け、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

ただし、介護予防支援を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、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ときは、初回加算の算定を行うことはできない。

イ 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者に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業者に提供し、介護予防ケアマネジメント計画の作成等に協力した場合に算定を行うもの。

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る。

なお、当該委託にあたっては、当該加算を勘案した委託費の設定を行うこと。

※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）

ウ 介護職員等処遇改善加算

令和8年度介護報酬改定により、介護職員等処遇改善加算（以下「処遇改善加算」という。）の対象を、介護職員のみから介護従事者に拡大するとともに、生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分を設けることに加え、これまで処遇改善加算の対象外だった、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援等について、新たに処遇改善加算を設ける。

②減算

令和6年度介護報酬改定により、業務継続計画（BCP）未策定の場合や、高齢者虐待の発生又は再発防止の措置が未対応の場合は基本報酬が減算される。

ア 業務継続計画未策定減算

感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。

イ 高齢者虐待防止措置未実施減算

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

(2) 事業対象者が要介護認定等申請を行った場合のサービス利用と費用の関係について

① 要支援認定申請に係る取扱い

事業対象者が要支援認定申請を行い、その結果が要支援Ⅰ又はⅡであり、かつ予防給付によるサービスを利用していた場合は、予防給付より支給される。また、要支援認定申請の結果、非該当となり、かつ総合事業によるサービスのみを利用していた場合は、第Ⅰ号事業支給費が支給される。

② 要介護認定申請に係る取扱い

事業対象者が要介護認定申請を行い、その結果が出るまでの間に総合事業によるサービスを利用し、その後、認定結果が要介護Ⅰ以上であった場合は、介護給付によるサービス利用開始以前のサービスに係る費用は、第Ⅰ号事業支給費から支給される。また、事業対象者として総合事業によるサービスを利用していた者が、要介護認定申請を行い、その結果、要介護Ⅰ以上の認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として扱う。

③ 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

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については、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)」(令和3年3月31日事務連絡)を参照とする。

(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6年5月10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
	・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
	・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 介護予防ケアマネジメント使用様式について

(1) ケアマネジメント類型別使用様式について

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(ケアマネジメントA)	厚生労働省様式または東京都様式
変則的ケアマネジメント(ケアマネジメントB)	厚生労働省様式または東京都様式
簡易的ケアマネジメント(ケアマネジメントC)	または町田市様式

※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(ケアマネジメントB)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) 各種様式一覧

様式1 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の別紙 基本チェックリストについての考え方

様式2 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

様式2の別紙 (記入例) 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

様式3 興味・関心チェックシート

様式3の別紙 (記入方法) 興味・関心チェックシート

様式4 利用者基本情報

様式5 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)

様式6 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)

様式7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

様式8 介護予防サービス・支援計画表 A表

様式9 介護予防サービス・支援計画表 B表

様式10 介護予防サービス・支援計画表 C表

様式11 介護予防週間支援計画表 D表

様式12 介護予防支援経過記録 E表

様式12の別紙 サービス担当者会議の要点 E表別紙

様式13 介護予防サービス・支援評価表 F表

様式14 (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

様式14の別紙

(記入例)(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

様式5~7
厚生労働省
様式

様式8~13
東京都様式

様式14
町田市様式

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Ⅰ

記入日： 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=体重(kg)÷身長(m)÷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

【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カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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カ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カ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いても、周りの人から指摘されない場合は「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	

＜要支援・事業対象者用＞

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。		受付印
☐ 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	
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	
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（ ）	電話番号 （ ）	
事業所番号		
 		
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		
上記の介護予防支援事業者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 この届出書は、要支援認定の申請時に、又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を依頼する介護予防支援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。		
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに		
☐ 同意します		☐ 同意しません
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 事業所番号 ☐ 基本チェックリストの添付	

<要支援・事業対象者用>

該当するいずれかの項目を
チェックしてください。

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

【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
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（ ）	
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。		事業所番号	
町 田 市 長 様 上記の介護予防支援事業者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 依頼することを出します。			
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 この届出書は、要支援認定の申請時に、又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を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を			
4 住所地特例の対象となる施設に入居中の			
※届出のない場合、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を依頼（変更）する事業所が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに			
☐ 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	

興味・関心チェックシート

氏名： 年齢： 歳 性別（ ）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			

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。
する・しない、できる・できないに関係なく、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。

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 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	性別		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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日				
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()				
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	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○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		

《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・すごし方			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 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	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、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、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、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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します。

年 月 日 氏名

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）

N.○. 利用者名 様 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 委託の場合：計画作成者事業番号・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） 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					目標	課題に対する 目標と具体策 の提案	総合的課題	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	目標についての 支援のポイント	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案									
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無			()								
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無			()								
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無			()								
健康管理について		☐ 有 ☐ 無			()								

健康状態について
口主治医監査票、健診結果、観察結果等を記入した留置点

【本実行うべき支援が実施できない場合】
受当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
／5	／2	／3	／2	／3	／5

【意見】
地域包括支援センター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
年 月 日 氏名

計画作成者氏名

[illegible]

- ※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
- 2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

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

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- | | |
|---|--|
| ☐ プラン継続
☐ プラン変更
☐ 終了 | ☐ 介護給付
☐ 予防給付
☐ 介護予防・生活支援サービス事業
☐ 一般介護予防事業
☐ 終了 |
|---|--|

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
----------	---------	-----------	--------

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 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

計画作成者氏名

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】※委託の場合

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

No. _____

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、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点】

基本チェックリストの(該当した質問項目数)／(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

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	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		☐ 有 ☐ 無			
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無			
健康管理について		☐ 有 ☐ 無			
その他の事項について		☐ 有 ☐ 無			

No.

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 様 計画作成(変更)日 年 月 日

目標	目標についての 支援のポイント	支 援 計 画				
		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 ビス等				
		介護保険サビス 地域支援事業 区市町村サビス				
	()	本人の取組				
		家族・地域の 支援、民間サ ビス等				
		介護保険サビス 地域支援事業 区市町村サビス				
	()	本人の取組				
		家族・地域の 支援、民間サ ビス等				
		介護保険サビス 地域支援事業 区市町村サビス				

※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。

【本来的べき支援が実施できない場合：当面の方針】

No.

介護予防週間支援計画表

様

利用者名

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

週単位以外の
サービス

介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

計画作成者氏名

利用者氏名

[illegible]

※1 介護予防支援経過は、具体的に、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の発着を含む)、サービス担当者の会議の内容、利用者の家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスの適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービスの開催、サービスの調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（本人・家族を含む）の所属（職種）及び氏名、検討した内容を記入する。
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。

※3 対応方法欄には、支援経過の記載内容を把握した手段・方法を記載する（電話、訪問、サービス担当者会議等）。

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						
(次の開催時期)						

No. _____

介護予防サービス・支援評価表

評価日 年 月 日

様

計画作成者氏名

利用者名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成状況に対する評価 本人・家族の意見	今後の方針

総合的な方針		介護予防支援事業者意見	
			□ プラン継続 □ プラン変更 □ 終了 □ 介護給付 □ 予防給付 □ 二次予防事業 □ 一次予防事業 □ 終了

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							

現在の状態・本人及び家族の希望 (運動・移動について)	課題・背景・原因	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)	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 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 あり ・ なし ありの場合記入
□ 有 □ 無			
(日常生活(家庭生活)について)	□ 有 □ 無		重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)
(社会参加、対人関係コミュニケーションについて)	□ 有 □ 無		その他、留意点 (主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)
(健康管理について)	□ 有 □ 無		

居宅介護支援事業所へ委託する場合	委託元高齢者支援センター名	高齢者支援センター
計画作成時	評価時	
【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		
本人・家族の気持ち		
評価 評価の時期 年 月 日 評価 年 月 日 本人・家族の所見		
目標について 達成 ・ 未達成 できた ・ できなかった		
今後について □ 継続 □ 変更 □ 終了 □ 介護給付 □ 予防給付 □ サービス事業 □ 一般介護予防事業		

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

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														

様 男・女

認定年月日 要支援認定の日または事業対象者の認定日 認定の有効期間 二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載

計画作成(変更)日 計画書について利用者と合意した日を記載 初回作成日

目標とする生活

⑩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り合わせることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。この場には、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。具体的な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。

現在の状態 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
運動・移動について 自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を利用する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を円滑にすることによる移動を行っているかどうかについて確認する 日常生活(家庭生活)について 家事(買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等)や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する (社会参加・対人関係コミュニケーションについて) 状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人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 (健康管理について) 清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。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	□ 有 □ 無 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こと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。考えた場合の結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。	「課題・背景・原因」に対し、「目標とする生活」に向けて具体的な提案と方針を記載する。具体的には、生活機能の低下の原因となっていないこと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。 計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる具体的な提案と実施方針を示すことが重要である。	この3ヶ月間に1週間以上の入院 あり ・ なし 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 あり ・ なし ありの場合記入 重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上) あり ・ なし その他、留意点 (主治医意見書・健診結果、観察結果を踏まえた留意点) 「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

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	高齢者支援センター
計画作成時	評価時	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	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、効果的と思われる、維持・改善等の判定をし、その根拠も記載	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、効果的と思われる、維持・改善等の判定をし、その根拠も記載
【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	年 月 日	年 月 日
印	印	印

評価 評価の時期	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	継続 □ 変更 □ 終了 □ 介護給付 □ 予防給付 □ サービス事業 □ 一般介護予防事業
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、目標の達成の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、記載 計画策定期間を終了し、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				

(3) 記載要領

様式〇～〇の記載については、「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Ⅰ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」（老振発0605第Ⅰ号 平成27年6月5日 一部改正：令和7年7月 17 日）を参照のこと。