

大分市介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル

大分市長寿福祉課
(令和8年6月改定)

目次

1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について	
（1）総合事業の目的	2
（2）総合事業の考え方	2
（3）総合事業の構成	2
（4）総合事業と予防給付の関係	3
2 大分市における介護予防・日常生活支援総合事業の概要について	
（1）大分市の総合事業の構成	3
（2）大分市のサービス・活動事業の対象者	3
（3）住所地特例者と非住所地特例対象者の取り扱い	3
（4）サービス利用までの流れ	6
（5）サービスの類型、内容及び想定する対象者	7
（6）サービスの組み合わせの可否	9
3 事業対象者について	
（1）事業対象者の該当基準	9
（2）事業対象者確認申請をする場合と有効期間	10
（3）事業対象者が認定申請を行った場合の有効期間終了日	10
（4）事業対象者確認申請の実施手順	11
（5）事業対象者確認申請の受付開始日	12
（6）事業対象者確認申請書の記載	12
（7）事業対象者の支給限度額	12
（8）事業対象者の転入・転出	13
4 介護予防ケアマネジメントの実施について	
（1）介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	13
（2）事業内容	13
（3）介護予防ケアマネジメントの類型	13
（4）実施担当者	14
（5）介護予防ケアマネジメントの流れ	14
（6）実施担当者の一部委託	15
（7）暫定ケアプランの取り扱い	16
（8）訪問型サービスの「緩和型サービス」を利用する場合の軽微な変更	16
（9）自己作成扱いの取り扱い	16
5 パワーアップ教室のケアマネジメントについて	
（1）パワーアップ教室の類型、内容及び想定する対象者	17
（2）パワーアップ教室のケアマネジメントの流れ	18
6 地域お互いさま活動事業のケアマネジメントについて	
（1）地域お互いさま活動事業の内容及び想定する対象者	20
（2）地域お互いさま活動事業のケアマネジメントの流れ	21
7 介護予防ケアマネジメント費について	
（1）介護予防ケアマネジメント費（単価・加算）	23
（2）介護予防ケアマネジメント費の委託料	23
（3）ケアマネジメント区分と支給限度額	23
（4）請求方法	24
8 その他	
（1）公費の取り扱い	25
（2）利用者負担に関する制度	25

1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

(1) 総合事業の目的

介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定。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、地域の支えあいの体制づくりを推進し、居宅要支援被保険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目的としています。

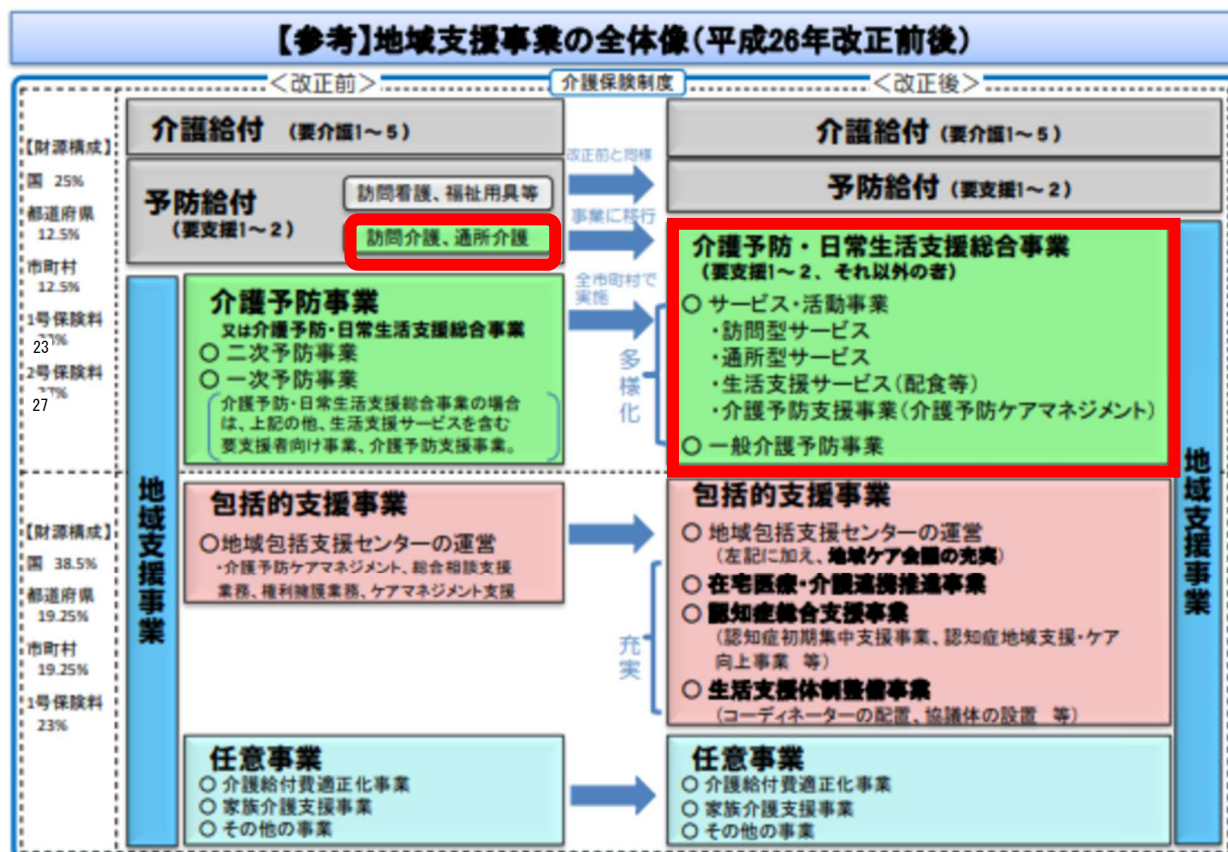
(2) 総合事業の考え方

総合事業が目指すものは、①住民主体の多様なサービス・活動の充実による、居宅要支援被保険者等の選択できるサービスを充実し、住民主体のサービス利用促進 ②高齢者の社会参加の促進や介護予防のための事業の充実による自立した高齢者の増加 ③効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス実施による重度化予防の推進を図るものです。

(3) 総合事業の構成

これまで全国一律の基準で実施されていた要支援 1・2 の者を対象とした「介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）」、「介護予防通所介護（デイサービス）」を市町村が介護予防を目的に行う総合事業の中で、提供できる仕組みに見直すものです。

総合事業では、居宅要支援被保険者等が利用できる「サービス・活動事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号）」と、65 歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号）」で構成されています。



資料) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(概要)より抜粋

※財源構成は平成 30 年 4 月からの割合

(4) 総合事業と予防給付の関係

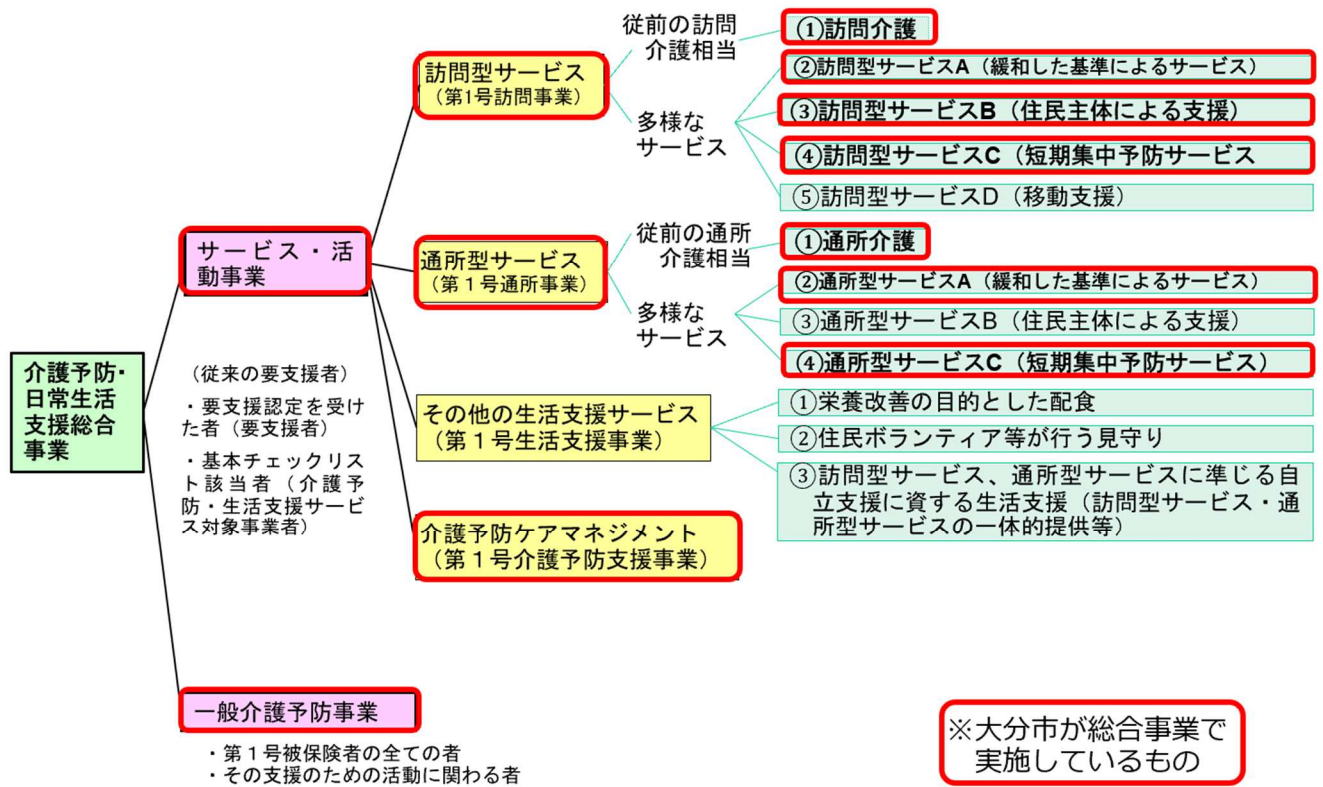
サービス・活動事業は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき提供されるものであり、居宅要支援被保険者は介護予防給付とサービス・活動事業を利用することができます。また、サービス・活動事業のみ利用する場合は、基本チェックリストの基準に該当すれば「介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、事業対象者という。）」となり、迅速なサービス利用が可能となっています。

※大分市は制限を設けています。詳しくは6ページを参照。

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

2 大分市における介護予防・日常生活支援総合事業の概要について

(1) 大分市の総合事業の構成



大分市が実施するサービス・活動事業は、訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメントとなります。

(2) 大分市のサービス・活動事業の対象者

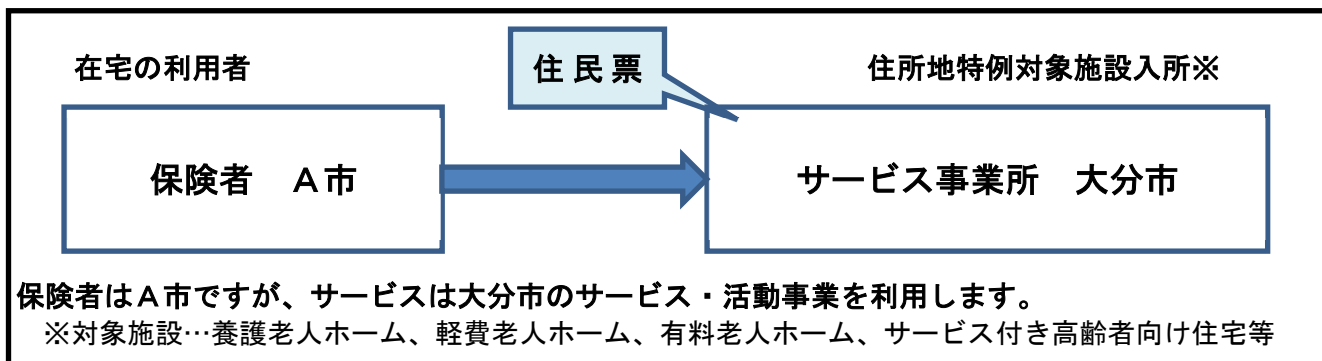
- ①新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた人
- ②基本チェックリストにより事業対象者と認められた人

(3) 住所地特例者と非住所地特例対象者の取り扱い

①住所地特例者の取り扱い

住所地特例者に対するサービス・活動事業の実施については、住所地特例者がより円滑にサービスを受けることができるよう、施設所在地の市町村が行います。

A市から大分市の施設に入所する場合



	項目	住所地特例対象者の場合
1	要支援認定の提出先	A市
2	基本チェックリストの提出先	大分市（大分市 長寿福祉課 介護認定担当班が受領後、A市へ送付します）
3	居宅届の提出先	大分市（大分市 長寿福祉課 給付担当班が受領後、A市へ送付します）
4	被保険者証の発行	A市
5	ケアマネジメント実施者	大分市の地域包括支援センター
6	サービス提供者	大分市のサービス事業所
7	サービス費の請求先	大分県国民健康保険団体連合会
8	ケアマネジメント費の請求先	大分県国民健康保険団体連合会 （A市が県外の場合は、大分市へ請求）

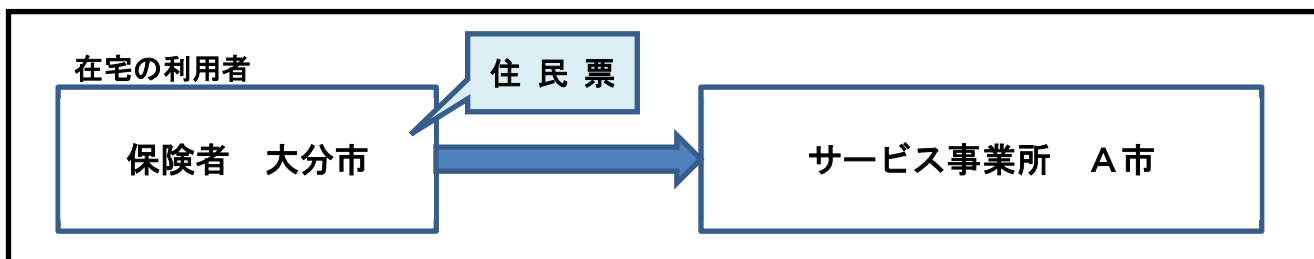
※パワーアップ教室、地域お互いさま活動事業（ケアマネジメントC対象者のみ）の利用については、事前に長寿福祉課（地域支援担当班）へお問い合わせください。

②非住所地特例対象者の取り扱い

ア 大分市に住所を有する人がA市に所在するサービス事業所を利用する場合

住所地特例対象者ではない、大分市に住所を有する者が、A市のサービス事業所を利用する場合は、当該事業所が大分市の指定を受けた事業所であることが必要です。

ただし、市外に居住する場合は、生活の実態のある場所に、住民票を置くことが基本であることに留意してください。



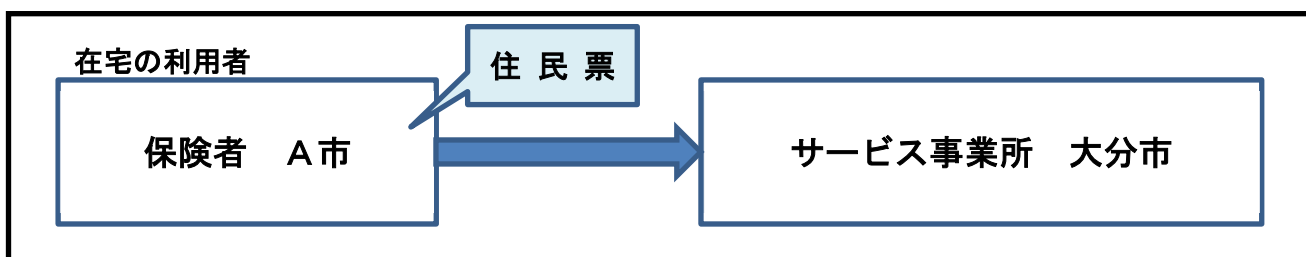
※大分市居住者が利用する場合と、A市居住者（住民票は大分市）が利用する場合があります。

	項目	市外事業所利用者の場合
1	要支援認定の提出先	大分市（長寿福祉課 介護認定担当班）
2	基本チェックリストの提出先	大分市（長寿福祉課 介護認定担当班）
3	居宅届の提出先	大分市（長寿福祉課 給付担当班）
4	被保険者証の発行	大分市（長寿福祉課 介護認定担当班）
5	ケアマネジメント実施者	大分市の地域包括支援センター （A市の居宅介護支援事業所へ一部委託可）
6	サービス提供者	A市のサービス事業所 （大分市のサービス・活動事業を提供）
7	サービス費の請求先	大分県国民健康保険団体連合会 （A市が県外の場合はA市またはA市を管轄する国民健康保険連合会にお問い合わせください）
8	ケアマネジメント費の請求先	大分県国民健康保険団体連合会

※サービス・活動事業の利用については、事前に長寿福祉課（地域支援担当班）へお問い合わせください。

イ A市に住所を有する者が大分市に所在するサービス事業所を利用する場合

住所地特例対象者ではない、A市に住所を有する者が、大分市のサービス事業所を利用する場合は、当該事業所がA市の指定を受けた事業所であることが必要です。

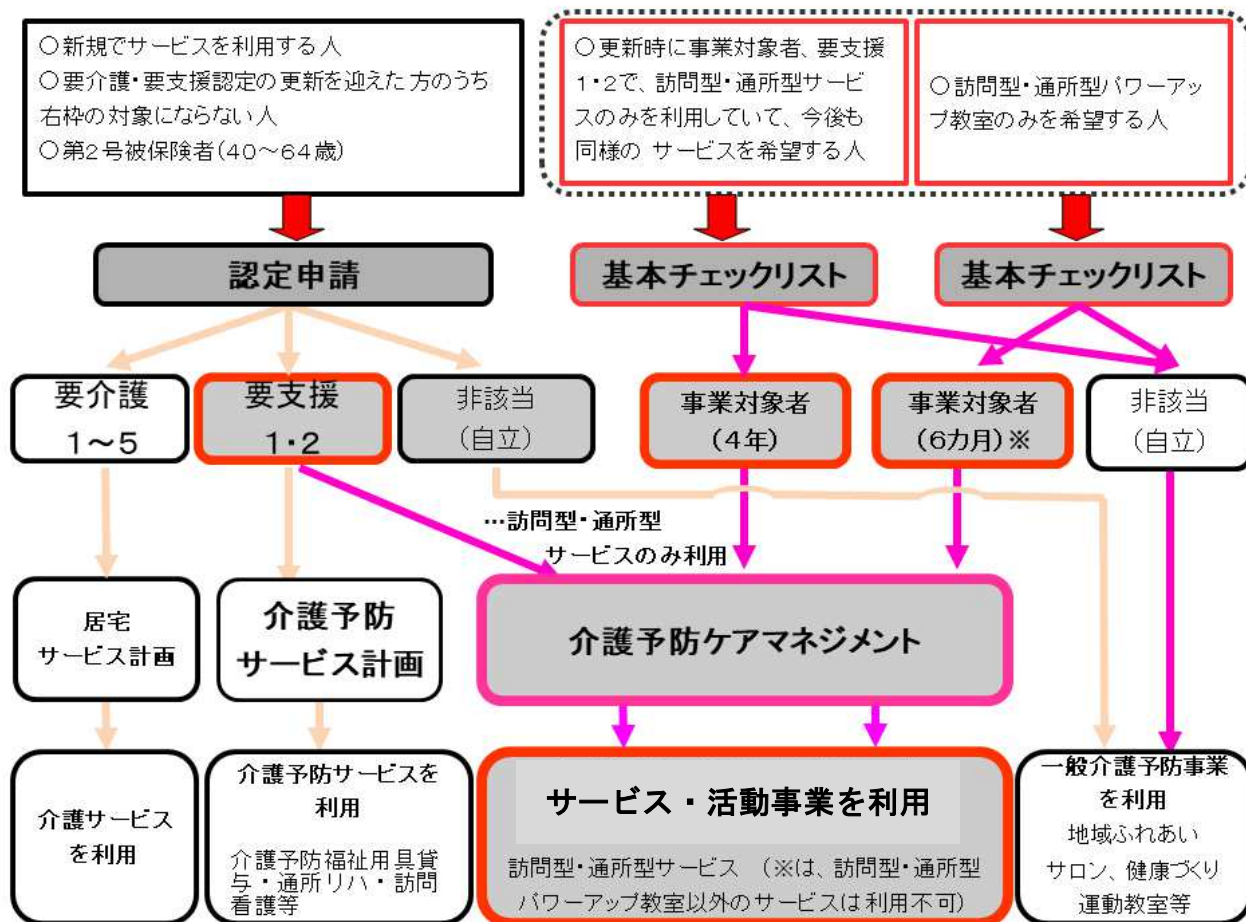


※A市居住者が利用する場合と、大分市居住者（住民票はA市）が利用する場合があります。

	項目	市外事業所利用者の場合
1	要支援認定の提出先	A市
2	基本チェックリストの提出先	A市
3	居宅届の提出先	A市
4	被保険者証の発行	A市
5	ケアマネジメント実施者	A市の地域包括支援センター （大分市の居宅介護支援事業所へ一部委託可）
6	サービス提供者	大分市のサービス事業所 （A市のサービス・活動事業を提供）
7	サービス費の請求先	大分県国民健康保険団体連合会
8	ケアマネジメント費の請求先	大分県国民健康保険団体連合会 （A市が県外の場合はA市またはA市を管轄する国民健康保険連合会にお問い合わせください）

※パワーアップ教室、地域お互いさま活動事業（ケアマネジメントC対象者のみ）の利用については、事前に長寿福祉課（地域支援担当班）へお問い合わせください。これ以外のサービス・活動事業の利用については、各保険者へお問い合わせください。

(4) サービス利用までの流れ



現行の認定申請に、基本チェックリストによる手続き（以下「事業対象者確認申請」）が加わります。なお、認定（更新）申請と同時、及び申請中は事業対象者確認申請を行うことはできず、どちらか一方の手続きのみとなります。

また、国の示すガイドラインでは、サービス・活動事業のみ利用する者については、基本チェックリストを実施し事業対象者として該当すれば、サービス・活動事業を利用可能としています。

しかし、大分市では、基本チェックリストのみでは利用者等からの聞き取りによる主観的な判断になってしまう恐れがあること、また、認定申請における主治医意見書による医療情報が得られなくなることで、適切なサービス利用に繋がらない恐れがあることから、新規にサービスを利用する人については、原則認定申請を受けていただくことにしています。

※パワーアップ教室のみを利用する場合は、基本チェックリストを実施し、事業対象者として該当すれば、新規でサービスを利用する人であっても、認定申請を受けずに利用可能です。

※地域お互いさま活動事業は上記に関わらず、認定申請や事業対象者確認申請を行うことなく利用可能です。（20 ページ参照）

(5) サービスの種類、内容及び想定する対象者

①訪問型サービス

サービス種別	介護予防 ホームヘルプサービス (介護予防訪問介護相当サービス)	生活サポート ホームヘルプサービス (緩和した基準によるサービス)	訪問型 パワー アップ 教室	地域お 互いさ ま活動 事業
内容	従前の介護予防訪問介護と同様のサービス。 訪問介護員による身体介護、生活援助等	従事者等による生活援助中心型のサービス (身体介護は行わない) ※ヘルパー旧3級以上または、市が実施する研修受講修了者		
想定する対象者	①身体介護が必要な人 ②退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人 ③心疾患や呼吸器疾患等により日常生活に支障がある人 ④認知機能の低下が見込まれ、日常生活に支障が生じる可能性がある人 ⑤その他従前相当サービスの利用が必要な人 ※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	身体介護は必要ないが、家事等の生活援助が必要な方	詳細は 17 ページを 参照	詳細は 20 ページを 参照
利用回数	週1回程度：事業対象者 要支援1・2 週2回程度：同上 週2回以上：要支援2	週2回以内：事業対象者 要支援1・2 週3回以内：要支援2		
単価設定の単位	1月あたり	1回あたり		
基本単価 ※日割り 請求は以下を参照	①週1回程度：11,760円 (事業対象者、要支援1・2) ②週2回程度：23,490円 (事業対象者、要支援1・2) ③週2回を超える程度：37,270円 (要支援2)	①20分以上45分未満：2,180円 ②45分以上60分程度：2,560円		
利用者負担	1割 ※一定所得以上の利用者は 2割～3割	1割 ※一定所得以上の利用者は 2割～3割		
給付制限	なし			
限度額管理	あり			
支払方法	国保連経由で審査、支払			

※月額包括報酬の日割り請求にかかる適用（令和6年3月18日 老健局介護保険計画課 認知症施策・地域介護推進課 老人保健課 事務連絡 I-資料9）

②通所型サービス

サービス種別	介護予防 デイサービス (介護予防通所介護相当サービス)	元気サポート デイサービス (緩和した基準によるサービス)	通所型 パワー アップ 教室
内容	従前の通所介護と同様のサービス 身体的機能や生活機能向上のための 機能訓練	閉じこもり予防及び参加者同士の 交流を図るための運動やレクリエ ーションを行う	
想定する 対象者	①食事・排泄・入浴移動時等に状況 確認や助言が必要な人 ②退院直後等で状態が変化しやす く、観察や状態に応じた支援が必要 な人 ③心疾患や呼吸器疾患等により、日 常生活に支障がある人 ④認知機能の低下が見込まれ、日常 生活に支障を生じる可能性がある人 ⑤その他従前相当サービスの利用が 必要な人 ※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	閉じこもり等で社会的交流が必要 な人	詳細は 17 ペー ジを参 照
利用回数	週 1 回程度：事業対象者、要支援 1 週 2 回程度：要支援 2	週 1 回：事業対象者、要支援 1・2 週 2 回以内：要支援 2	
単価設定 の単位	1 月あたり	1 回あたり	
基本 単価 ※日割り請 求は以下を 参照	①週 1 回程度：17,980 円 (事業対象者、要支援 1) ②週 2 回程度：36,210 円 (要支援 2) ※食事代などの実費は対象外 (利用者負担)	3 時間以上：3,900 円 ※食事代などの実費は対象外 (利用者負担)	
利用者 負担	1 割 ※一定所得以上の利用者は 2 割～3 割	1 割 ※一定所得以上の利用者は 2 割～3 割	
給付制限	なし		
限度額 管理	あり		
支払方法	国保連経由で審査、支払		

※月額包括報酬の日割り請求にかかる適用（令和 6 年 3 月 18 日 老健局介護保険計画課 認知症
施策・地域介護推進課 老人保健課 事務連絡 I-資料 9）

(6) サービスの組み合わせの可否

訪問型サービスと通所型サービスを組み合わせて利用することは可能ですが、同種別サービスの利用はできません。（例：介護予防ホームヘルプサービスと生活サポートホームヘルプサービスの併用など）

ただし、パワーアップ教室については、訪問型サービスとの組み合わせを認めています。また、地域お互いさま活動事業についてはいずれの種類のサービスとも併用できます。

	訪問型		通所型	
	介護予防ホームヘルプサービス (介護予防訪問介護相当サービス)	生活サポートホームヘルプサービス (緩和型サービス)	介護予防デイサービス (介護予防通所介護相当サービス)	元気サポートデイサービス (緩和型サービス)
パワーアップ教室	○	○	×	×
地域お互いさま活動事業	○	○	○	○

※パワーアップ教室は介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションとも併用できません。

3 事業対象者について

(1) 事業対象者の該当基準

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

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

(2) 事業対象者確認申請をする場合と有効期間

事業対象者確認申請する場合	事業対象者確認申請後の有効期間
① 事業対象者または要支援者の有効期間が満了した後において、引き続き確認を受け、サービス・活動事業のみ利用希望する場合	事業対象者または要支援認定有効期間満了日の翌日から4年間
② パワーアップ教室のみ利用希望する場合（事業対象者または要支援認定有効期間満了後に、パワーアップ教室のみ利用希望するため、引き続き確認を受けたい場合も含む）	事業対象者確認申請書提出日から6カ月
③ やむを得ない事情により、緊急にサービスの利用が必要な場合	事業対象者確認申請書提出日から6カ月

※事業対象者及び要支援者が事業対象者確認申請を行う場合の受付開始日は12ページを参照。

※やむを得ない事情とは、「対象者が傷病等の理由により、一時的に身体機能が低下し、日常生活が困難である場合（1～2カ月間で改善が見込める場合）」「同居家族の傷病や事故等により、対象者・家族が日常生活が困難である場合」「虐待等の理由により、避難先でサービス利用の必要がある場合」などを想定しています。やむを得ない事情に該当するかは、申請する前に長寿福祉課へ相談してください。

なお、以下のような場合は、認定申請を行う必要があります。

- ・ 明らかに要支援（要介護）認定が必要な場合
- ・ 介護予防給付（訪問看護、福祉用具貸与、通所リハビリテーション等）や、介護給付を希望している場合
- ・ 第2号被保険者（40～64歳）
- ・ パワーアップ教室利用後、従前相当サービスや緩和型サービスを利用希望する場合

(3) 事業対象者が認定申請を行った場合の有効期間終了日

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

※暫定ケアプランについての詳細は介護予防支援業務マニュアルを参照。

(4) 事業対象者確認申請の実施手順

新規利用希望の場合	更新の場合
<p>ア パワーアップ教室のみ希望する場合 イ やむを得ない事情により、緊急にサービスの利用が必要な場合</p>	<p>ア 更新時に事業対象者・要支援者で、サービス・活動事業のみのサービスを希望する場合</p>
<p>①相談 本人等が窓口(地域包括支援センター、長寿福祉課)に相談</p>	<p>①聴き取り 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所は、認定の更新申請時期に、本人等の必要なサービスを聴き取る。以下の全てに該当するか確認 □65歳以上 □利用するサービスが要支援1相当以内 □当面の間、介護予防給付を利用する見込みがない □基本チェックリストによる手続きを希望</p>
<p>②聴き取り ・本人等より、相談の目的や必要と考えているサービスを聴き取る。 ・窓口担当者は、総合事業サービス、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明を行い、本人等の希望に応じて基本チェックリストを案内する。(長寿福祉課が聴き取りを行った場合は、地域包括支援センターを案内)</p>	<p>②説明 利用できないサービス(介護予防サービス)があること、必要な時はいつでも認定申請できることを説明</p>
<p>③基本チェックリストの実施 ・地域包括支援センターが実施。 ・一部委託している場合は、地域包括支援センターの立ち会いのもと、居宅介護支援事業所が実施。(立ち会いは初回のみ必須) ・「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の主旨を説明しながら本人が実施する。基準に該当する場合には、本人の状況やサービス利用の意向を聴き取る</p>	
<p>④事業対象者確認申請 申請日前日に「事業対象者確認申請一覧表」をFAXの上、申請日に以下のア～ウの書類を長寿福祉課に提出し、手続きを行う。(※基本チェックリスト実施後、1カ月以内に事業対象者確認申請を行うこと) ア 大分市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書 イ 介護保険被保険者証 ウ 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書 ※介護保険被保険者証を紛失している場合は、以下の書類も併せて提出すること。 エ 介護保険被保険者証再交付申請書 オ (再交付申請書の提出に関する)委任状</p>	
<p>⑤確認結果通知書等の送付 長寿福祉課で書類確認の上、確認結果通知書及び介護保険被保険者証を本人宅へ郵送。</p>	

(5) 事業対象者確認申請の受付開始日

要支援認定の有効期間満了に伴い、事業対象者確認申請を行う場合の受付開始日は60日前からとし、事業対象者の有効期間満了に伴う確認申請の場合も同様の扱いとします。

なお、介護認定を受けていない者がパワーアップ教室のみ利用する場合などは随時受付を行います。

(6) 事業対象者確認申請書の記載

記載事項	記載上の注意事項
記入日	基本チェックリストを実施した日を記入してください。 (実施から申請までの期限については、1カ月とします)
申請の理由	該当する事由に○をしてください。 ※事業対象者(6カ月)の有効期間満了した後に引き続き確認を受けたい場合には、申請理由を「1. 訪問型サービスCまたは通所型サービスCのみを利用するため」にしてください。 ※事業対象者(4年)の有効期間満了した後に引き続き確認を受けたい場合には、申請理由を「3. 事業対象者確認の有効期間が満了した後において、引き続き確認を受けるため」にしてください。
前回の介護認定等の結果 (該当者のみ記入)	要支援認定等の有効期間満了に伴い、申請を行う場合は、前回の要支援状態区分等の結果及び有効期間を記載してください。
基本チェックリスト実施結果	項目毎の点数を記載してください。 設問毎の回答は裏面に記載してください。
提出代行者	記載内容について問い合わせが必要になる場合がありますので、事業所名と担当者名を記載してください。 なお、居宅介護支援事業所が手続きする場合も、 <u>担当地域包括支援センターと担当者名を記載してください。</u>
本人氏名・代筆	被保険者の署名欄です。 本人が記載できない場合は、本人と代筆者の氏名を記載してください。
その他	事務処理欄は記載しないでください。

(7) 事業対象者の支給限度額

大分市の事業対象者の支給限度額は、要支援1と同様、5,032単位です。

(8) 事業対象者の転入・転出

①転入の場合

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

②転出の場合

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

4 介護予防ケアマネジメントの実施について

(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、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、その悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域で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す。

そのため、利用者の自立支援に資するように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場所に通うなど、「心身機能」・「活動」・「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

介護予防支援と同様、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者が目標達成のために、必要なサービスを主体的に利用して目標達成に取り組めるよう、具体的にサービス・活動事業等の利用を検討し、ケアプランを作成することとなります。

(2) 事業内容

要支援者及び、基本チェックリストにより事業対象者と判断された者が、サービス・活動事業のみの利用をする際に、必要なケアマネジメントを実施します。

(3) 介護予防ケアマネジメントの類型

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

	介護予防ケアマネジメントA (原則的な介護予防マネジメント)	介護予防ケアマネジメントB (簡略化した介護予防マネジメント)	介護予防ケアマネジメントC (初回のみ介護予防マネジメント)
利用するサービス	右記以外のサービス・活動事業を利用する場合	通所型パワーアップ教室のみ (または、通所型パワーアップ教室と地域お互いさま活動事業)を利用する場合 ※ただし、地域包括支援センターが必要と判断する場合は、ケアマネジメントAの実施も可。	地域お互いさま活動事業のみを利用する場合 ※月1回以上の定期利用をする見込みがある場合のみ実施する。

(4) 実施担当者

利用者の住所地を担当する地域包括支援センター職員（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も含む）が実施します。

また、地域包括支援センターから、一部委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が実施することもできます。

(5) 介護予防ケアマネジメントの流れ

①利用者との契約締結

介護予防ケアマネジメントの提供に際し、利用者に重要事項説明書等を交付し、説明、同意が必要となります。その後、利用者との契約を行ってください。

なお、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との委託契約についても、同様の扱いです。

②介護予防ケアマネジメントの届出

介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたっては、届出により、事業対象者として登録するため、以下のように状態区分の変更に応じて、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出が必要です。

なお、要支援者が利用するサービスの変更により、介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに切り替わる場合は、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、届出の提出は不要です。

状態区分の変更	介護予防ケアマネジメント 依頼（変更）届出書	居宅介護（介護予防）サービス 計画作成依頼（変更）届出書
一般高齢者 ・ ⇒ 事業対象者 要支援（介護）者	○	×
事業対象者 ⇒ 要支援（介護）者	×	○

③各介護予防ケアマネジメント業務の流れ

ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
(ア) アセスメントの実施 (イ) ケアプラン原案の作成 (ウ) サービス担当者会議 (エ) ケアプランの説明と同意 (オ) ケアプランの交付 (カ) 個別サービス計画の提出依頼 (キ) 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取 (ク) モニタリング (ケ) 評価の実施	18~19 ページ 参照	21~22 ページ 参照

ケアマネジメントAは介護予防支援業務に準じ、(ア)～(オ)までの一連の流れは、サービス提供開始前に遅滞なく実施してください。※詳細は介護予防支援業務マニュアルを参照。

諸記録の保存期間は、介護予防支援業務に準じ、その完結の日（当該介護予防ケアマネジメントを提供した日）から、5年間保存してください。

④様式について

使用する様式は以下のとおりです。別添の資料様式も参考にしてください。

1. 利用者基本情報 (資料 1)
2. 基本チェックリスト (資料 2)
3. 生活機能評価表 (資料 3)
4. 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) (資料 4)
5. パワーアップ教室支援計画書 (資料 5)
6. 「私のプラン」 (資料 6) ※「フレイル予防手帳」に収録
7. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 (資料 7)
8. 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 (資料 8)

(6) 実施担当者の一部委託

①一部委託における地域包括支援センターの関与

委託にあたっては初回のアセスメント時に地域包括支援センターが立ち会い、サービス担当者会議前の原案確認、評価の提出をもって全てのケースに関与してください。

※プランの継続・変更の場合は必要により同席。従前相当サービスに変更する場合は、事前に地域包括支援センターへ要相談であることを一部委託先に伝えてください。

※要支援者（新規・更新）で、予防給付のみを利用する人については、従前の委託方法で対応可能です。

②一部委託不可の利用者

以下の利用者については、一部委託不可とします。

一部委託不可	<ul style="list-style-type: none">・ パワーアップ教室のみ利用希望し、事業対象者（6カ月）となった人（包括において、一部委託が適当と判断する人を除く）・ 要支援者または事業対象者で地域お互いさま活動事業のみ利用希望する人（ケアマネジメントC対象者）・ やむを得ない事情により緊急にサービスが必要な人で、事業対象者となった人
--------	--

② 一部委託先の届出

介護予防ケアマネジメント業務の委託の届出については、介護予防支援業務の一部委託の届出に準じます。「指定介護予防支援委託（変更）の届出書」（資料 9）を市へ提出してください。

(7) 暫定ケアプランの取り扱い

認定申請後、介護度が確定するまでサービス利用が待てない緊急の状況の際に、介護予防支援業務の取扱いに準じて暫定ケアプランを作成することにより、サービス・活動事業を利用できます。

なお、認定結果と認定申請中に利用したサービス費用の関係は以下のようになります。認定結果が要介護であった場合は、認定申請中に利用していたサービスが「従前相当サービス」であれば、介護給付での請求ができることとします。（緩和型サービス・パワーアップ教室は不可。）

認定結果	認定申請中に利用したサービス			
	予防給付 (福祉用具貸与、通所リハ、訪問看護など)	サービス・活動事業（総合事業）		
		従前相当サービス	緩和型サービス	パワーアップ教室
要支援	予防給付で請求	総合事業で請求	総合事業で請求	総合事業で請求
要介護	介護給付で請求	介護給付で請求	請求不可	

暫定ケアプランでサービスを提供する際は、明らかに要支援認定である場合を除き、結果が要介護になる可能性も勘案し、居宅介護支援事業所と連携を行ってください。また、利用するサービスによっては自費となる可能性があることについて利用者に十分な説明を行い、適切なサービスを位置づけることに留意してください。

(8) 訪問型サービスの「緩和型サービス」を利用する場合の軽微な変更

暫定ケアプラン作成時において、訪問型サービスを「緩和型サービス」にて利用予定であるが、認定結果が要介護である可能性を考慮して、「従前相当サービス」を位置付けた場合は、介護度が確定した後にケアプランのサービス種別を「従前相当サービス」から「緩和型サービス」へ変更する際、これを軽微な変更該当する事例として扱うことができます。

ただし、介護度が要支援であった場合に「従前相当サービス」から「緩和型サービス」へ変更することについて、サービス担当者会議で事前に話し合われていた場合に限ります。なお、ケアプランは遡って変更することができません。

※軽微な変更について、詳細は介護予防支援業務マニュアルを参照。

(9) 自己作成の取り扱い

サービス・活動事業（総合事業）においては、ケアプランの自己作成に基づくサービスの利用は想定されていません。

したがって、居宅介護支援事業所が要介護を想定し、地域包括支援センターとの連携を行わずに暫定ケアプランを作成して、訪問介護や通所介護を利用していたところ、認定結果が要支援であった場合はサービス・活動事業の利用となるため、自己作成扱いとして、市が給付管理することができないことに留意してください。

※自己作成扱いについての詳細は介護予防支援業務マニュアルを参照。

5. パワーアップ教室のケアマネジメントについて

(1) パワーアップ教室の類型、内容及び想定する対象者

	通所型パワーアップ教室	訪問型パワーアップ教室
内容	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、下記のプログラムを複合的に実施 <ul style="list-style-type: none"> ・運動機能の向上 ・口腔機能の向上 ・栄養改善 等 	リハビリ専門職による訪問指導 ※通所型パワーアップ教室と組み合わせて実施
想定する対象者	①ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な人 ②体力の改善に向けた支援が必要な人	通所型パワーアップ教室を利用しているもので、生活機能の低下があり、専門職の関わりで改善が見込まれると判断された人
サービス利用回数	3カ月間に12回利用(週1回)	3回限度/3カ月
基本単価	5,670円(1回あたり)	2,980円(1回あたり)
利用者負担	500円/月	なし
給付制限	なし	
限度額管理	なし	
実施方法	委託	
支払方法	事業所に直接支払	

(2) パワーアップ教室のケアマネジメントの流れ

ケアマネジメントA		ケアマネジメントB	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 右記以外の場合 ・ 3か月間利用した後、再度利用する場合 ・ その他包括が必要と判断した場合 		通所型パワーアップ教室のみを利用する場合	
1 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者宅を訪問し、生活状況、現病歴等の基本情報、同意書の聞き取りを行う ・ 利用者の自立支援を考えながら、アセスメントにより課題を整理し、利用者の望む生活（目標）、介護予防に対する意欲・意向を確認、総合的課題をつかむ。 ・ 同意書で健康面の確認。 ⇒該当する場合は医師の判断（<u>診断書</u>）、必要に応じて地域包括支援センターで再確認し、判断をする。 	1 アセスメント	左記と同様
2 ケアプランの原案作成	ケアプラン原案を作成。 ※ <u>パワーアップ教室が必要な理由が分かるよう記載する。</u>	2 ケアプランの原案作成	左記と同様
3 サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。 ・ <u>利用者、提供事業所と目的を共有し、3か月後の生活や見通しまで検討しておく。</u> 	3 事前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>地域包括支援センター等と提供事業所のみで開催。</u> ・ 提供事業所と目的を共有し、3か月後の生活や見通しまで検討しておく。
4 説明・同意・交付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者に説明し、文書により同意を得る。 ・ 同意を得たケアプランを利用者及びサービス担当者に交付する。 	4 説明・同意・交付	左記と同様
5 申出書等の提出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申請に係る書類の提出。 ・ <u>利用申出書</u> ・ <u>同意書（必要時、要診断書）</u> ・ <u>基本チェックリスト（同時期にP.12の手続きを行う場合は省略可能。）</u> ・ <u>ケアプランの写し</u> ・ <u>生活機能評価表</u> 	5 申出書等の提出	左記と同様

6 サービス開始			
7 モニタリング (開始月～3カ月目)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に実施状況の確認を行う。 ・事業所の報告書を確認 ・モニタリングの上、課題に対する目標が達成されているか、効果があがっているか等確認しておく 	7 モニタリング	<p><u>モニタリングは省略可能。</u></p> <p>※必要に応じて、利用者に実施状況の確認を行う。</p>
8 評価カンファレンス (終了前)	<p><u>地域包括支援センター等と提供事業所のみで開催。利用者の評価を行う。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター等は目標の達成状況を確認し、評価。 <u>終了（一般介護予防事業利用）、継続（再度3カ月サービス利用）、変更（予防給付、サービス・活動事業利用）を判断する。</u> <p>※評価の結果については、後日利用者とも共有する。</p>	8 評価カンファレンス (終了前)	<p><u>地域包括支援センター等と提供事業所のみで開催。利用者の評価を行う。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター等は目標の達成状況を確認し、評価。 <u>終了（一般介護予防事業利用）、継続（再度3カ月サービス利用）を判断する。</u> <p>※評価の結果については、後日利用者とも共有する。</p>
9 終了	<p>以下の書類を作成。市へは、評価一覧表のみ提出する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援・サービス評価表 ・<u>評価一覧表（市へ提出）</u> 		

※パワーアップ教室終了後、事業対象者が従前相当サービスや緩和型サービスを利用する場合は、認定申請が必要です。（10 ページ参照）

6. 地域お互いさま活動事業のケアマネジメントについて

地域お互いさま活動事業は、支援を必要とする高齢者等が地域とのつながりを維持しながら、自立した暮らしを継続できる地域づくりを目的として、高齢者等の生活支援を行う地域住民等のボランティアが主体となって構成された団体（以下、実施団体）に対し、立上げや継続にかかる運営経費にあてるための補助金を交付するものです。

なお、支援内容や利用料等については、実施団体によって異なることに留意してください。

（１）地域お互いさま活動事業の内容及び想定する対象者

	地域お互いさま活動事業
内容	日常生活における多様な困りごとに対する軽度な生活援助等の支援 （具体的な支援内容は実施団体が設定） ※買い物代行、草取り、電球、電灯の交換など、訪問介護における生活援助（老計第10号）で規定されていない行為も対象となります。
想定する対象者	軽度な生活援助が必要な人（要支援者、事業対象者に限定されない）
利用回数	実施団体が設定（利用者の希望や支援内容による）
利用料（※）	実施団体が設定（有償・無償は問わない）
給付制限	なし
限度額管理	なし
実施方法	補助金事業
支払方法	実施団体が設定（実施団体または支援者へ利用者が直接支払）

※利用料に対する保険給付はありません。

(2) 地域お互いさま活動事業のケアマネジメントの流れ

ケアマネジメントC	
要支援者または事業対象者が地域お互いさま活動事業のみを利用する場合 (月1回以上の定期利用が見込まれる場合のみ実施)	
1 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅を訪問し、生活状況、現病歴等の基本情報の聞き取りを行う。 ※介護予防の重要性を伝えつつ、利用者の自立支援を考えながら、フレイル予防手帳に収録されている「私のプラン」の「興味・関心チェックシート」や「フレイルチェック」の内容に沿って行う。 ※生活機能評価表の活用は任意。
2 「私のプラン」の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・目標設定や支援内容やセルフケア等について、利用者と相談しながら「私のプラン」を協働で作成する。 ・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、利用者が自分の目標として意識できるような内容や表現となるように設定する。 ・裏面の氏名の下に地域包括支援センター名と担当者名を必ず記載する。 ※実施団体との調整やコメント記載のため、一度作成中のフレイル予防手帳を持ち帰り、以下の「4 説明・交付」は後日としてもよい。
3 サービス担当者会議	<p style="text-align: center;"><u>サービス担当者会議の開催は不要。</u></p>
4 説明・交付	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に「私のプラン」の内容について説明する。 (「私のプラン」に対する署名は不要) ・「フレイル予防手帳」の使い方についても説明した後、利用者に交付する。 ・利用者の同意を得た上で「私のプラン」のページの写しを実施団体に交付する。 ※実施団体に写しを交付することへの同意が得られない場合は、必要に応じて留意事項等を口頭で実施団体の調整役等に伝達する。
5 「私のプラン」の提出	<ul style="list-style-type: none"> ・「私のプラン」(P. 3、6～7、27または28)の写し(画像データ可) ※提出は年度内であれば任意の時期に行うことができる。
6 地域お互いさま活動事業の実施団体による支援開始 (※上記プロセスに先行して支援が実施される場合あり)	
7 セルフマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・支援開始以降の支援内容の見直しは利用者自身が実施団体と連絡調整して行う。 ・目標やセルフケアなどの見直しについても利用者自身で行う。 ※「私のプラン」の見直し(追記・修正・作成)は利用者が任意で行う。なお、「私のプラン」を見直さないことにより、実際の支援内容と異なっている場合でも、実施団体は支援を提供することができる。

8 モニタリ ング	<p><u>定期的なモニタリングは不要。</u></p> <p>※必要に応じて、利用者や実施団体にセルフケアや支援の実施状況の確認を行う。 (訪問以外に電話等可)</p>
9 評価	<p>・概ね12カ月以上経過した後に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接し、「私のプラン」の実施状況等を踏まえ、目標の達成状況の評価を行い、評価の結果を利用者と共有しながら、支援を継続する場合は「私のプラン」を再作成する。</p> <p>※「私のプラン」を見直す際は、アセスメントからの一連の業務を実施する。(「興味・関心チェックシート」は変更点を追記・修正する。)</p> <p>※「私のプラン」の見直しにあたっては、実施団体から支援状況や利用者の生活状況等に関する情報提供を受けるように努める。</p> <p>※原則、「私のプラン」の見直しは12カ月以上経過した後に行う。</p> <p>その間は利用者によるセルフマネジメントによって対応し、適宜助言を行うに留める。なお、利用者の状態に悪化等見られるようであれば、適切な支援やサービスに繋ぐことを検討する。</p>

【「私のプラン」を作成した後の福祉用具販売及び住宅改修の利用について】

- ・福祉用具販売や住宅改修のためだけに「私のプラン」の変更をすることや、新たに介護予防サービス・支援計画表（以下、ケアプラン）の作成をすることも不要です。
- ・なお、福祉用具貸与を利用する場合は、ケアプランの作成が必要です。

<p>介護予防支援またはケアマネジメント A・B</p>
<p>地域お互いさま活動事業をサービス・活動事業等と併用する場合 (月1回以上の定期利用が見込まれる場合のみ実施)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成における通常のケアマネジメントプロセスに沿って、他のサービス・活動事業等と同様にケアプランに位置づける。 ・なお、支援開始後の地域お互いさま活動事業に関する内容変更は、<u>例外的に支援内容や支援を変更する理由等を把握した時点において支援経過に記録することで臨時的に対応し、ケアプランへの反映は次回更新時等に行うことができる。</u> ・すでに他のサービス・活動事業等による支援が開始されているケアプランに途中追加する場合も、上記と同様に地域お互いさま活動事業による支援を開始するにあたっては、<u>例外的に支援内容や支援を追加する理由等を把握した時点において支援経過に記録することで臨時的に対応し、ケアプランへの反映は次回更新時等に行うことができる。</u> <p>※一定期間、ケアプランに位置づけられずに地域お互いさま活動事業による支援が提供されるが、例外規定として取り扱う。</p>

【サービス担当者会議（またはカンファレンス）への召集について】

- ・ケアプランを作成する場合において、サービス担当者会議を開催するにあたっては、実施団体についてもサービス担当者会議に原則召集してください。
- ・しかし、実施団体の体制上の理由などにより、サービス担当者会議への出席が難しい場合は、実施団体との協議の上、柔軟な対応（※）を行うことができます。

※例：実施団体は招集せず、電話照会にて意見を求める。

実施団体からの直近の電話・FAX等による情報提供をもって照会に代える。 など

7. 介護予防ケアマネジメント費について

(1) 介護予防ケアマネジメント費（基本単価、加算、減算）

類型	報酬	初回加算	委託連携加算	高齢者虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算
ケアマネジメントA	4,420円/月	3,000円	3,000円	40円	40円
ケアマネジメントB	3,700円/月	3,000円	3,000円	40円	40円
ケアマネジメントC	5,230円/年			50円	50円

※介護職員等処遇改善加算を算定する場合は一律2.1%を上乗せします。

初回加算及び委託連携加算については、現行の介護予防支援における基準に準じて算定できます。ただし、介護予防支援から総合事業に移行する時は、初回加算及び委託連携加算の算定を行うことはできません。総合事業から介護予防支援に移行する時も同様の扱いです。

(2) 介護予防ケアマネジメント費の委託料

ケアマネジメントの委託料については、現行の介護予防支援における基準に準じ、下記のとおりとします。（※ケアマネジメントCは委託できません。）

介護職員等処遇改善加算		ケアマネジメントA			ケアマネジメントB		
		一件当たり	初回加算または委託連携加算あり	初回加算および委託連携加算あり	一件当たり	初回加算または委託連携加算あり	初回加算および委託連携加算あり
加算なし	居宅介護支援事業所（委託先）	3,978円	6,678円	9,378円	3,330円	6,030円	8,730円
	地域包括支援センター	442円	742円	1,042円	370円	670円	970円
加算あり	居宅介護支援事業所（委託先）	4,059円	6,822円	9,576円	3,402円	6,156円	8,910円
	地域包括支援センター	451円	758円	1,064円	378円	684円	990円

※高齢者虐待防止措置未実施減算及び業務継続計画未策定減算についてはそれぞれ36円（居宅介護支援事業所）、4円（地域包括支援センター）を減じます。

(3) ケアマネジメント区分と支給限度額

利用者状態区分ごとに利用できるサービスと、支給限度額は以下のとおりです。

なお、給付管理の対象となるサービスは、指定事業所が実施する従前相当サービス及び緩和型サービスとなり、委託事業所が実施するパワーアップ教室等は、対象となりません。

利用者状態区分	利用サービス	ケアマネジメント区分	支給限度額
事業対象者	サービス・活動事業	介護予防ケアマネジメント	5,032単位
要支援1	予防給付のみ	介護予防支援	5,032単位
	予防給付＋サービス・活動事業		
要支援2	サービス・活動事業のみ	介護予防ケアマネジメント	10,531単位
	予防給付のみ	介護予防支援	
	予防給付＋サービス・活動事業		
	サービス・活動事業のみ	介護予防ケアマネジメント	

(4) 請求方法

利用するサービスにより請求先が異なりますので、ご注意ください。

① サービス・活動事業を利用した場合（以下の②と③の場合を除く）

	サービス・活動事業のみ	介護予防居宅療養管理指導とサービス・活動事業	予防給付とサービス・活動事業を併用
費用の種類	介護予防ケアマネジメント費		介護予防支援費
請求先	大分県国民健康保険団体連合会		
請求方法	磁気媒体での提出		伝送、磁気媒体等での提出

② パワーアップ教室及び地域お互いさま活動事業のみを利用した場合

	パワーアップ教室のみ （または、パワーアップ教室 と地域お互いさま活動事業）	地域お互いさま活動事業のみ
費用の種類	介護予防ケアマネジメント費	
請求先	大分市	
提出書類	①請求書 ②請求明細書 ③実績報告書	①請求書 ②請求明細書 ③「私のプラン」（写し）
請求方法	紙媒体での提出	

③ 住所地特例対象者（他県保険者）の場合

	住所地特例対象者 （他県保険者）
費用の種類	介護予防ケアマネジメント費
請求先	大分市
提出書類	①請求書 ②実績報告書 ③給付管理票 ④介護保険被保険者証の写し （初回請求時及び記載事項変更時に提出）
請求方法	紙媒体での提出

※パワーアップ教室、地域お互いさま活動事業（ケアマネジメントC対象者のみ）の利用については、事前に長寿福祉課（地域支援担当班）へお問い合わせください。

8. その他

(1) 公費の取り扱い

サービス・活動事業における公費の取扱いについては、以下のとおりです。

	A2	A3	A6	A7
	訪問型サービス (独自)	訪問型サービス (独自/定率)	通所型サービス (独自)	通所型サービス (独自/定率)
12 生活保護	○	○	○	○
25 中国残留	○	○	○	○
81 被爆者助成	△ ^{※2} (低所得者のみ)		○	
58 全額免除 ^{※1}	○			

※1 特別対策（障害者対応）

※2 被爆者健康手帳と被爆者訪問介護利用助成受給者証を提示する必要あり

(2) 利用者負担に関する制度

①高額介護予防サービス費に相当する事業等

指定事業所によるサービス・活動事業について、「高額介護予防サービス費相当事業」及び「高額医療合算介護予防サービス費相当事業」を実施します。

※介護給付・予防給付における利用者負担額の軽減制度に相当します。

②保険料を滞納している人への給付制限の措置について

給付制限について、サービス・活動事業では当面実施しません。

※予防給付では従来どおり実施します。

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 ()		
ﾌｶｯﾀ 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・事業対象者・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・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。

令和 年 月 日 氏名

印

基本チェックリスト実施票

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をしてください。)	
1	バスや電車で1人で外出していますか（自分で運転する場合も含みます）	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか（自ら外出し、日用品を購入していれば「はい」、電話等の注文のみで済ませている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか（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」とします。）	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか（電話による交流や家族・親戚の家への訪問は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか（電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。）	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（時々手すり等を使用している程度であれば「はい」、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします。）	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（時々つかまっている程度であれば「はい」とします。）	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい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（自分の健康状態や体力から転びやすいと感じる方は「はい」とします。）	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（6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」とします。）	1. はい	0. いいえ
12	身長（ cm） 体重（ kg） ※体重は1ヶ月以内の値（BMI ）	1. 18.5未満	0. 18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」とします。）	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（週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。）	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るか（本人が物忘れがあると思っても周りの人から指摘されない場合は「いいえ」とします。）	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（誰かに電話番号を尋ねてかけたり、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」とします。）	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（月と日の方しかわからない場合は「はい」とします。）	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で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

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

生活機能評価表

氏名		性別		調査日		年 月 日	
		事前	事後	備考			
A D L	室内歩行						
	屋外歩行						
	外出頻度						
	排泄						
	食事						
	入浴						
	着脱衣						
I A D L	掃除						
	洗濯						
	買物						
	調理						
	整理						
	ごみ出し						
	通院						
	服薬						
	金銭管理						
	電話						
	社会参加						
自立度	自立		一部介助		全介助		
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い	
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2	

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 _____ 様 設定年月日 _____ 年 月 日 設定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 初期・紹介・継続 既定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成事業者・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: _____

1日		1年										
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	具体策についての意向(本人・家族)	目標	自費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र्मルサポート)に関するサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
(通常・通常について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
(日常生活(常態生活)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について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
(健康増進について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

継続状態について
 〇主治医受診、療養結果、継続結果等を踏まえた留意点 _____

【本表に示す支援ができない場合】
 要する支援の実施に向けた方針 _____

運動不足	5	2	3	2	3	2	3	5
予防給付または地域支援事業	5	2	3	2	3	2	3	5

【確認】
 地域包括支援センター

計画に関する留意
 上記計画について、伺いたいします。
 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____

パワーアップ教室支援計画書

計画作成日	令和 年 月 日	受付機関名	
		計画作成者氏名	

利用者名		認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
		認定年月日	令和 年 月 日
生年月日	昭和 年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

総合的課題	<アセスメントによって導き出された課題>

めざす目標	<パワーアップ教室の利用によってめざす達成目標>

利用事業所

事業所 (利用先)		<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

心身の健康状態

基本チェックリスト結果		令和 年 月 日実施					
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		
0 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	0 / 3	0 / 5		

心身の健康状態に関する留意点	
----------------	--

地域包括支援センター(※委託の場合)

意見	
----	--

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。
令和 年 月 日 氏名 _____

興味・関心チェックシート

まず、あなたの興味、関心があることなどを確認してみましょう。

■以下の項目について、該当するものに○をつけてください。

1	読書・生涯学習・歴史	している・してみたい	16	居酒屋に行く	している・してみたい
2	俳句	している・してみたい	17	賃金を伴う仕事	している・してみたい
3	書道・習字	している・してみたい	18	友達とのおしゃべり	している・してみたい
4	絵を描く・絵手紙	している・してみたい	19	将棋・囲碁・麻雀など	している・してみたい
5	パソコン	している・してみたい	20	散歩・体操・運動など	している・してみたい
6	写真	している・してみたい	21	スポーツ観戦	している・してみたい
7	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい	22	競馬・競輪・競艇	している・してみたい
8	お茶・お花	している・してみたい	23	地域活動(町内会など)	している・してみたい
9	歌を歌う・カラオケ	している・してみたい	24	お参り・神社めぐり	している・してみたい
10	音楽を聴く・楽器演奏	している・してみたい	25	旅行・温泉	している・してみたい
11	編み物・針仕事	している・してみたい	26	ボランティア	している・してみたい
12	畑仕事	している・してみたい	27	料理・お菓子作り	している・してみたい
13	家族との団らん・孫の世話	している・してみたい	28	スマホ・SNS	している・してみたい
14	地域の子どもの世話	している・してみたい	29	美容・ファッション	している・してみたい
15	動物の世話	している・してみたい	30	推し活・ファン活動	している・してみたい

今していることで諦めたくないことやこれからしてみたいことをP.27「私のプラン」の目標に反映できるといいですね！



はじめに

フレイル

運動

パワーアップ

栄養(食生活)

栄養(口直し)

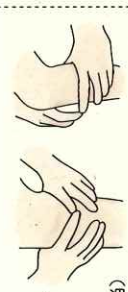
社会参加

認知症

記憶力

フレイルチェック

あなたの現在の状態を簡単にチェックしてみよう。
「フレイルチェック」を実施し、結果を次ページに記入してください。

質問項目	該当したら チェック☑
1 階段をのぼるのに手すりが必要	<input type="checkbox"/>
2 椅子から立ち上がるとき手すりや杖が必要	<input type="checkbox"/>
3 15分くらい続けて歩くことができない（杖使用の有無は問わない）	<input type="checkbox"/>
4 この1年間に転んだことがある	<input type="checkbox"/>
5 転倒に対する不安が大きい	<input type="checkbox"/>
チェック☑が3つ以上でフレイル対策が必要 計 個	
6 6か月間で2~3kg以上、体重が減った	<input type="checkbox"/>
7  【指わっかテスト】 ふくらはぎのもっとも太い部分を 両手の親指と人さし指で囲める (人さし指や親指同士が離れる場合は非該当)	<input type="checkbox"/>
チェック☑が1つ以上でフレイル対策が必要 計 個	
8 半年前に比べて固い物が食べにくくなった	<input type="checkbox"/>
9 お茶や汁物等でむせることがある	<input type="checkbox"/>
10 口の渇きが気になる	<input type="checkbox"/>
チェック☑が2つ以上でフレイル対策が必要 計 個	
11 週に1度も外出しないことがある	<input type="checkbox"/>
チェック☑が1つでフレイル対策が必要 計 個	

◎半年ごとの結果を記録していきましょう

チェック☑の数を記入しましょう。

実施日	運動 No.1~5	栄養 No.6~7	口腔 No.8~10	社会参加 No.11
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1
/	/5	/2	/3	/1

私のプラン 目標と取り組むことを決める

作成日： 年 月 日 (1回目)

ここから、あなたのプランを作っていきます。
 「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」
 「続けていきたい」と思うことを書き出してみよう。

◆私の生活目標

例：野菜を作って、孫と一緒に収穫する。

※P.3の「興味・関心チェックシート」やP.6の「フレイルチェック」を参考に
 目標を立てよう。

上記の目標を達成するために、ご自身で取り組むこと
 (セルフケア)を右上の表に書き出してみよう。
 また、半年後と1年後に自己評価してみよう。

①目標を達成するために取り組むこと	自己評価
例：週に3回、めじろん元氣アップ体操に取り組む。	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない

《記入例》

木	金	土
9:00 めじろん 元氣アップ 体操		10:00 老人クラブ

左の例のようにセルフケアや参加する活動、支援などの内容を、下の表に書き込んでみましょう。

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

ここから、あなたのプランを作っていきます。

「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」
 「続けていきたい」と思うことを書き出してみよう。

◆私の生活目標

例：収穫した野菜で料理を作る。

※前回立てた目標を踏まえて考えてみましょう。

上記の目標を達成するために、ご自身で取り組むこと
 (セルフケア)を右上の表に書き出してみよう。
 また、半年後と1年後に自己評価してみよう。

①目標を達成するために取り組むこと	自己評価
例：筋力や体力をつけるため、運動教室に毎週通う。	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない

《記入例》

木	金	土
9:00 めじろん 元気アップ 体操	10:00 運動教室	10:00 老人クラブ

左の例のようにセルフケアや参加する活動、支援などの内容を、下の表に書き込んでみましょう。

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

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	<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	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了
--------	--------------	--	---

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号																		
地域包括支援センター	介護保険事業所番号				届出種別(該当に○)		新規				変更									
	名称																			
	所在地		(郵便番号 -) 都道府県 市区町村																	
	連絡先		電話番号		(内線)		FAX番号													
		Email																		
委託先	介護保険事業所番号																			
	フリガナ																			
	名称																			
	所在地		(郵便番号 -) 都道府県 市区町村																	
	連絡先		電話番号		(内線)		FAX番号													
		Email																		
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施			7	モニタリング														
	2	介護予防サービス計画原案の作成			8	評価														
	3	サービス担当者会議の開催			9	給付管理														
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意			10	その他														
	5	介護予防サービス計画書の交付																		
	6	サービス提供の連絡調整																		
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日																		

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 委託しようとする事業所が複数ある場合は、指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所		委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の 一部を委託する期間			
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10		
1																	年 月 日 ~ 年 月 日
2																	年 月 日 ~ 年 月 日
3																	年 月 日 ~ 年 月 日
4																	年 月 日 ~ 年 月 日
5																	年 月 日 ~ 年 月 日
6																	年 月 日 ~ 年 月 日
7																	年 月 日 ~ 年 月 日
8																	年 月 日 ~ 年 月 日
9																	年 月 日 ~ 年 月 日
10																	年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施
- 2 : 介護予防サービス計画原案の作成
- 3 : サービス担当委員会議の開催
- 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意
- 5 : 介護予防サービス計画原案の交付

- 6 : サービス提供の連携・調整
- 7 : モニタリング
- 8 : 評価
- 9 : 給付管理
- 10 : その他