

下関市介護予防・生活支援サービス事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

下関市福祉部長寿支援課

平成30年9月

※ この資料は、「総合事業」の概要や、当該事業に関する本市の現時点の考え方などを示したのですが、状況の変化により変更することがあります。

※ 追加・修正等の項目は赤字で掲載しています。

1 介護予防ケアマネジメントの概要

1) 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防ケアマネジメントは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能改善だけを目指すものではありません。生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援、要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図り、介護保険法第1条に規定する自立支援という理念を実現することを目的とします。

(第1条(目的)では、介護サービスを提供する目的を「(要介護者が)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を行う」と規定しています。)

※ サービスで本人ができることまで支援すると、本人の介護予防の妨げとなります。

※ サービス事業では、利用者ごとの配慮が必要となるので、担当者会議等で、事業所との調整が必要です。

2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方(従来のケアマネジメントのプロセスに基づく)

(1) 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように要支援・要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには「本人ができることはできる限り本人が行うように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという支援が重要です。

※ 興味・関心チェックシートは、本人の目標を意識化するために有効で、本人と目標を共有することができ、計画につながりやすくなります。(P20)

(2) 利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にした上で、セルフケア、インフォーマルサービス、地域の公的サービス及び介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連の流れが必要です。

3) 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者(生活機能の低下がみられた方)及び要支援認定者のうち予防給付を受けず、総合事業におけるサービスを受ける方とします。

4) 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行います。また、その業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

5) 介護予防ケアマネジメントにおける様式

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、受付シート(必要時使用)・基本チェックリスト(裏面：状況調査連絡シート(必要時使用)) (利用手続きマニュアルP12～17) の他に以下の様式を用います。

- ・利用者基本情報 (P18・19)
- ・興味・関心チェックシート (必要時使用) (P20)
- ・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) (P21～24)
- ・介護予防サービス・支援計画 連絡票 (P25・26)
- ・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) (P27)
- ・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 (P28)
- ・サービス利用票、別表

※ 様式については、各項目の記載があれば、これまで利用していた様式の利用も可能です。
不足している項目については、手書きでの追記も可能です。

2 介護予防ケアマネジメントの手順

1) 介護予防ケアマネジメントの類型

(1) 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の2つのパターンに分けて行います。

ケアマネジメント A (原則的な介護予防ケアマネジメント)

- ・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します。
- ・モニタリングについては、少なくとも3か月に1回以上利用者の居宅を訪問し、少なくとも1か月に1回以上事業所への訪問又は電話等で利用者と連絡を実施し、モニタリング結果を記録します。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ります。
- ・予防給付型サービス、生活維持型サービス、運動特化型サービス、短時間運動特化型サービス、短期集中型サービスを利用する場合は、介護予防ケアマネジメントAを実施します。

※ケアマネジメントAは、業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。
地域包括支援センターが適当と判断した場合は、初回でも委託が可能です。

※ ケアマネジメントAにおける留意事項

ケアプランの有効期間（3～3.6か月）

- ・要支援の方の場合は、要支援認定有効期間内に限ります。
- ・短期集中型サービスを利用する場合は、3～6か月（サービスの期間）

ケアプランの作成手順

- ・地域支え合い型訪問サービス・送迎サービス・通所サービス（以下「住民主体による支援事業」という。）を利用する場合は、その他の保健医療サービス又は福祉サービス（配食サービス等）と同様にケアプランに位置付けることが望ましいです。利用者に説明をして、利用者・サービス提供者等のケアプランに記載してください。サービス担当者会議は不要です。
- ・住民主体による支援事業の実施団体に利用者の情報を提供する場合は、ケアプランのほか、介護予防サービス・支援計画連絡票（P25）の利用も可能とします。利用者基本情報・基本チェックリストの提供は不要です。介護予防サービス・支援計画連絡票の提供に当たっては、個人情報の保護にご留意ください。

ケアマネジメント B （簡略化した介護予防ケアマネジメント）

- ・対象事業がないため、実施しません。

ケアマネジメント C （初回のみ介護予防ケアマネジメント）

- ① 住民主体による支援事業、生活支援サービスの配食（P17参照）、通所型の一般介護予防事業のみにつながった場合に実施します。
- ② 初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施し、ケアマネジメント結果等記録表を作成します（P22～24：網掛け部分は省略可）。利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体による支援事業、生活支援サービスの配食・通所型の一般介護予防事業につなげるものとし、その後は、モニタリング等を行いません。また、その方の状況等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、利用者の同意を得て、サービス提供者等にケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらいます。ケアマネジメント結果等記録表の提供に当たっては、個人情報の保護にご留意ください。
- ③ ケアマネジメントの結果、住民主体による支援事業、生活支援サービスの配食、通所型の一般介護予防事業のみの利用となりケアマネジメントCを実施した場合は、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメントの開始月分のみ、サービス事業によるケアマネジメント費を請求してください。

※ ケアマネジメントC における留意事項

(ケアマネジメントCは、居宅介護支援事業所に委託はできません。)

対象者

- 1) 生活支援サービスの配食の利用が必要な方 (ケアマネジメントは必須)
- 2) 住民主体による支援事業に要支援者及び事業対象者 (以下「要支援者等」という。) として利用する方
- 3) 介護予防給付や介護予防サービス利用者が、それらのサービス利用の必要がなくなり、通所型の一般介護予防事業につながった方

※注意

相談時から「いきいきふれあい教室」など一般介護予防事業のみを希望されている方に対しては、事業対象者の手続きを実施する必要はありません。

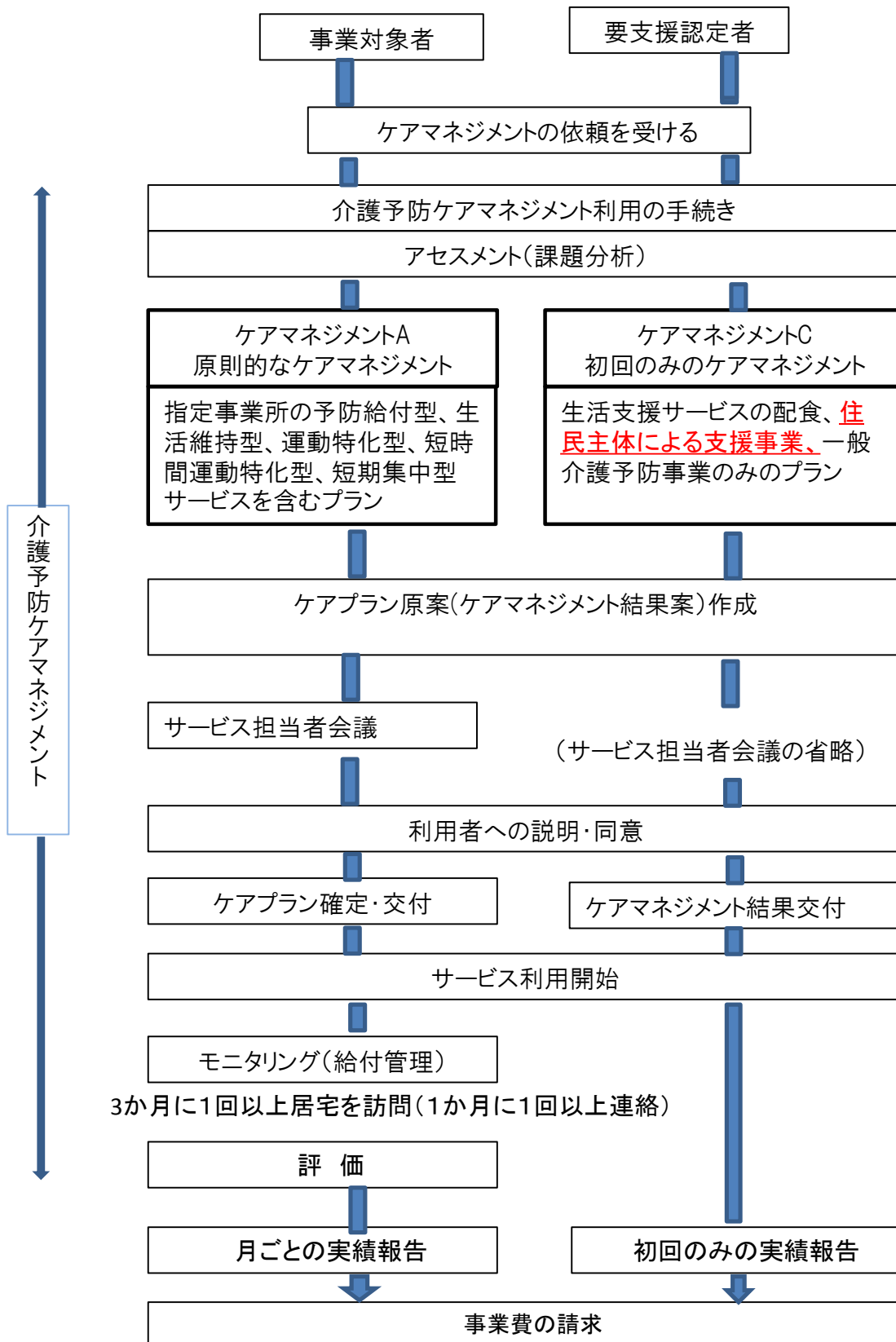
【状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例】

- ・体調不良のための利用廃止や長期の欠席などがあれば、サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡をいただくよう、情報提供時をお願いしておきます。(住民主体による支援事業、高齢者健康づくり活動住民グループなど)
住民主体による支援事業の実施団体からの報告は、指定事業者と異なり義務ではありません。高齢者支援のために、必要時、ご協力いただくものです。
- ・活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見します。(いきいき百歳体操など)
- ・定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認します。

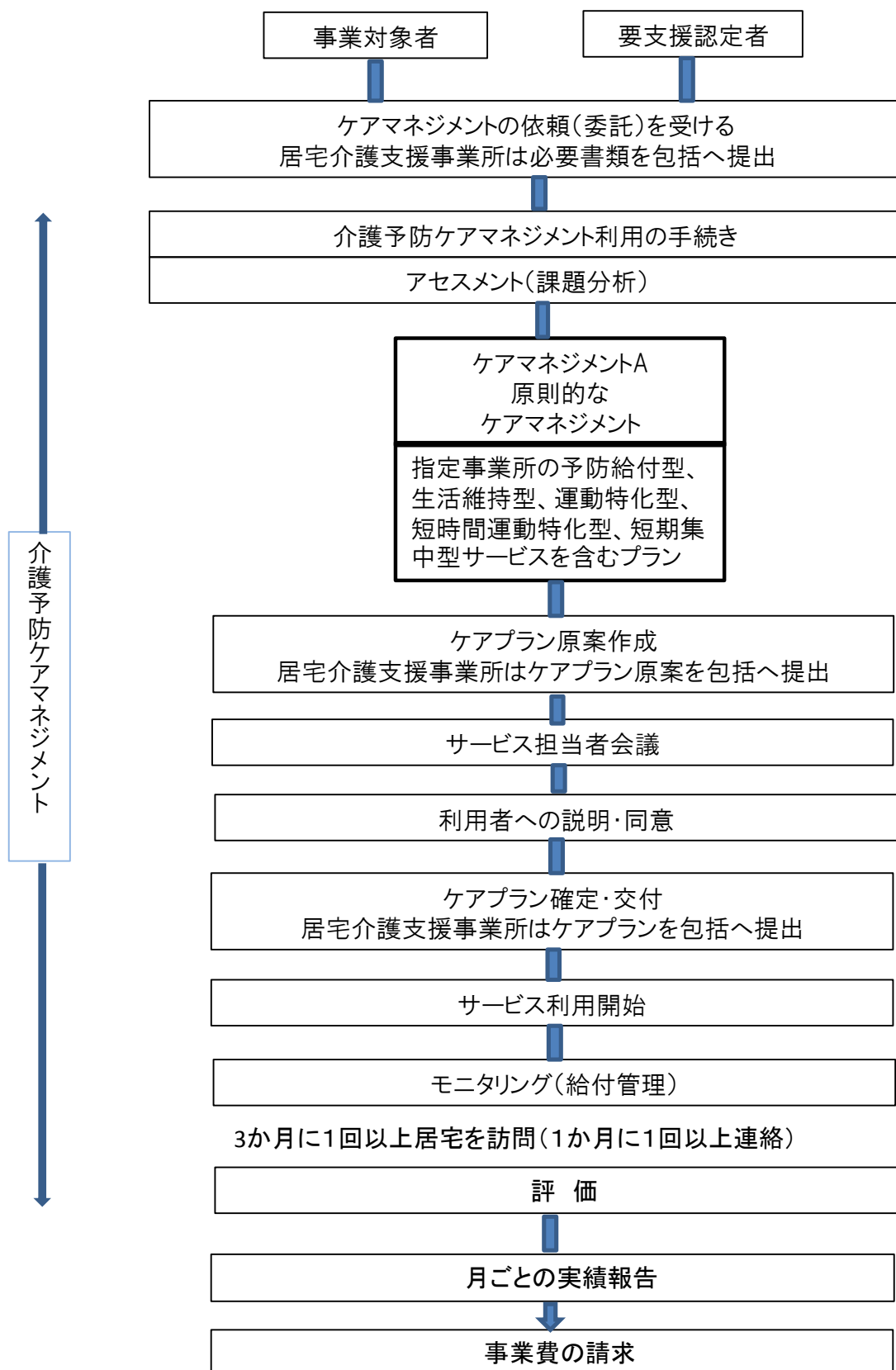
(2) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

自立支援や介護予防のため、適当と判断したサービスの内容について、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、利用者本人やその家族の意向を的確に把握し、専門的な視点からサービスを検討し、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づけ、どのような効果を期待しているか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供します。

2) 介護予防ケアマネジメント実施の手順
(地域包括支援センターが実施する場合)



(居宅介護支援事業所が実施する場合)



(1) 介護予防ケアマネジメントの依頼

相談窓口が長寿支援課の場合

【新規の相談】

利用者より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の届出を受けた場合は、地域包括支援センターへ、受付シート（利用手続きマニュアルP14）、基本チェックリスト（利用手続きマニュアルP12：裏面の状況調査連絡シート（利用手続きマニュアルP16））、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（以下「居宅届」という。）を情報提供し、電話で対応を依頼します（原本は市で保管）。

相談窓口が地域包括支援センターの場合

【新規の相談】【要支援の有効期間満了前】

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の届出を受けた場合は、長寿支援課へ必要な書類（受付シート、基本チェックリスト、介護保険被保険者証、居宅届）を提出します。

利用者へは、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うこと、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問することを説明します。

相談窓口が居宅介護支援事業所の場合

【新規の相談】

新規の相談は、相談者の担当の地域包括支援センターに連絡します。

【要支援者の認定期間満了前】

居宅介護支援事業所が委託を受けてケアプランを作成している場合で、要支援の有効期間満了前に、要介護・要支援認定申請をせずにサービス事業の利用を希望する場合は、地域包括支援センターに手続きをすることを連絡した上で、居宅介護支援事業所が事業対象者の手続きとして基本チェックリストを行います。

(2) 介護予防ケアマネジメントの手続き

地域包括支援センターの職員（介護予防支援業務の一部を受託する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員を含む）が利用者宅を訪問し、運営規程等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

【必要な書類】

- ・個人情報保護に関する同意書
- ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書兼重要事項説明書（2通）

※ 居宅介護支援事業所が担当する場合は、基本チェックリスト実施前に地域包括支援センターに連絡します。

- ※ 介護予防のためにサービス事業の継続利用が必要な場合は、介護予防ケアマネジメントをアセスメントから実施します。

3 介護予防ケアマネジメントの実施

1) アセスメント（課題分析）

- ・利用者宅を訪問し、利用者及び家族（必要時）との面談により実施します。
- ・より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（P20）などを利用し、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、できない原因を分析し、「～したい」「～できるようになる」という目標を立てることが重要です。

※ 興味・関心チェックシートは、本人の目標を意識化するために有効で、本人と目標を共有することができ、計画につなげやすいシートです（必須ではありませんが、活用するとわかりやすいシートです）。

2) ケアプラン原案（ケアマネジメント結果案）作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援します。（P10 判断の参考基準参照）
委託を受けた居宅介護支援事業所は、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果案）（P21～24）を地域包括支援センターへ提出し、確認印をもらいます。

緊急のサービス利用が必要な場合は、事前に利用者を担当する地域包括支援センターに相談してください。

3) サービス担当者会議

ケアマネジメントAにおいて実施します。

4) 利用者への説明・同意

サービス担当者会議を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族（必要時）に説明し同意を得ます。

ケアマネジメントCについては、ケアマネジメントの結果「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載し（P22：網掛け部分の記載は省略可能）利用者に説明します。

5) ケアプラン確定・交付（ケアプラン結果交付）

①ケアプランを利用者に交付すると共に、サービス提供者等にも交付します。

②ケアマネジメントCのケアマネジメント結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て送付するか、利用者本人に持参してもらいます。

ケアマネジメントCのプロセスは、状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの検討・対応(P4)で終了します。

6) サービス利用開始

各サービス提供者等よりサービスを実施します。

7) モニタリング

ケアマネジメントAの場合、サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化などを継続的に把握します。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者等から状況を聴取します。

8) 評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定します。

介護予防サービス・活動の判断の参考基準
 <基本チェックリストの該当項目に沿った判断の例>

分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
①複数項目に支障	No.1～20のうち 10項目以上該当	・②～⑦のうち該当する基準又は回答に近い基準に対応するサービスや活動につなげる。 ・必要に応じて、複数のプログラムの提供を検討。
②運動機能低下	No.6～10のうち 3項目以上該当	・通所型サービス(短期集中型) ・通所型サービス(運動特化型)
③低栄養状態	No.11～12の すべてに該当	・通所型サービス(予防給付型:栄養改善) ・通所型サービス(生活維持型:栄養改善) ・訪問型サービス(予防給付型) ・生活支援サービスの配食 ・一般の配食サービス
④口腔機能低下	No.13～15のうち 2項目以上該当	・いきいきふれあい教室 (他の項目に該当がない場合) ・通所型サービス(生活維持型:口腔機能向上) ・通所型サービス(予防給付型:口腔機能向上)
⑤閉じこもり	No.16に該当	・介護予防教室等、一般介護予防事業 (他の項目に該当がない場合) ・通所型サービス
⑥認知機能低下	No.18～20のうち 1項目以上に該当	・いきいきふれあい教室 ・通所型サービス(生活維持型) ・地域の各種活動(ボランティア、老人クラブ等) ・訪問型サービス(生活維持型)
⑦うつ病の可能性	No.21～25のうち 2項目以上	・通所型サービス・地域の各種活動 ・受診勧奨の必要性を判断

9) サービス事業の併用について

原則、同じサービス内で異なる事業所の利用はできません。

通所型サービス（併用可能となる場合）

住民主体による支援事業を利用する場合は、他のサービス（予防給付型・生活維持型・運動特化型・短時間運動特化型・短期集中型サービス）と併用可能です。

運動器機能向上のため、総合事業の予防給付型（週1回）、または、生活維持型（週1回）の利用の方が、短期集中型（週1回）を併せて利用する場合は、併用を可能とします。

訪問型サービス

住民主体による支援事業を利用する場合は、他のサービス（予防給付型・生活維持型・短期集中型サービス）と併用可能です。

総合事業の予防給付型と生活維持型の併用はできません。ただし、予防給付型と短期集中型、または、生活維持型と短期集中型の併用は可能です。

4 予防給付とサービス事業を併用する場合

- 1) 予防給付とサービス事業によるサービスの両方を利用する場合は、介護保険の介護予防支援により、介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われます。給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものは、併せて限度額管理を行います。
- 2) 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用中のケアマネジメント費は支給しません。

※月途中の入所時の扱いについては、介護予防支援と同様とします。

5 基本チェックリストと同時に要介護・要支援認定を申請した場合の介護予防ケアマネジメント

- 1) 介護保険の福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護・要支援認定申請を行います。
- 2) 要介護・要支援認定申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができます。その後、「要介護」と認定された場合は、介護給付サービスの利用を開始するまで、サービス事業によるサービスの利用を継続することができます。速やかに、新たな認定でのサービス利用に繋いでください。

なお、要介護の暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできません。

6 事業対象者が介護保険を申請し、「非該当」・「要支援」・「要介護」となった場合について

要介護・要支援認定の申請期間中のサービス利用と費用の関係

1) 「非該当」・「要支援」となった場合

利用サービス	費用請求区分	認定結果			
		非該当	要支援		
介護保険サービスのみのみ	介護保険サービス費	全額自己負担	予防給付		
	ケアマネジメント費				
介護保険サービスとサービス事業を併用	介護保険サービス費	全額自己負担	予防給付		
	総合事業費			総合事業	総合事業
	ケアマネジメント費			総合事業	予防給付
サービス事業のみ	総合事業費	総合事業	総合事業		
	ケアマネジメント費				

2) 「要介護」となった場合

介護申請日から認定日前日までのサービス費の支払い方法

利用サービス	費用請求区分	申請日に遡って要介護として取扱う場合	申請日から認定日の前日まで事業対象者として取扱う場合
介護保険サービスのみのみ	介護保険サービス費	介護給付	
	ケアマネジメント費		
介護保険サービスとサービス事業を併用	介護保険サービス費	介護給付	
	総合事業費（予防給付型）		
	ケアマネジメント費		
サービス事業のみ	総合事業費（予防給付型）	介護給付	総合事業
	ケアマネジメント費		

※予防給付型のみ、「総合事業」か、介護保険の暫定プランでの「介護給付」か、サービス利用前にいずれかを選択します。

- ・上記は、それぞれの指定を受けていることが前提です。
- ・上記のいずれの場合もアセスメントからサービス担当者会議など適切なケアマネジメントを全て行っていることが前提です。
- ・月の途中で対象区分に変更がある場合は、月末における対象区分に応じたケアマネジメント費で算定するものとします。
- ・「非該当」の場合は、事業対象者の認定があることが前提です。
- ・「介護保険サービス費」は、介護保険のサービス利用にかかった費用です。
- ・「ケアマネジメント費」は、ケアプラン料です。
- ・「総合事業費」は、総合事業のサービス利用にかかった費用です。

7 一般介護予防事業との併用について

- ・通所型サービスは、原則、介護予防教室（いきいきふれあい教室・プール元気教室・筋力ほつらつ若返り教室）と併用できません。サービス事業からの移行時に見学対応はできます。
- ・住民主体による支援事業は、介護予防教室と併用可能です。
- ・いきいき百歳体操・高齢者健康づくり活動住民グループは、介護予防教室と併用可能です。
※ 地域包括支援センターに相談してください。

8 同居家族がいる場合の訪問型サービスの利用について

- ・介護保険と同様に、同居家族がいる場合に総合事業の訪問型サービスの生活援助を導入する際には、利用前に生活援助算定相談票とともにケアプラン、利用者基本情報及び基本チェックリストを長寿支援課 支援係に提出します。
- ・住民主体による支援事業の訪問型サービスを利用する場合は、生活援助算定相談票の提出は不要です。

9 生活援助にて行う掃除について

- ・介護保険と同様に、生活援助にて行う掃除については、介護給付費適正化の観点から、1世帯につき週に1時間程度という目安を設けておりますので、ご注意ください。
- ・住民主体による支援事業の訪問型サービスを利用する場合は、1世帯につき週に1時間程度という目安には該当しません。

10 報酬（単価、加算）、請求・支払

1) 介護予防ケアマネジメント費については、表1、表2を参照のこと。

表1 ケアマネジメントの単価等

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
単価等	1月あたり430単位 4,300円	開始月に430単位 4,300円

表2 介護予防ケアマネジメントのプロセスとケアマネジメント費
(ケアプランの有効期間を12か月としたときの考え方)

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目～11月目		12月目(11か月後)
ケアマネジメントA 原則的なケアマネジメント	作成あり	指定事業者のサービス (訪問型、通所型サービスの予防給付型、生活維持型、運動特化型、短時間運動特化型、短期集中型を含むサービス)	サービス担当者会議	○	×		○
			モニタリング等	— (※)	○ (※)		○(居宅を訪問)(※)
			報酬	基本報酬 +初回加算	基本報酬		基本報酬
ケアマネジメントC 初回のみ のケアマネジメント	ケアマネジメント結果等記録表の作成	その他 (生活支援サービスの配食・ 住民主体による支援事業 ・通所型の一般介護予防事業のみ)	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	基本報酬 +初回加算	×	×	×

※指定事業者のサービスを利用する場合（ケアマネジメントA）は、給付管理票の作成が必要。
モニタリングは、3か月に1回以上利用者の居宅を訪問し、1か月に1回以上、利用者と連絡を実施し、モニタリング結果を記録する。

2) 加算

(1) 初回加算 (ケアマネジメントA・C)

単価：300 単位 3,000 円

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、下記の①②の場合に算定できます。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(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、介護予防ケアマネジメントを実施する場合)

②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

※ 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、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできません。

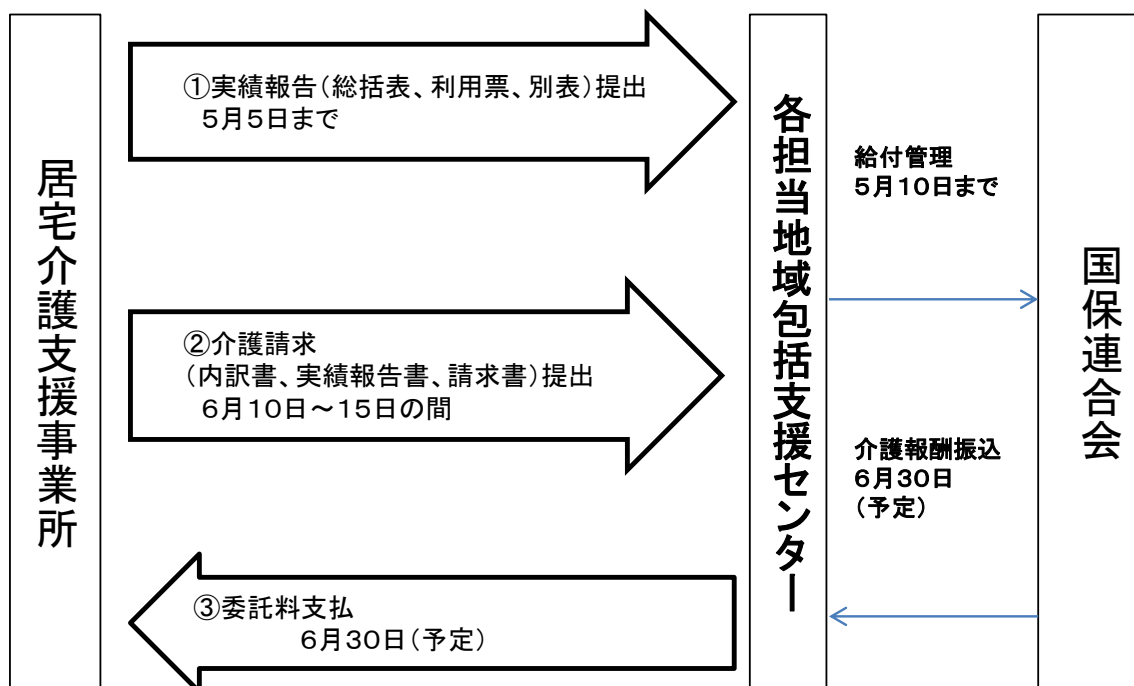
(2) 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 (ケアマネジメントAのみ)

単価：300 単位 3,000 円

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います。ただし、6か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ません。

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します。

介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント費の委託料・支払の流れ
(4月実績の場合:以降、繰り返し)



*** 請求時の留意点**

- 1 請求書は、基本的に期間内(毎月10日～15日)の受付となります。たとえば15日が土・日・祝日の場合はその前日が締切日です。
- 2 請求書の文字訂正等は認められません(訂正印不可)。
- 3 口座名義人(フリガナ)は省略せずに記入してください。
- 4 書類に不備があった場合(受付期間中に間に合えば当月)は、振り込みが翌月末となる場合がありますので、ご了承ください。
- 5 事業所の代表者や住所等が変更になった場合は、必ずご連絡してください。

1.1 配食サービス

1) 一般の配食サービス（総合事業でないため、ケアマネジメントCに該当しない）

事業内容	栄養バランスのとれた食事を配達するとともに、安否確認を実施する費用の一部を助成する。		
対象者	次のすべての項目に該当する方 ア) 65歳以上の単身、高齢世帯、重度障害のいずれか イ) 在宅の方 ウ) 近隣に親族がおらず、心身の傷害、疾病等の理由により適切な食事の調達が困難であるとともに、安否確認が必要であると認められる方		
利用者負担	1食につき	課税世帯	510円
		非課税世帯	410円
利用制限	1日1食 原則週3回まで 状況により、週7食まで認めることがあります。		
申請方法	地域包括支援センターによる訪問調査（従来どおり）		

2) 生活支援サービスの配食

（総合事業の生活支援サービスであるため、ケアマネジメントCの対象事業）

対象者	次のア)～ウ)のすべてに該当する方（基準） ア) 事業対象者または要支援者 （生活支援サービスの配食（平成29年度から）は、要介護者は対象外） イ) 次の(a)(b)のいずれかに該当 (a) 6か月で2～3kg以上の体重減少があり、BMIが18.5未満の者 (b) 血清アルブミン値が3.8mg/dl以下の者 ウ) 老衰、心身の障害、傷病等の理由により適切な食事の調達が困難であり、安否確認が必要な者。		
利用者負担	1食につき	課税世帯	510円
		非課税世帯	410円
利用制限	1日2食 週14回まで		
申請方法	地域包括支援センターによる訪問調査（サービス提供期間 6か月）		

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	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・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 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 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キープパーソン 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

興味・関心チェックシート

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

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

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

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014)

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）

No. _____

利用者名 _____ 種 別 _____ 契約の開始日 年 月 日 契約の更新期間 年 月 日～ 年 月 日 第 1 回 支援計画書

支援作成者氏名 _____ 契約の更新日 年 月 日 契約の更新期間 年 月 日～ 年 月 日 第 2 回 支援計画書

支援作成（更新）日 年 月 日（支援作成日） 年 月 日 担当地域長支援センター _____

支援とする生活 _____

1 日	1 年											
	本人・家族 の要望・意 向	領域における関 与（関与・関 与）	総合課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての審 判 本人・家族	目標	支援計画 目標についての 支援のポイント	介入的アプローチ や他の支援、イン フォームドサービス （インフォームド サービス）	介入的アプローチ 又は他の支援等 （介入的アプ プローチ）	サービス 種別	費用 （別用 紙）	期間
アセスメント領域と 領域の状況												
運動・活動について	<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、個人関係・ コミュニケーションは について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
健康状態について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

健康状態について
口上訪問実施、個別訪問、個別指導を実施した旨を記入

【実施行うべき支援が実施できない場合】
具体的な支援の開始に及びた方針

総合的な方針：生活不活発化の改善予防のポイント

計画に関する留意
私は上記事業所が作成した介護予防サービス・支援計画について説明を
受け、その内容に同意しこれを承諾しました。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

印 印

21

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）

ケアマネジメントCの取扱い

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

No. _____ 種 _____
 利用者氏名 _____ 氏名 _____ 年 月 日 ~ 年 月 日
 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 _____ 委託の場合：計画作成者（事業所名及び所在地（〒番号））
 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										
アセスメント領域と 課題の状況	本人・家族 の意見・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	具休策について 向 本人・家族	目標	支援計画 目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援、イン フォーマルサービス （民間サービス）	介護保険サービス 又は認定支援事業 （給付事業のサー ビス）	サービス 種別	事業所 （利用 先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活（家族生活） について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、人関係・ コミュニケーションに ついて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
介護管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント

【本を行うべき支援が実施できない場合】
 受給者支援の業務に回した方針

指導体制について
 □主治医監督、施設長、副施設長、副施設長等と協働して実施

計画に関する同意
 私は上記事業所が作成した介護予防サービス・支援計画についての説明
 を受け、その内容に同意しこれを受領しました。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印
 借書の場合は押印不要

【署名】
 地域包括支援センター _____
 【捺印】

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○印をつけてください。

運動不足	栄養	口腔ケア	閉じこもり予防	防犯	うつ予防
5 / 5	2 / 2	3 / 3	2 / 2	3 / 3	5 / 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）（省略版）

※ 欄外に部分の記載は名簿可成

初回・紹介・連絡 既定済・申請中 療養第1・療養第2 介護対象者

利用者 No. _____ 姓 _____ 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

計画作成者 _____

計画作成日 平成 年 月 日

担当地域包括支援センター： _____ 地域包括支援センター _____

アセスメント領域と現在の状況 [活動・移動について]	本人・家族の希望・意向	期待	支援計画	
			本人等のセルフケアや家族の支援、 インフォーマルサービス提供等	介護予防サービス又は 地域包括支援センター等からのサービス
日常生活(家庭生活)について				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて				
健康管理について				

健康状態について
 主治医受診済、生活機能評価所を踏まえた留置点

計画に関する同意

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

私は左記事業所が作成した介護予防サービス・支援計画について説明を受け、その内容に同意しこれを受容しました。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

自署の場合は押印不要

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネシメント結果等記録表）（省略版）

※ 介護予防部分の記載は省略可能

NO.

紹介・開始 認定 申請中

記入例

貴地区、貴地区の事業35選

利用者 山本 太郎 様 誕生年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

計画作成者 山口 花子

計画作成日 平成 30 年 6 月 6 日 担当地域包括支援センター: 〇〇 地域包括支援センター

支援計画		目標	本人・家族の意欲・意向	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	事業所(利用先)
アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	本人・家族の意欲・意向	目標	本人・家族の意欲・意向	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	事業所(利用先)
自分でできる	今まで通りの生活がしたい。	月に2回近所の方の集まりに参加する。	今まで通りの生活がしたい。	月に1回、家族と外食する。	通所型サービスB	なごみ会
(日常生活(家族生活)について)	今まで通りの生活がしたい。		今まで通りの生活がしたい。			
自分でできる	近所の方と定期的に話す機会を作りたい。		近所の方と定期的に話す機会を作りたい。			
(社会参加、列入関係・コミュニケーションについて)	近所の方と定期的に話す機会を作りたい。		近所の方と定期的に話す機会を作りたい。			
自分でできる	健康管理について		健康管理について			

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

膝が悪く、正座ができないので、無理をしないよう気を付けてください。
体調不良のための利用廃止や長期の欠席のときは、地域包括支援センターにご一報ください。

計画に関する同意

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

私は左記事業所が作成した介護予防サービス・支援計画について説明を受け、その内容に同意しこれを受領しました。

年 月 日 氏名 印

白書の場合は押印不要

介護予防サービス・支援計画 連絡票

【対象者】

ふりがな 氏 名		要支援者 ・ 事業対象者
-------------	--	--------------

【作成日】

年 月 日

【サービス事業名】

【実施事業者または実施団体】

--	--

【総合的な方針】 ※日常生活上の目標・支援のポイント等

--

【特記事項】

--

平成 年 月 日 下関市 地域包括支援センター

(担当者) _____

介護予防サービス・支援計画 連絡票

【対象者】

ふりがな 氏 名	下関 太郎	要支援者 ・ 事業対象者
-------------	-------	--

【作成日】

平成30年 10月 15日

【サービス事業名】

【実施事業者または実施団体】

地域支え合い通所型サービス	なごみ会
---------------	------

【総合的な方針】 ※日常生活上の目標・支援のポイント等

<p>例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・閉じこもり予防に向けて、近所の方と定期的に話す機会を作るため、なごみ会に参加する。 ・膝が悪く、正座ができないので、無理をしないよう気を付ける。
--

【特記事項】

<p>体調不良のための利用廃止や長期の欠席のときは、地域包括支援センターにご一報ください。</p>

平成30年10月 8日

下関市〇〇地域包括支援センター

(担当者) 山口 花子

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

評価日

利用者名

計画作成者氏名

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

総合的な方針

地域包括支援センター意見

<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援 サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
---	--