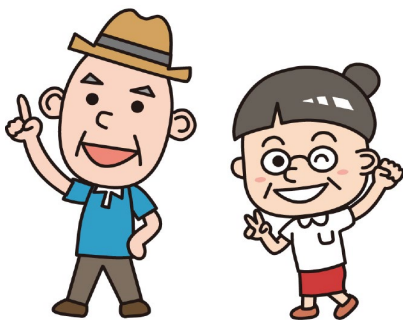


令和 8 年度

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 業務指針

(第12版)



健康福祉局

高齢在宅支援課

令和 8 年 4 月 1 日

目次

I はじめに	P1
1 介護予防・日常生活総合支援事業の目的・考え方	
2 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業	
II 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念	P10
1 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
2 自立に向けた介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのポイント	
3 介護予防サービス・支援計画と専門職の役割	
4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施手順	
III 介護予防支援	P13
1 対象者	
2 実施主体(指定介護予防支援に関する基準)	
3 介護予防支援の内容	
IV 介護予防ケアマネジメント	P15
1 対象者	
2 実施主体	
3 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	
4 実施上の注意事項	
5 委託時の留意点	
V 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方	P20
1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの具体的な進め方	
2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける連携	
3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの記録について (介護予防支援及び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) (様式集)	
VI 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務の流れ	P65
1 業務の流れ	
2 対象者	
3 住所地特例	
4 事業主体	
5 居宅介護支援事業所への委託	
6 利用者への重要事項説明と契約書等の締結	
7 居宅・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・廃止)届出書	

- 8 包括的な委託を行った場合の事務手続きの流れについて
- 9 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の請求
- 10 その他

Ⅶ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務に関する資料

P84

- 1 報酬単価
- 2 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)に関する報酬
- 3 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)に関する報酬
- 4 様式、資料等の横浜市ウェブサイト掲載について
- 5 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメント A)の業務委託の流れ
- 6 包括的な委託を行った場合の事務フロー図、書式
- 7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント Q&A

I はじめに

1 介護予防・日常生活総合支援事業の目的・考え方

介護予防・日常生活総合支援事業の目的・考え方について厚生労働省は以下の通り示しています。
(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)

- 団塊の世代が 75 歳以上となる令和7(2025)年以降、少子高齢化を背景として生産年齢人口(現役世代)は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、介護ニーズの高い 85 歳以上人口は令和 17(2035)年頃まで一貫して増加し、介護保険法(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(以下「総合事業」という。)や介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加する。加えて、単身高齢者や高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって、介護だけでなく、医療や予防、生活支援、住まいが包括的に確保される地域包括システムの一層の推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが重要である。
- 総合事業は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らすすべての高齢者が、自立した生活を送ること、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を行うことを目的としている。
- 居宅要支援被保険者(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。以下に同じ。)については、掃除や買物などの生活行為(IADL)の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為(ADL)は自立している者が多い。このような要支援者等の状態をふまえると、支援する側とされる側という画一的な関係性でなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援をしていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。
- そのため、居宅要支援被保険者の多様な生活支援ニーズについて、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成 26 年法律第 83 号)第 5 条による改正前の方(以下「平成 26 年改正前法」という。)において全国一律の保険給付として提供されていた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護(以下「旧介護予防訪問事業等」という。)を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、旧介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービス・活動を総合的に提供可能な仕組みに見直された。
- また、総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。60 歳代、70 歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢

者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。

このため、総合事業の実施主体である市町村は、総合事業として実施するサービス・活動事業（法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業をいう。）及び一般介護予防事業（法第115条の45第1号第2号に規定する事業をいう。）並びに地域住民を含めた多様な主体による高齢者の自立した生活や介護予防に資する総合事業に該当しない多様な事業（以下「生活支援・介護予防サービス」という。）提供体制を構築し、地域の支えあいの体制づくりを推進していくことを目的とする事業（法第115条の45第2項第5号）（以下「生活支援体制整備事業」という。）を活用しながら、地域において、NPOやボランティア、地縁組織等の活動を支援し、これを総合事業と一体的かつ総合的に企画し、実施することが望ましい。

2 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業の目的

介護予防・日常生活支援総合事業は、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・活動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目的としています。

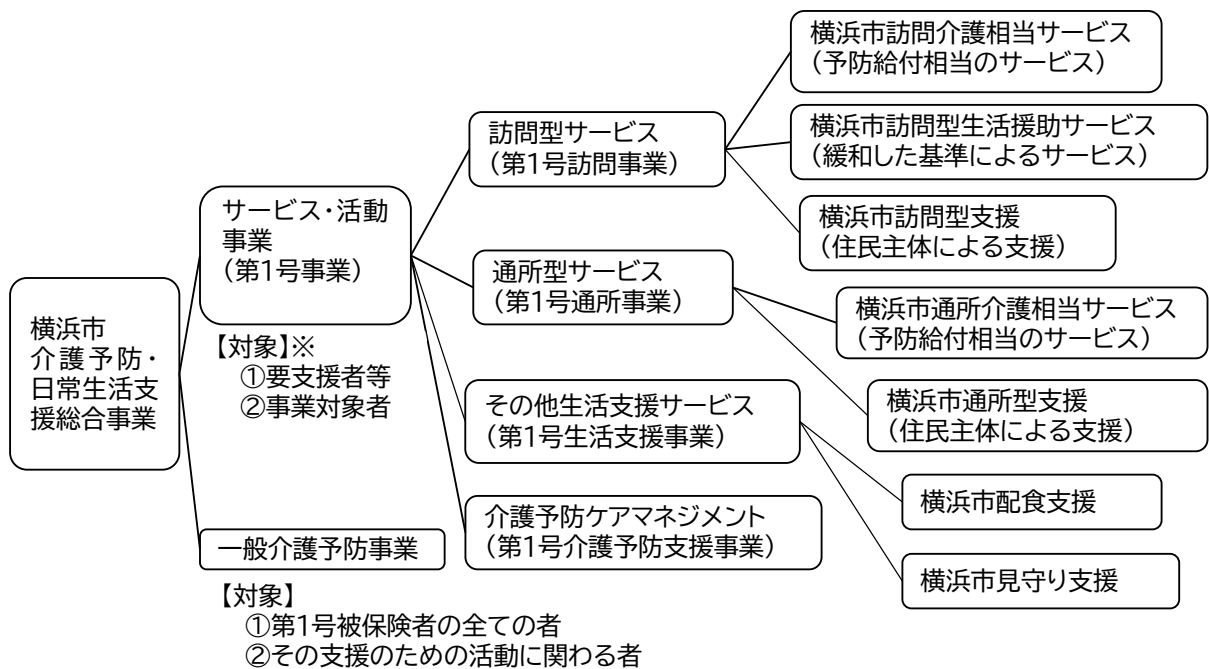
(2) 基本的な考え方

横浜市では、次の基本的な考え方のもと、総合事業を実施していきます。

- 高齢者が要支援・要介護状態になることをできるだけ予防するとともに、高齢者自身の力を活かした自立に向けた支援を行う
- 高齢者が住み慣れた地域の中で、人とつながり、生き生きと暮らしていくことができる、多様で柔軟な生活支援が受けられる地域づくりを行う

(3) 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業の構成

総合事業は、要支援者等に対して必要な支援を行う「サービス・活動事業」(介護保険法第 115 条の 45 第1項第1号に規定する事業)と、「一般介護予防事業」(同項第2号に規定する事業)から構成されます。



※サービス・活動事業(第1号事業)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方
- ② 基本チェックリストにより事業対象者と判断された方
(なお、サービス・活動事業の一部は、要支援者・事業対象者のときから継続して利用する要介護者も利用することができます)

*事業対象者とは・・・

基本チェックリストの基準に該当し、区役所または地域包括支援センターにおいて手続きを経た方が事業対象者になります。

要支援の更新時にチェックリストを活用する場合の注意点！

参考【基本チェックリスト実施業務マニュアル】

- 対象者が 65 歳以上(第1号被保険者)
- 必要なサービスが「サービス・活動事業のみ」か
- 必要な「サービス・活動事業のサービス」が 5,032 単位以内か
- 当面の間、予防給付のサービスを利用する見込みがないか
- 介護保険制度以外の行政・民間サービス等で、要支援認定を受けていないと利用できないサービスがないか
- 基本チェックリストによる手続きを希望しているか、意向を確認する

(4) サービス・活動の内容

厚生労働省が示す 「総合事業の構成」における類型		横浜市での考え方	横浜市での 実施
訪問型サービス	①従前相当サービス (旧介護予防訪問介護に相当するサービス)	【横浜市訪問介護相当サービス】 専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防訪問介護に相当するサービス(訪問介護員等によるサービス)を実施します。	平成 28 年 1月開始
	②訪問型サービス・活動 A (多様な主体によるサービス・活動)	【横浜市訪問型生活援助サービス】 介護予防訪問介護よりも人員当の基準を緩和し、必ずしも専門的なサービスが必要でない方に生活援助を実施します。	平成 28 年 1月開始
	③訪問型サービス・活動 B (住民主体によるサービス・活動)	【横浜市訪問型支援】 一定の基準を満たす団体に補助金を交付し、住民主体のボランティア等が、要支援者等の利用者宅に定期的に訪問して生活援助等の支援を提供します。	平成 29 年 10月開始
通所型サービス	①従前相当サービス (旧介護予防通所介護に相当するサービス)	【横浜市通所介護相当サービス】 専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防通所介護に相当するサービス(通所介護事業所の従事者によるサービス)を実施します。	平成 28 年 1月開始
	②通所型サービス・活動 B (住民主体によるサービス・活動)	【横浜市通所型支援】 一定の基準を満たす団体に補助金を交付し、住民主体のボランティア等が、要支援者等を中心とした利用者に対して、定期的に高齢者向けの介護予防に資するプログラムの支援を提供します。	平成 29 年 10月開始
その他生活支援サービス	①栄養改善を目的とした配食	【横浜市配食支援】	平成 29 年 10月開始
	②住民ボランティアが行う見守り	一定の基準を満たす団体に補助金を交付し、住民主体のボランティア等が、要支援者等の利用者宅に定期的に訪問し、栄養改善を目的として配食や一人暮らし高齢者等に対して見守りとともに行う配食を提供します。	
	③訪問型サービス、通所型サービスに準ずる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)	【横浜市見守り支援】 一定の基準を満たす団体に補助金を交付し、住民主体のボランティア等が、要支援者等の利用者宅に定期的に訪問し、見守りのサービスを提供します。	
一般介護予防事業		事業の目的・実施状況など	
元気づくりステーション		高齢者が、地域ケアプラザや自治会町内会館、公園等の身近な地域の様々な場所で、仲間と一緒に健康づくり・介護予防に取り組むグループ活動です。市内で300以上のグループが活動しており、グループごとに、体操、ウォーキング、認知症予防など、様々な活動を行っています。	

<参考> 対象者となるケースとサービス提供の考え方

各サービスの対象者となるケースとサービス提供の考え方について、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」を踏まえ次のとおりとします。

ア 訪問型サービス

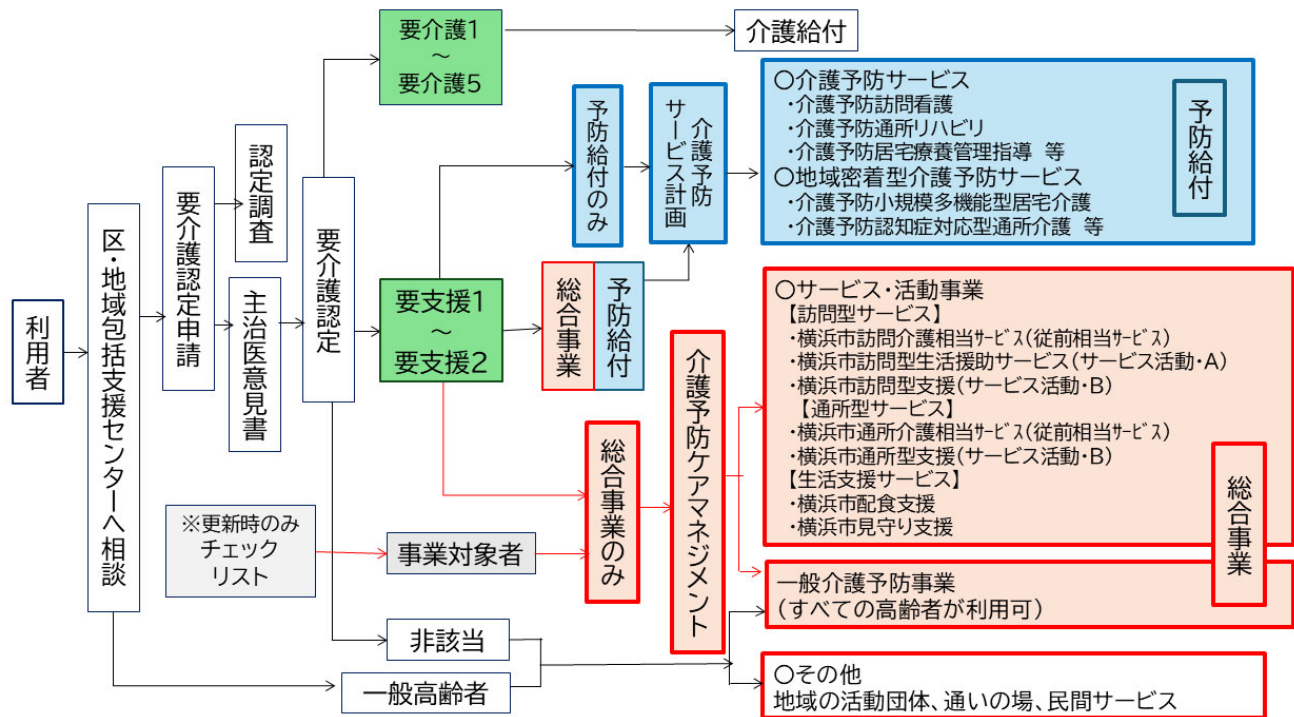
	横浜市訪問介護相当サービス (従前相当サービス)	横浜市訪問型生活援助 サービス(サービス・活動 A)	横浜市訪問型支援 (サービス・活動 B)
サービスの概要	専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防訪問介護に相当するサービス(訪問介護員等によるサービス)を実施します。	介護予防訪問介護よりも人員当の基準を緩和し、必ずしも専門的なサービスが必要でない方に生活援助を実施します。	・住民主体のボランティアが提供する生活援助等の支援です。 ・地域の情報を提供する等、社会参加を促します。 ・全区には設置されていません。 ※従前相当サービスの範囲内で実施しますが、住民主体の団体が、生活援助以外の活動を実施している場合があります。
対象となるケース	<p>1 すでにサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース</p> <p>2 ケアマネジメントで、以下のような訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められるケース</p> <p>(例)</p> <p>①認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者</p> <p>②退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的なサービスが特に必要な者</p> <p>③ごみ屋敷となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者</p> <p>④心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により、日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある者</p> <p>⑤ストーマケア、インシュリン等、本人が行う医療的な処置等に対して見守りが必要な者</p> <p>⑥不適切な介護状態にある者</p> <p>⑦医師に指示された食事形態に配慮した調理等が必要な者</p> <p>※状態等を踏まえながら、一定期間のモニタリングに基づき、可能な限り多様なサービスを促進していくことが重要。</p>	<p>左記に該当しないケースで、指定事業者による生活援助が必要とケアマネジメントで認められるケース</p> <p>※状態等を踏まえながら、一定期間のモニタリングに基づき、可能な限り多様なサービスを促進していくことが重要。</p>	<p>1 原則、従前相当サービスの2に該当しないケースで、訪問型支援が必要と認められるケース</p> <p>2 地域住民や地域とのつながりが必要なケースまたは希望するケース</p> <p>(例)</p> <p>①一人暮らしで近所との交流が少なく、ボランティア等のゆるやかな見守りが必要なケース</p> <p>②転入したばかりで、近所との交流が少ない人</p> <p>③外出の機会や地域との交流を希望している人</p> <p>など</p> <p>※他のサービスと併用する必要がある場合には、住民主体の支援であることを考慮し、実施団体と相談してください。</p>

その他生活支援サービス補助事業(配食支援・見守り支援)	
サービスの概要	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体のボランティアが配食、見守りのサービスを提供する支援です。 ・要支援者等の利用者宅に定期的に訪問し、支援します。 ・地域の情報を提供する等、社会参加を促します。 ※全区には設置されていません。
対象となるケース	1 配食支援・見守り支援が必要とケアマネジメントで認められたケース 2 地域住民や地域とのつながりが必要なケースまたは希望するケース (例) ①一人暮らしで近所との交流が少なく、ボランティア等のゆるやかな見守りが必要なケース ②転入したばかりで、近所との交流が少ない人 ③外出の機会や地域との交流を希望している人 など
シルバー人材センター、民間企業、その他多様なサービス	
・利用者の状況によってサービスの案内、選択を支援	

イ 通所型サービス

	横浜市通所介護相当サービス	横浜市通所型支援 (サービス・活動 B)	一般介護予防事業 (元気づくりステーション等)
サービスの概要	専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防通所介護に相当するサービス(通所介護事業所の従事者によるサービス)を実施します。	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体のボランティアが提供するサービスです。 ・週 1 回以上かつ2～3時間のサービスです。※制度によって基準回数が異なります。 ・住民相互の交流を活かしたプログラムで、体操・運動等の活動、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり、定期的な交流、サロンなど実施団体ごとに異なります。 ・基本的に送迎はありません ・全区には設置されていません 	住民主体の自主活動グループです。 ・介護予防に資するプログラムを実施しています。 体操、ウォーキング、認知症予防など
対象となるケース	1 すでにサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース 2 「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケース(以下、ケースの例) ①うつ状態及び運動機能低下等の理由による閉じこもり状態の者 ②自宅での入浴が困難な者 ③不適切な介護状態にある者 3 通院により専門職の指導を受けながら集中的に生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、一定期間のモニタリングに基づき、可能な限り多様なサービスを促進していくことが重要。	1 左記2、3に該当しないケースで、通所介護支援が介護支援ケアマネジメントで認められるケース 2 地域住民や地域とのつながりが必要なケースまたは希望するケース(以下、ケースの例) ①一人暮らしで近所との交流が少なく、ボランティア等のゆるやかな見守りが必要なケース ②転入したばかりで、近所との交流が少ない人 ③外出の機会や地域との交流を希望している人 など	

(5) 予防給付と総合事業の利用フロー



■ 「要支援者」の場合

予防給付のみ必要な場合 ⇒ 介護予防サービス計画(介護予防支援)

予防給付と総合事業が必要な場合 ⇒ 介護予防サービス計画(介護予防支援)

※介護予防居宅療養管理指導を除く

総合事業のみ必要な場合 ⇒ 介護予防ケアマネジメント

■ 基本チェックリストにより【事業対象者】になった場合※

事業対象者 ⇒ 介護予防ケアマネジメント

※更新申請で、当面の間、予防給付を利用する見込みがなく、サービス量が 5,032 単位内で、
本人が基本チェックリストによる手続きを希望した場合に実施

(6)介護予防支援・介護予防ケアマネジメント類型別の利用できるサービス

	予防給付	総合事業			その他のサービス	対象者	委託
		サービス・活動事業		一般介護予防事業			
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所リハビリ ・介護予防短期入所介護 ・介護予防訪問看護 ・介護予防福祉用具貸与 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・横浜市訪問型生活援助サービス (サービス・活動A) ・横浜市通所介護相当サービス※1 ・横浜市訪問介護相当サービス 	補助事業 (サービス・活動B等) <ul style="list-style-type: none"> ・横浜市通所型支援 ・横浜市訪問型支援 ・横浜市配食支援 ・横浜市見守り支援 	元気づくりステーション等	地域活動、インフォーマルサービス (民間企業等の多様な主体により提供される生活支援サービス) 中途障害者活動支援センターなど		
介護予防支援	利用必須	併用可	併用可	併用可	併用可	要支援者	可
介護予防ケアマネジメント	A	×	利用必須	併用可	併用可	要支援者	可
	C	×	×	いずれか利用必須	併用可	事業対象者	一部可※2
不要	ケアマネジメント	×	×	×	×	利用	要支援者
						事業対象者	不可

※1 介護予防給付の通所リハビリと総合事業の通所サービス(従前相当サービス)は併用できません

※2 初回の介護予防ケアマネジメントは委託不可

Ⅱ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

1 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、高齢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、目標設定し、その達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援をします。

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なく、地域の中で生きがいや役割をも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することが重要です。

このことから、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て、目標の達成に取り組んでいけるようにしていくことが必要です。そのために、サービス・活動事業、一般介護予防事業、生活支援体制整備事業等とも連携し、介護保険サービス以外の様々な活動・サービス(地域資源等)を含めた利用について、検討していくこととなります。

参考

【条文】介護保険法第4条第1項【国民の努力及び義務】

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢にともな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事により、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

「自立を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進」

【よこはまポジティブエイジング計画(第9期 横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画)から抜粋】

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターを中心に「高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐ(遅らせる)」「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」ことを目的に、高齢者自身が主体的に、地域で自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

高齢者自身が地域の中で、役割や生きがいをもって生活することが介護予防につながることから、高齢者自身の状況変化に応じて、介護保険サービスを提供するだけでなく、地域資源も含めた多様な支援サービスを組み合わせ「心身機能・身体構造」「活動」「参加」にバランスよくアプローチします。

2 自立に向けた介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのポイント

要支援者は、ADL は自立しているが IADL の一部が行いにくくなっている人が多くなっています。このような支障のある日常生活の多くは、生活の仕方や道具の工夫をすることで、自立することが期待されます。例えば、掃除であれば掃除機からほうきやモップに変える、買物であればカゴ付き歩行器を活用する等、環境調整やその動作を練習することで改善することがあります。

生活行為のできないことを単に補う形でサービスを提供することは、自立支援の妨げになるだけでなく、サービスへの依存を生み出しています。「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、現にできないことは適切にサポートし、利用者の行動変容につながる自己効力感を認識できるような配慮が必要であり、目標の実現に向けた段階的な関わり方も大切です。

3 介護予防サービス・支援計画と専門職の役割

(地域包括支援センター運営マニュアル令和4年4月改定版より抜粋)

○ 高齢者の主体を引き出す工夫

介護予防には、利用者の主体的な取組が不可欠であり、それがなければ、介護予防の十分な効果も期待できません。このため、専門職は利用者の意欲が高まるよう、「なぜ」「今」「その取組が必要なのか」を明確に、高齢者が理解しやすい言葉や視覚で伝えられる媒体を用いて介護予防事業を紹介する等、工夫を行うことが必要です。そのためには、コミュニケーションのとり方をはじめ、地域の実情に応じた工夫を行い、適切な働きかけを行うことが求められます。

○ 改善・維持・悪化の可能性を見極める視点と洞察力

高齢者が単に「できない」と言葉にすることについても、できる能力はあるがする意欲を持っていない結果「できない」のか、行為としてただ「していない」だけなのか、今は痛みがあって「できない」のか、事実を確認していくことが大切です。単に要望に沿ったサービス提供は廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスの依存も生み出していく場合があります。「高齢者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、「できない」部分をサポートしながら、「できるようになる」ために必要なことを考え、高齢者の行動変容に繋がる動機づけへの支援を常に考えることが必要です。そのためには、現病歴や既往歴の理解、健康管理の方法、家庭・地域内の環境、利用者の生活状況や生活史、趣味や関心ごと、性格、価値観、経済面とさまざまな情報をキャッチし、整理しながらアセスメントを行っていく技量が求められます。

○ 固定観念にとらわれない発想

虚弱な高齢者に対して単に支えられる側として支援を受けるのみでなく、支える側に回れるよう支援することや、元気なうちから介護予防事業の担い手に誘うことにより、生きがいや役割を見出すよう支援することが大切です。加齢に伴う心身機能の低下を「もう年だから」と安易に諦めるのではなく、幅広い年齢層や状態像の高齢者が社会参加できるよう固定観念にとらわれない発想で多くの方の社会参加を促進できる方法を考えていくことが求められています。

4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施手順

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援認定者等であること、または、事業対象者として、市町村に登録されていることが必要です。

【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおけるプロセス等】

ケアマネジメントのプロセス	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	
		ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
①アセスメント	○	○	○
②ケアプラン原案作成	○	○	-
③サービス担当者会議	○	○	-
④利用者への説明・同意	○	○	いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式)を本人が作成 ※利用者本人が作成することを支援する
⑤ケアプランの確定・交付	○	○	
⑥サービス利用開始	○	○	○
⑦モニタリング・評価	○	○	(必須ではない)
⑧報酬算定	(給付管理票提出時)	(給付管理票提出時)	(計画作成を支援した月(年1回、初回のみ)、目標指向型のケアマネジメントに係る支援を行った月)

Ⅲ 介護予防支援

1 対象者

予防給付は本人が市町村に要介護認定の申請の結果、要支援1および要支援2と判定された方が対象です。

※ 要支援認定者のうち、下記のサービスを利用する場合があります。

①介護予防給付のサービスのみを利用

②介護予防給付と総合事業における「サービス・活動事業」(訪問型、通所型サービスなど)等を組み合わせて利用

2 実施主体(指定介護予防支援に関する基準)

業務の範囲

介護予防支援の提供は、地域包括支援センターおよび介護予防支援の指定を受けた指定居宅介護支援事業者が行います。指定居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターとも連携しながら実施をします。

(1)地域包括支援センター

担当可能件数は、職員一人当たり 240 件/年です。

地域包括支援センターは、業務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ます。
ただし、業務の一部を委託する場合も、最終的な責任は地域包括支援センターが担うことになります。

そのため、地域包括支援センターは、委託事業者が作成した介護予防サービス・支援計画について、アセスメントや目標が適切であるか、自立支援に向け、「身体機能・活動・参加」の視点を踏まえたサービス内容と妥当な回数であるかなどを点検し、業務が適切に行われているかを確認する必要があります。なお、委託業務の範囲や内容は、地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業者との契約の内容に基づきます。

<委託の要件>

委託先の指定居宅介護支援事業者は、中立性・公正性が担保され、介護予防支援業務を円滑に移行できる能力のある事業者であることが要件になります。

(2)指定居宅介護支援事業者

介護支援専門員1人あたりの取扱件数 45 件未満/月(ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ事務職員を配置している場合 50 件未満/月)で、介護予防支援の利用者数は「3分の1」を乗じて件数に加算します。

介護予防支援の適切・有効な実施のため必要があるときは、地域包括支援センターに助言を求めることができます。

また、地域ケアプラザの生活支援コーディネーターに相談するなど、地域活動やインフォーマルサービスの活用も併せて検討し、本人の自立につながるよう必要な支援を行います。

3 介護予防支援の内容

(1) 介護予防支援の手順

要支援1、2の認定者で、サービス利用が下記の場合
・介護予防給付サービスを単独で利用する場合 ・介護予防給付サービスと総合事業サービスを組み合わせて利用する場合
介護予防給付における介護予防サービス・支援計画作成と支援内容
・アセスメント ・介護予防サービス・支援計画原案作成 ・サービス担当者会議 ・利用者への説明・同意 ・介護予防サービス・支援計画の確定。利用者・サービス提供者に交付 ～サービス利用開始～ ・モニタリング ・給付管理[毎月] ・評価[最長 12 か月]

(2) 予防給付サービス導入の視点

予防給付は、要支援 1 及び要支援 2 を対象に行われ、その要支援状態の悪化の防止、更にはサービスの卒業も視野に入れ、「介護予防サービス」を利用します。

オンラインでのモニタリングも可能

居宅サービス事業者等との連携を推進することでケアマネジメントの質の向上を図るために、介護予防支援の場合は 3 月に 1 回の訪問によるモニタリングを原則としつつ、テレビ電話措置その他の情報通信機器(オンライン機器)を活用したモニタリングが可能です。

■オンラインモニタリングの実施要件

(1) 利用者の同意を得ること

(2) サービス担当者会議などで主治医、サービス事業者らから以下の合意が得られていること

- 主治医の所見も踏まえ、頻繁なケアプランの変更が想定されないなど、利用者の状態が安定していること
- 家族らのサポートがある場合も含め、利用者がテレビ電話などを介して意思表示できること
- テレビ電話などを活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により収集すること(*)

* 情報連携シートなど一定の様式を用いた仕組みを想定

(3) 介護予防支援は少なくとも 6 カ月に 1 回は利用者の居宅を訪問すること

【第230回社会保障審議会介護給付費分科会資料(令和5年 11 月6日)参考】

IV 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者等及び事業対象者(基本チェックリスト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、通所型サービス、その他の生活支援サービス並びに一般介護予防事業や市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援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す。

1 対象者

- 要支援認定者等
 - 基本チェックリストにより事業対象者※と判断された方
- ※要支援者が認定有効期間を満了後に、更新の認定申請を行わない場合に実施します。

2 実施主体

介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて実施します。介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターに配置されている 3 職種のほか、介護予防支援専門員以外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必要があります。また、高齢者本人の意向やニーズを踏まえ、地域活動や民間企業など多様な主体によるサービスを含めた支援も提供できるよう、生活支援コーディネーターとも協力して実施します。

なお、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えたうえで、地域包括支援センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事務所の介護予防支援専門員によって実施することも可能です(ケアマネジメントCは委託不可)。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けていません。

3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

(1) 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類型は以下の3つがあり、横浜市ではケアマネジメント A とケアマネジメント C の2つの類型で実施します。

- ① ケアマネジメントA(原則的なもの)
- ② ケアマネジメントB(簡略化したもの)
- ③ ケアマネジメントC(初回のみのも)

(2) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

【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)】

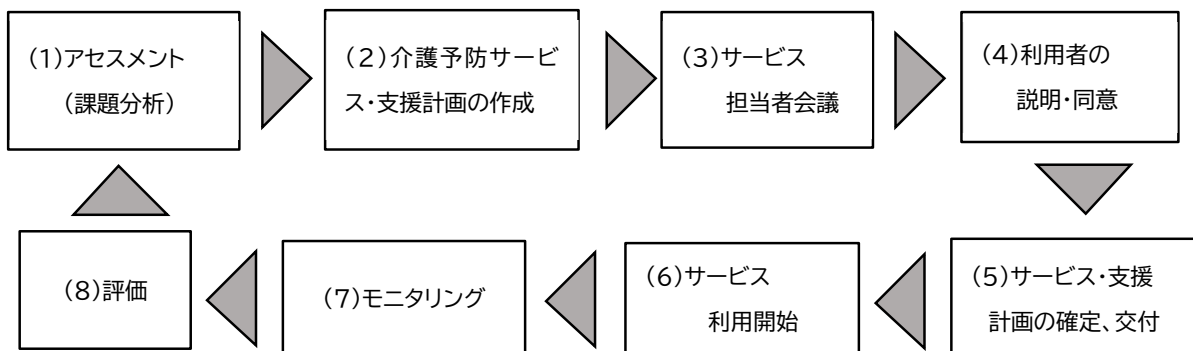
地域包括支援センターが、予防給付に対する介護予防支援と同様に、アセスメント結果に基づき、サービス・支援計画原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。主に従前相当サービスやサービス・活動 A を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合で、介護予防支援

に相当するものの場合に実施します。

本人への訪問によるモニタリングについては、少なくとも 3 か月に 1 回行い、本人の状況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きます。

※詳細な支援の流れは第 5 章に記載しています。

<ケアマネジメント A のプロセス>

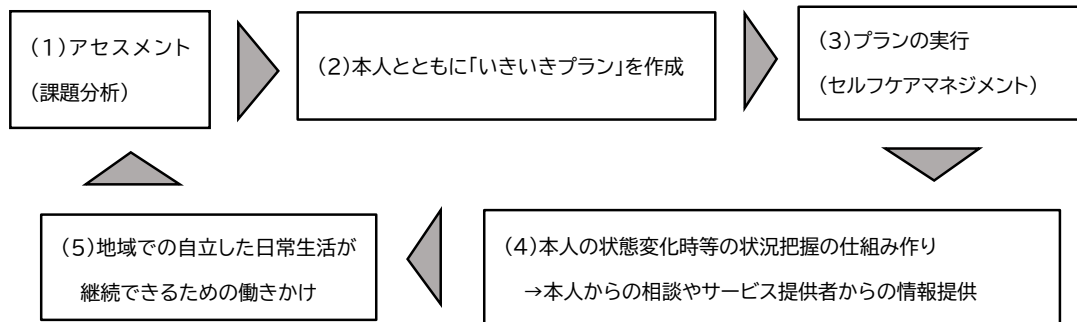


【ケアマネジメントC(初回のみ介護予防ケアマネジメント)】

アセスメントの結果、本人自身の状況、目標などを確認し、サービス・活動 B やその他生活支援サービス及び一般介護予防事業を利用する場合に実施します(地域活動や民間サービスの併用は可能)。なお、ケアマネジメント C は地域包括支援センターが実施します。(委託不可)

ケアマネジメント C はセルフマネジメントを基本とした、初回のみケアマネジメントのため、サービス担当者会議やモニタリングを必須としません。(初回作成から 12 か月が経過し、計画の見直しを行うことで、介護予防ケアマネジメント費を請求できます)

<ケアマネジメントCのプロセス>



地域包括支援センター職員の支援方法

- ① 本人が目標とする生活(姿)が達成できるよう、自身が行う健康づくり・介護予防に関する取組や様々な主体が行うサービス等を選択・決定できるように支援します。目標や取組内容は「いきいきプラン(ケアマネジメント C 専用様式)」に記載します。その際、専門家として本人の疾病や生活環境等を勘案し、予後を見通した上で達成可能な目標設定ができる

ように支援します。あわせて、本人や家族が利用する介護予防活動やサービスを選択しやすいように、本人の生活圈域(区域や隣接する地域包括支援センター圏域)に合わせた、情報を集め提示します。

- ② ケアマネジメントCはモニタリングがなく、本人、家族がいつでも相談しやすいよう、信頼関係の構築や、サービス提供事業所やボランティアなどの関係者と連携できる体制作りが大切です。また、本人の状況を確認し、必要に応じて自立した日常生活が継続できるための働きかけを行います。

【地域での自立した日常生活が継続できるための働きかけの例】

○社会参加促進の働きかけ

- ・本人に自宅や通いの場等で会い、健康状態や活動状況を確認し、活動の継続や意欲を維持するために声掛けする。
- ・参加する活動の場に訪問し、活動団体の支援者への聞き取りにて、利用者の活動への参加状況や生活状況を確認し、参加意欲を維持するための助言を行う。

○孤立を予防し、社会参加を促す働きかけ(アウトリーチ)

- ・活動を休みがちになった場合に本人宅に訪問し、活動再開の働きかけを行う。
- ・参加する活動を探す際に、本人とともに活動やサービスの見学に同行する。

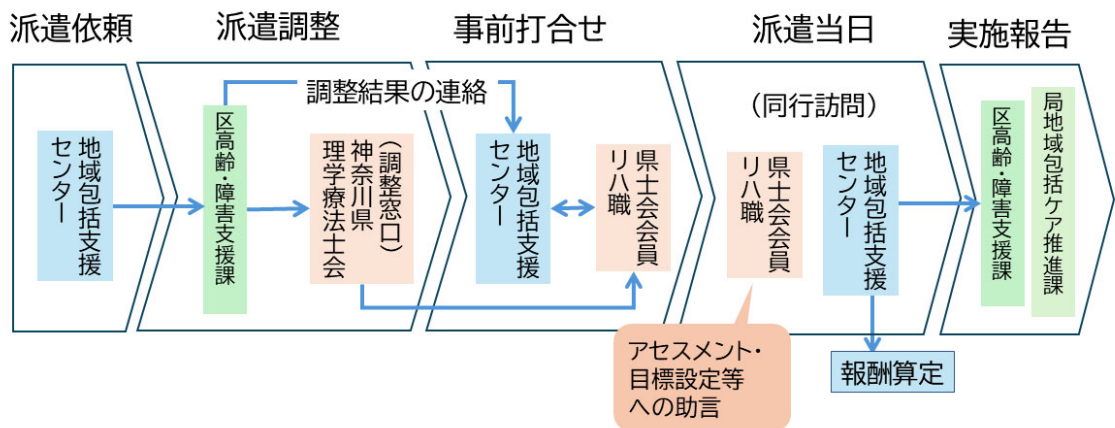
○リハビリテーション専門職との連携

- ・地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハビリテーション専門職と地域包括支援センター職員と一緒に本人宅に訪問する。生活状況や活動状況等の把握を行い、リハビリテーション専門職の助言を受けて目標設定、取組内容を本人とともに、設定や見直しを行う。

<訪問時のリハビリテーション専門職の派遣について>

地域包括支援センター職員に対して、対象者のアセスメントや目標設定についてリハビリテーション専門職が同行し、スーパーバイスを行います。

派遣の流れ



地域リハビリテーション活動支援事業を活用して派遣するため、派遣を希望する場合には、派遣希望の前月上旬を目安に、地区を担当する区高齢・障害支援課の保健師に相談してください。(例:9月20日に派遣希望の場合→8月上旬に区保健師に依頼)

※ケアマネジメント C における、以上に示した3つの働きかけは「目標指向型のケアマネジメント」として報酬算定の対象になります。(詳細は、Ⅶ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務に関する資料 P89「3 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)に関する報酬」をご覧ください)

【自立の視点に立った目標・取組】～リハビリテーション専門職に期待できること～

本人が目標とする生活(姿)の達成にむけて、自身が行う健康づくり・介護予防に関する取組や様々な主体が行うサービス等の選択・決定を支援するため、リハビリテーション専門職の派遣を活用します。職種ごと、次のような視点での助言が期待できます。

理学療法士(PT)

- ①身体機能、活動状況の評価
- ②リスク管理の方法の助言…(例)転倒予防、身体の動かし方
- ③改善方法の検討…(例)体操、活動の提案

作業療法士(OT)

- ①生活上での課題・困り事についてのアプローチ・助言
…(例)固い食材を包丁で切りづらくなった。ペットボトルの蓋を開けづらくなった。
▶自助具・福祉用具を紹介、やりやすい方法の紹介、改善に向けた運動の助言
- ②趣味活動・地域活動の再開・きっかけづくりへのアプローチ・助言
…(例)バスに乗ってスーパーまで買い物に行きたい。
以前通っていた体操教室を再開したい。
▶身体機能や認知機能の低下により目標としている趣味活動を再開できない場合にはその趣味活動の持つ意味を評価し、それに代わる趣味活動を共に検討
- ③運動習慣の定着に向けた、教育的な意味合いでのアプローチ・助言
▶「運動」「栄養」「社会参加」の重要性も本人に伝え、その方にあった取組を提案
*PTとの相違点:具体的な動作も踏まえた助言であり、身体機能の向上を目的としません。
OTの役割・強みは、精神面も評価しアプローチできることです。

言語聴覚士(ST)

- ①コミュニケーション方法(言語、聴覚、認知機能)の工夫
- ②コミュニケーションに関する課題がある場合の評価
…(例)・対象者とのコミュニケーションを通しての評価
・家族からの聞きとりから評価
- ③「食」や栄養面の評価、助言

4 実施上の注意事項

- (1) 予防給付において介護予防・サービス計画書を自己作成している利用者が、総合事業のみを利用する場合には、介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう、地域包括支援センター等に相談しながら介護予防ケアマネジメントを行います。
- (2) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターはその方針に基づいて適切に実施することとなりますが、それに加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域住民による主体的な活動を行う団体等も含めて、関わる全ての人々が総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

特にケアマネジメント C では、利用者の状態の変化などがあった際に、本人や家族、サービス提供者等から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておくことも大切です。

5 委託時の留意点

(1) 委託可能な対象者について

- 要支援認定者がケアマネジメントAを利用する場合や要支援者が認定有効期間満了後に更新の認定申請を行わず、基本チェックリストにより事業対象者となった場合は、居宅介護支援事業所に委託できます。(詳細は、VI 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務の流れ P69「5 居宅介護支援事業所への委託」を参照ください)
- 初めて介護保険サービスを利用する方が、事業対象者となった場合、初回の介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターで行い、1クール(3～6か月)終了後のサービス・支援計画の継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所に委託できます。その後必要に応じて、地域包括支援センターが関与します。

(2) 地域包括支援センターの関与について

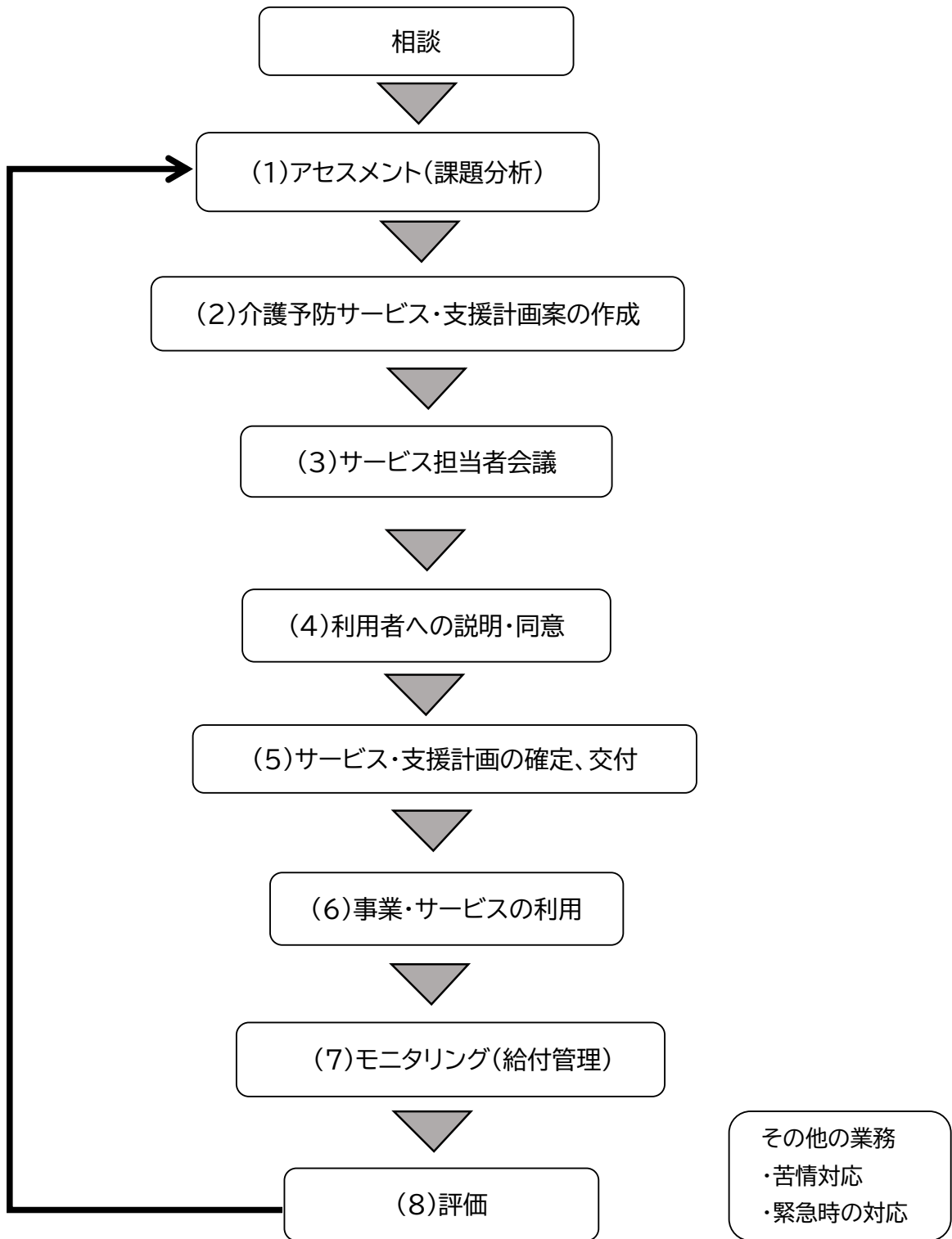
- 指定居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、サービス担当者会議、モニタリング・評価結果なども活用し、関与します。
- 地域包括支援センターは、アセスメント結果、目標設定、サービスの選択について『自立支援』、『地域での役割』等を考慮した内容となっているか確認します。また、サービス担当者会議等を利用し、本人の状況を確認します。
- 地域包括支援センターは、研修や連絡会、および地域ケア会議等の活用のほか、生活支援コーディネーターとも連携します。その上で、居宅介護支援事業所が様々な主体が提供する地域活動・サービス等インフォーマルサービスも有効に取り入れ、利用者の「身体機能・活動・参加」の視点を踏まえて働きかけ、自立に資するケアマネジメントを実践できるよう支援します。

(3) ケアマネジメント C について

ケアマネジメントCは、地域資源の実情を十分に把握して利用者に情報提供し、支援することが必要なことから、地域包括支援センターが実施します(委託は不可)。

V 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントフロー図



1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの具体的な進め方

(1) アセスメント(課題分析)

【目的】

・本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)の差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から、差が生じている要因や背景を分析し、本人が望む生活の妨げとなっている、生活機能の低下を予防するために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにします。

・状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要です。そのことで、要支援者等の自己効力感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すこともできます。

・「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のか」等について、その領域全般について聞き取ります。アセスメントは、主治医意見書、暮らしのアンケート、興味・関心チェックシートの回答状況も加味して行います。

【方法】

- ・利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接により聞きとり等を通じて行います。
- ・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に働きかけ等を行います。
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために「暮らしのアンケート」(様式6)を使用することもできます(暮らしのアンケートは介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)のアセスメント領域に対応しています)。暮らしのアンケートは本人に記入してもらうことも可能です。アンケートの内容から本人の健康状態や生活状況、課題等について、本人や家族からさらに詳しく聞きとりを行い、その結果を基にアセスメントを行います。課題だけでなく、本人が出来ていることも併せて評価します。
- ・利用者本人に合った目標設定に向けて『興味・関心チェックシート』(様式7)などを活用しながら、本人の趣味活動、社会活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から「～したい」、「～できるようになる」という目標に変換していく作業が必要です。あわせて、事業対象者は要介護認定審査会を経ていないため、アセスメントを実施する際は、基本チェックリスト等を参考に、日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作(IADL)、運動、栄養、口腔機能などの確認にあわせ、既往歴や現病歴、治療の内容を丁寧に聞き取る必要があります。

※「介護予防支援及び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」

『「アセスメントの領域と現在の状況」の聞き取り内容』も参照してください。

要支援者等について特に把握が必要なアセスメント(課題分析)に関する項目(例)

標準項目名	項目の主な内容(例)
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
褥瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況(アクセス手段、自宅からの距離等)に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

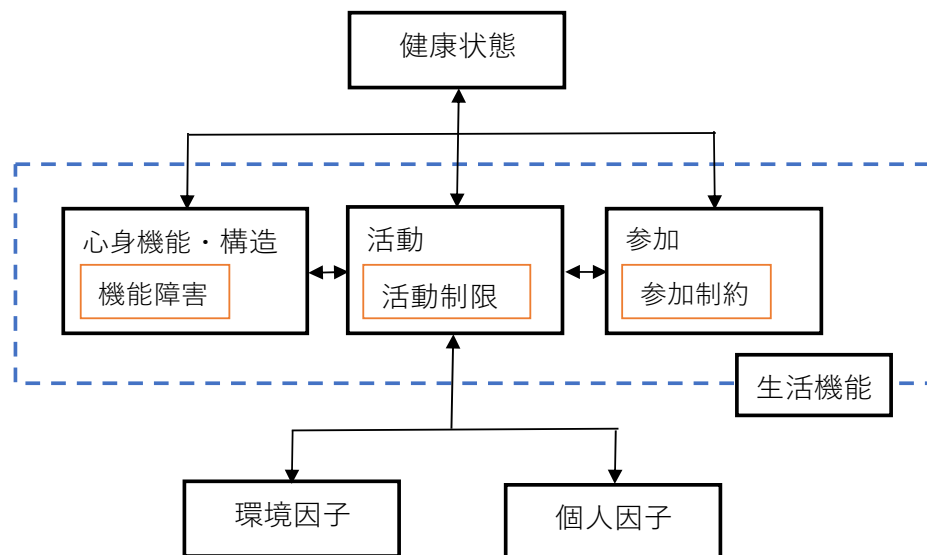
【アセスメントのポイント ～ICFを活用する視点～】

高齢者の日常生活は、ADL や IADL、社会との交流など、さまざまな生活行為の関係性のうえに成り立っています。そうした関連性に配慮しながら、自立支援を促すには、個々の特性を理解したうえで、課題を整理し、「活動や参加」につなげるように、対象者の健康状態、「心身機能・構造・活動、参加」といった生活機能に加え、物的環境(支援機器や住宅環境等)、人的資源(家族や社会の意識・態度等)、制度的環境(法制度や公的サービス等)といった環境因子、性や年齢、民族、ライフスタイルといった個人因子等を相対的に情報収集し、課題を分析することが必要です。

それらを分類したものが ICF(国際生活機能分類)であり、さまざまな要因を統合して考えていくプロセスにおいて、大変理解しやすいツールであり、高齢者の生活全般について総合的な支援を考えていくうえにおいてとても重要です。

参考「地域包括支援センター運営マニュアル4訂」

《国際生活機能分類 (ICF)》



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
 - ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
 - ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの構成要素からなる

出典：「高齢者リハビリテーション研究会報告書」(平成16年1月)

(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

ア 目標の設定

各領域の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目標と達成のための具体的方法について検討、提案します。利用者や家族と話し合いながら合意形成することで、介護予防に対する利用者の意欲を形成することが期待されます。「目標とする生活」に近づくように、それぞれの総合的課題についても、課題に対応して目標を設定します。

【方法】

生活の目標については「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」(次頁の表)等を参照し、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、疾病の特徴や年齢等も加味しながら、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、設定します。利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように工夫します。

また、計画に定められた実施期間(最長 12 か月)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を立てることが大事です。

あわせて、目標に向かって、段階的な小目標を設定し、高齢者が、その小目標を一つずつ達成していくことで、自信を回復できるよう心がけましょう。



ポイント～目標設定～

【事例で目標設定を考える ～サービスの利用が目標になっていませんか?～】

Aさんは 76 歳で一人暮らしです。

趣味の会に週1回参加していたが、インフルエンザで2週間寝込んだことをきっかけに、閉じこもりがちな生活を半年続けてきました。筋力低下と腰痛あり、階段は手すりを伝って移動しています。内科(高血圧内服中)、整形外科に月1回通院しています。寝込む前は毎日、テレビ体操を続けていました。

娘は車で10分の所に住んでいますが、平日は就労しており、週末に訪問しています。

通所サービスを希望し、要介護認定を申請し、要支援1の認定を受けました。

△サービスの利用や支援者側の目標になっている

(目標とする生活:1年)閉じこもり生活を改善する

(目標とする生活:1日)転倒しないで過ごす

(小目標)通所サービスに休まず通う

○「その人らしさ」がわかる例

(目標とする生活:1年)趣味の会の〇〇に参加できる。

(目標とする生活:1日)1日1回、テレビ体操をする。

(小目標)火・木曜日:近所のコンビニまで買い物に行く。(10 分程度の歩行)

<ポイント>

① 1日の目標や小目標は、評価可能な小さな目標を立てます

② 介護給付や生活支援サービス以外にも本人が実践する(できる)目標を入れましょう

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<p>セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごし、TPO に応じた身支度をする</p>
<p>家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p>対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話を する 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活) 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p>コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p>運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p>知識の応用(判断・決定) 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

イ 利用するサービス内容の選択

- a 利用するサービスを検討する際は、単に予防給付や総合事業のサービス利用のみに限定せず、生活支援コーディネーターに確認するなどして、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、自立支援を支えるサービス・支援計画原案を本人とともに作成します。
- b 総合事業の組み合わせについては以下の点にも留意します。
総合事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスや一般介護予防事業、その他のサービス等を組み合わせて利用することができます。
⇒例えば、通所サービスの場合、生活機能の向上や自立支援に向けて、一般介護予防事業(元気づくりステーション等)や近隣住民との交流を促すため、地域住民による主体的な活動などを組み合わせることができます。
⇒利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定します。
⇒事業者によって提供されるサービスに加え、本人が行うセルフケア(生活習慣や健康行動)も計画の中に位置づけます。



ポイント～サービス利用①～

【事例でサービス利用について考える①】

～予防給付・専門職によるサービスだけのサービス・支援計画表ではありませんか？～】

Aさんは、近所のコンビニまでは外出できています。いずれは、バスに乗って趣味の会に行きたいと考えています。しかし、バスの昇降、体力に不安があります。

△サービス利用のみの例⇒通所サービスを継続していく。 ※本人や家族の取り組みがない

○ 本人や家族の役割(取組)も盛り込んだ例

⇒(家 族)整形外科に通院同行し、医師の指示のもと、病院のリハビリ職員に自宅で出来る運動内容を確認する。

(本 人)自宅での体操を風呂上がりに毎日実施する。

筋肉量の低下を防ぐ為、朝食に卵かハム、おやつに牛乳を摂取する。

(サービス)通所リハビリの専門職に状況を説明。病院で指導されたトレーニングの動作確認を依頼。あわせて、自宅での実践状況の確認を行う。

<ポイント>

- ① 腰痛の原因により、運動制限、禁忌事項等がある可能性もあります。効果的な指導のために、整形外科医等の意見を反映した運動プログラムを作成していくことが大切です
- ② 目標に向け、専門職によるサービス利用だけでなく、本人のセルフケアや家族の役割も計画に入れます。



ポイント ～サービス利用②～

【事例でサービス利用について考える②

～本人や家族の要望のままのサービス利用になっていませんか？～】

Bさんは、腰痛があり、かがむと痛みを感じるため、訪問介護サービスで生活支援(ふろ・トイレ掃除)を30分で利用中です。一方、近所の友人(リウマチで要支援1認定)は45分間利用して、調理も手伝ってもらっているようです。同じ認定だから、15分の時間を追加して調理をしてほしいと希望がありました。

△**要望のままの例**⇒訪問型サービスで調理を追加し、45分の派遣に変更。

※ヘルパーが調理を肩代わりすることで、自立を阻害する可能性があります。

○**良い例**⇒調理を希望している理由を確認し、「硬いものが切れない」ことが判明。

- ・横浜市リハビリテーションセンターの在宅リハビリテーションを導入し、本人の身体機能を評価。調理・掃除ができるように道具の紹介と動作指導を行う。
- ・サービス担当者会議にて、電子レンジ等を使用した調理方法の工夫や本人ができる掃除方法を包括職員や訪問介護担当者から提案し、家族と実践した。

- 要支援者は、予防給付と総合事業のサービスが利用可能なため、区分支給限度額の範囲で、一体的に給付管理をしてください。

また、事業対象者が総合事業を利用する場合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のみ行います。その際は、区分支給限度額を5,032単位とします。

- 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、サービス・支援計画の原案(介護予防サービス・支援計画書など)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み、利用するサービス、実施機関、モニタリングの実施間隔等を検討し、サービス・支援計画書原案(介護予防サービス・支援計画書)全体を作成します。その経過の中でケアマネジメントの類型についても検討されていくものです。

- 利用者が横浜市外の方の場合、指定事業者による総合事業のサービスを利用する時には注意が必要です。(詳細は、VI 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務の流れ P81「10 その他 (1)市外のサービス事業者の事業所指定申請」を参照してください。)

(3)サービス担当者会議

- 本人、家族、サービス事業者等の支援関係者が集まり、本人の状況、目標、サービス等の内容を確認します。本人・家族の意見をさらに取り入れ、調整した上で、サービス等を決めていきます。本人・家族の同意が得られたら、サービス提供者から支援計画、注意点等を説明します。

【位置づけ】

- ・介護予防支援、ケアマネジメントAにおいて実施
- ・原則として介護予防サービス・支援計画の作成時と変更時に開催

【目的】

- ① 利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解する
- ② 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解する
- ③ 利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議する
- ④ 介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解する

【構成員】

利用者・家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、生活支援コーディネーター等

【開催のタイミングと協議内容】

新規・・・新たに介護予防サービス・支援計画を作成した時

- ・利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容について
- ・サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ・各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

変更時・・・要支援更新認定・要支援状態区分の変更の認定を受けたとき

臨時・・・介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握(継続的なアセスメントを含む)を行い

- 必要に応じて介護予防サービス・支援計画の変更等を行った時
- ・サービス・支援提供の変更が必要な状態把握
- ・介護予防ケアプラン作成のためのアセスメント
- ・新たな介護予防ケアプラン作成

※ 介護予防サービス・支援計画の変更は、本人が目指す「生活の目標」を達成する期間の間に、モニタリングを通じて、支援内容の適否、目標の達成状況や本人の状況変化に応じて行います。あわせて目標の設定期間終了時には、新たな目標及び計画の見直しを行う必要があるかどうかも含めて、意見を求めるサービス担当者会議を開きます。

※ 利用者の希望による軽微な変更(例えばサービス提供日時の変更など)のみで、介護予防サービス・支援計画作成の一連の流れが不要と判断した場合は、サービス担当者会議は省略できます。その場合においても、利用者の状況や課題の変化には十分留意することが必要です。

(4) 利用者の説明・同意

- サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防サービス・支援計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得ます。

(5) 介護予防サービス・支援計画の確定、交付(利用者、サービス実施者)

- 利用者本人の同意を得て、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者から介護予防サービス・支援計画をサービス実施事業者にも交付します。
- ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメントC専用様式(いきいきプラン)を使用し、利用者本人がプラン作成することを地域包括支援センター職員が支援します。サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得た上で共有します。

(6) サービス利用開始

(7) モニタリング

ア 介護予防支援、ケアマネジメント A の場合

- モニタリングの目的は、サービス・支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次のサービス支援計画に結びつけることです。
- モニタリングの結果、目標が達成された場合は、再度速やかに課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民等多様な主体による多様なサービス・活動につなぐことを視野に入れ支援をします。

- 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、サービス・支援計画を組み直すこととなりますが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を参考に、維持・改善の可能性を追求することが望まれます。

【方法】

サービス利用状況の確認と心身の状況確認のため、毎月、電話や通所先での面接などにより実施します。また、3か月に一度は自宅に訪問し、生活状況、新たな課題が出ていないかなどを本人・家族から聞き取りにて確認します。

これらの実施状況については、経過記録に随時内容を記載します。

イ ケアマネジメント C の場合

ケアマネジメント C を実施する場合、モニタリングは必須ではありませんが、本人の状況を確認し、自立した日常生活が継続できるための働きかけることが望ましいです。また、サービス・活動 B やその他生活支援サービス等の実施主体等と連携し、利用者の状況変化等、適宜情報が入ってくるような仕組みを作り、利用者の変化に早期に対応できるような体制を整えることが求められます。

<地域での自立した日常生活が継続できるための働きかけ>

○社会参加促進の働きかけ

- ・本人に自宅や通いの場等で会い、健康状態や活動状況を確認し、活動の継続や意欲を維持するために声掛けする。
- ・通いの場等に訪問し、活動団体の支援者への聞き取りにて、利用者の活動への参加状況や生活状況を確認し、参加意欲を維持するための助言を行う。

○孤立を予防し、社会参加を促す働きかけ(アウトリーチ)

- ・活動を休みがちになった場合に本人宅に訪問し、活動再開の働きかけを行う。
- ・参加する活動を探す際に、本人とともに活動やサービスの見学に同行する。

※これらの実施状況については、経過記録に随時内容を記載します。

また、令和8年度より、目標指向型のケアマネジメントに係る評価として報酬を算定することができます。(報酬算定条件の詳細については VII 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務に関する資料 P89 「3 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)に関する報酬」を参照してください。)

(8) 評価(ケアマネジメントCを除く)

プランで定めた目標を達成するための期間の終了時には、プランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定します。評価は、サービス事業者からの実績報告だけでなく、利用者・家族の意見も聞く必要があることから居宅を訪問して行います。

- 評価は介護予防サービス・支援計画作成から最長12か月で実施します。

※ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実施時の留意事項

ア 事業対象者の場合、介護予防ケアマネジメントを実施中に、要介護認定申請をすることも想定されます。その場合は基本的には介護・予防給付の暫定プランによる介護予防給付のサービスを優先して利用してください。

イ 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に関する知り得た秘密が第三者に漏れることがないように、必要な措置を講じます。



ポイント～評価と計画の見直し～

【事例で評価と計画の見直しを考える

～状態が変わっても、同じサービスが続いていることはありませんか？～】

Aさんはトレーニングの効果で体力も回復し、バスでの外出も慣れ、趣味の会への参加を再開できました。

△同じサービスが続いている例

- ⇒ (12か月後 評価)目標達成。介護保険の更新申請を行う。
- 13か月以降 目標 現在の通所サービスを継続し、筋力維持。

○活動を高め、地域の中で社会参加に繋がる例

⇒(12か月後 評価)目標達成。


- ▶ 通所サービスを卒業、地域包括支援センターと相談し、ケアマネジメントCに移行。いきいきプランを本人と作成。
- ① 日中の活動量を維持するため、地域内のサービスBにも参加する。
- ② お米など重い物の買物はスーパーの宅配サービスを利用する等、インフォーマルサービス導入を検討。
- ③ 腰痛再発時には包括への連絡方法等の確認を行う。
- ※ 地域の活動への参加をすすめる場合には、見学調整や同行などを行います

ポイント:評価が「目標達成」とあるにもかかわらず、目標、サービス内容の変更がない場合が多く見られます。達成できない目標の設定は、本人のやる気を損なうことにもなりかねません。目標を段階的に設定し、達成感が得られ、意欲向上につながるように工夫しましょう。

【ヨコハマ地域活動・サービス検索ナビ】



高齢者が通うことのできる地域のサロン・趣味活動の場、高齢者の買い物支援、移動支援などの活動・サービスを検索することができます。インフォーマルサービスをプランに位置づける際に、ぜひご活用ください。


ヨコハマ地域活動・サービス検索ナビとは

さがせる! ←  **みつかる!** ←

横浜市では、主に高齢者を対象とした地域のサロンや趣味活動の場、日常生活のちょっとした困りごとをお手伝いする活動の情報などを検索できる「ヨコハマ地域活動・サービス検索ナビ」で身近な地域活動情報を公開しています。←

地域活動（サロン、趣味活動の場、生活支援等）をお探しの方、地域の担い手として活躍したいと考えている方や高齢者を支援するケアマネジャーなど、幅広い方に活用いただけます。←

横浜 地域活動ナビ ← 検索 ←  



※サロン…高齢者の健康維持や仲間づくり、子どもとの世代間交流などを目的にした、地域での居場所などのこと。

2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける連携

(1) 地域包括支援センター・居宅介護予防支援事業所の連携(主に委託する場合)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、地域包括支援センターと指定居宅介護予防支援事業所が協働して、利用者を支援していくことが重要です。また、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業を活用しつつ、適宜、地域包括支援センターの関与も必要です。次のような場合には状況に応じてそれぞれが連携を図ります。

- ア 介護予防サービス・支援計画を作成にあたり、総合事業のサービスの利用が見込まれる
- イ サービス担当者会議
- ウ 介護予防サービス・支援計画に対する確認
- エ 利用者の状況が変化し、介護予防サービス・支援計画を見直すとき
- オ サービス提供事業者から個別介護予防計画に基づくサービス実施状況について、報告を受けたとき
- カ 目標の達成状況を確認して介護予防サービス・支援評価表を作成したとき

(2) 関係機関との連携

ア 主治医との連携

要介護認定の審査会において主治医意見書は重要な役割を果たすため、主治医との連携は不可欠です。介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどの医療系サービスを利用する場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を求め、その指示に基づいて介護予防サービス・支援計画に位置づける必要があります。また、医療系サービス以外のサービスについても、当該サービス等にかかる主治医の医学的観点からの留意事項等を尊重して介護予防サービス・支援計画に位置づけます。

なお、高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、主治医以外の医師も治療に関わっている場合があります。必要な場合は、主治医と相談の上、関係医師に意見を聞くなどの連携も必要になります。

イ 情報の共有

効果的に介護予防ケアマネジメントを実施していくためには、区役所、サービス提供事業所、主治医、保健・医療・福祉の関係機関などと連携が不可欠です。

サービス提供者等の関係者が援助目標やそれぞれ役割を理解して活動するために、介護予防サービス・支援計画作成担当者は、アセスメント内容やサービス・支援計画の写しをサービス事業所に送付するなどして情報共有を図ります。その際、個人情報の取り扱いには事前に利用者や家族に了解を得ておく必要があります。

※ ケアマネジメント C における連携

ケアマネジメント C の場合、モニタリングを必須としません。そのため、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、地域包括支援センターや地域住民による主体的な活動等を行う団体等関係者に相談するという意識を醸成していくことも必要です。

【入院時における医療機関との連携促進】

<関係省令等>

- 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準(平成18年厚生労働省令第37号)
- 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について(平成18年3月31日老振発0331003号、老老発0331016号)(以下、解釈通知という。)
- 横浜市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例

指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。(基準第4条3)

⇒指定介護予防支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。なお、より実効性を高めるため、日頃から担当職員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの記録について

(1) 使用する様式について

介護予防支援、ケアマネジメント A については、厚生労働省が示している標準様式を使用します。一方、ケアマネジメント C については、いきいきプランを使用します。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに使用する記録様式

様式	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
様式1 (利用者基本情報)	○	○	○
様式2 (介護予防サービス・支援計画書)	○	○	×
様式3 (介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録)	○	○	○
様式4 (サービス評価表)	○※1	○※1	×
様式5 (いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式))	×	×	○
様式6 (暮らしのアンケート)	(○)必要時使用	(○)必要時使用	(○)必要時使用
様式7 (興味・関心チェックシート)	(○)必要時使用	(○)必要時使用	(○)必要時使用

※1 評価は、最長12か月ごとのほか、本人の状況が変化した時に行います。

(2) 介護予防支援、ケアマネジメント A の場合

初回の介護予防サービス・支援計画を作成する場合、様式1、2を使用し、様式3には、サービス担当者会議の要約や本人、家族への支援・モニタリングの内容、主治医やサービス事業所との連絡調整内容等の記録に、様式4は最長12か月ごとの評価に使用します。

(3) ケアマネジメントCの場合

初回の介護予防ケアマネジメントを実施する場合は、様式1、5を使用します。様式5(いきいきプラン)は本人が作成することを地域包括支援センター職員が支援します。

本人、家族への支援内容やサービス・活動団体との連絡・調整等の記録は様式3に記載します。

介護予防支援・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

本様式は、介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメントにおける介護予防ケアマネジメント計画の原案を作成する際に使用し、その後、サービス・支援計画の一部を変更する都度、作成するものとします。

【使用する様式】

様式1 利用者基本情報

様式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)

様式3 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4 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5 いきいきプラン(ケアマネジメント C 専用様式)

様式6 暮らしのアンケート

様式7 興味・関心チェックシート

(1) 様式1 利用者基本情報

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入する。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지를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と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判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」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ものに○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、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○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、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害者等認定」

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」

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と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、緊急に連絡をと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、携帯電話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。当該利用者に関する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、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)」

「一日の生活・すごし方」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。

⑱ 「趣味や楽しみ、特技」

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。

⑲ 「友人や地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑳ 「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○で囲み、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○で囲む。その他の状況の場合には「その他」に○で囲む。また、要支援者の場合、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★印を記す。

㉑ 「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、行政の行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的なサービスを分けて記載する。

㉒ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者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、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、地域包括支援センター、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を得る。

(2) 様式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)

① 「No. 」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該サービス・支援計画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結果を受けた日を記載する。

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、当該地域包括支援センター、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及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、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、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○で囲む。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」(前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。)、「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○で囲む。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・要介護1～5」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から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)を利用する場合は「事業対象者」を選択する。

⑧ 「サービス・支援計画作成者」

当該サービス・支援計画等作成者(担当者名)の氏名を記載する。なお、地域包括支援センターが介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨ 「委託の場合:サービス・支援計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)」

地域包括支援センターは、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、当該サービス・支援計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地(住所と電話番号)を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪ 「サービス・支援計画作成(変更)日(初回作成日)」

当該地域包括支援センターもしくは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当該利用者に関するサービス・支援計画等を作成した日を記載する。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。

⑫ 「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り組みである「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、一日単位及び一年単位で、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一緒に考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の目標は両方記載することが望ましい。

本人の状況により、一年、一日どちらか一方の「目標とする生活」のみの記載でも差し支えない。

【「1日」】

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、利用者が達成感や自己効力感が得られるような内容が望ましい。

※1日の目標は具体的で、「毎日できたかどうか」を利用者や家族・支援者が確認できる内容でかつ実現可能なものが望ましい。

【「1年」】

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、介護予防支援及び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。

⑬ 「健康状態について」

「主治医意見書」(要支援者のみ)、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、サービス・支援計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。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のか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、主治医意見書、興

味・関心チェックシート、基本チェックリストの回答状況も加味して行う。

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。また、利用者・家族からの情報だけでなく、サービス・支援計画作成者が観察した状況についても記載する。

「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」

家事(買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て等)や住居、経済管理、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、近隣の人との人間関係が保たれているか。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」

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。

⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

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、ただちにサービス・支援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支援及び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。

<参考>「アセスメントの領域と現在の状況」の聞き取り内容

アセスメント領域 と現在の状況	主な日常生活の状況	状況を聞き取る時の視点	
		本人からの聞き取り	家族からの聞き取り
運動・移動について	歩行(自宅内・屋外) 昇降 移動手段(自家用車) 移動手段(バス) 移動手段(タクシー)	自分で行えているか	・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか
日常生活(家庭生活)について	買い物 献立・調理 掃除 洗濯 ゴミ捨て 住居の管理 家計(金銭)の管理 花木やペットの世話	自分で行っているか どこまで自身で行っているか	・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか
社会参加 対人関係・コミュニケーションについて	家族との関係・交流 近所との関係・交流 家族や近隣での役割の有無	内容 程度	内容 程度
	老人クラブ・町内会行事 仕事・ボランティア活動	参加状況	参加状況
健康管理について	食事 水分 排泄 清潔 整容 口腔ケア	回数・量 自分で行えているか	・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか
	健康管理 ・服薬 ・定期受診 ・運動 ・休養 ・飲酒、喫煙	自分で行えているか どこまで自身で行っているか	・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか

⑩ 「領域における課題(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「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」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、生活機能評価の結果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結果についても考慮する。この欄には、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことが起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。

⑪ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑫ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。

このため、目標は漠然としたものではなく評価可能で具体的なものとする。具体策についても、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。

⑬ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点が確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

㉑ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。ここでは、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担などを記載する。

㉒ 「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」

「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含む)」

「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含む)」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「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含む)」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載する。具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉓ 「サービス種別」

「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)」、「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉔ 「事業所(利用先)」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名(利用先)」を記載する。また、家族、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉕ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する(「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する)。なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮する。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)」で実施するか提案があれば記載する。※ 評価期間は最長12か月です。

⑳ 「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)」

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を記載する。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項などを記載する。

㉑ 「本来行うべき支援が実施できない場合(妥当な支援の実施に向けた方針)」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。

また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

㉒ 「総合的な方針(生活不活発病の改善・予防のポイント)」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉓ 「必要な事業プログラム」(事業対象者)

基本チェックリストの該当項目数から、チェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による訪問型短期予防サービスを利用する場合は、その基準から考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。必ず実施しなければならないものではない。

(a) 「地域包括支援センターの意見」

居宅介護支援事業者が地域包括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。コメントの内容は利用者に向けたものとして記載する。

委託された居宅介護支援事業者は、計画原案等を作成し、サービス・支援計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、当該地域包括支援センターの担当者が適切に計画書作成されているか確認した後に、「計画書の内容を確認しました」にレ印を付す。特記すべき事項があればコメントを記載する。(当該地域包括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、その場で確認を行っても差し支えない)。

この確認を受けた後に、利用者に最終的なサービス・支援計画原案の説明を行い、同意を得る。

(b) 「サービス・支援計画に関する同意」

サービス・支援計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者名を記入する。利用者名を記入した原本は、事業所(地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所)において保管する。

<参考> ケアプランの軽微な変更の内容について(ケアプランの作成)

居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38)の第13条第3号から第12号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定しています。なお、「利用者の希望における軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」とされています。

※なお、以下はあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容がケアプラン作成の一連の業務を行う上で、必要性の高い変更であるかどうかによって軽微が否か判断してください。

- サービス提供の曜日変更(例:臨時的、一時的な単なる曜日や日付の変更)
- サービス提供の回数変更(例:同一事業所における週1回程度のサービス回数の増減)
- 利用者の住所変更(例:住居表示の変更)
- 事業所の名称変更
- 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合
(例:福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更)
- 利用者の状況以外の原因による単なる事業所変更(目標やサービス内容の変更を伴わない場合)
- 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合(例:目標とする生活や総合的課題、サービス種別当が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合)
- 担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること)

(参考:介護保険最新情報 Vol.959 令和3年3月31日)

- 指定居宅介護支援事業所が行っている予防給付(介護予防支援)が、介護予防ケアマネジメントの結果、第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)に変更になり、当該居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受ける「包括的な委託」を行っている場合、サービス種別が変更になった際(介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメント)の計画作成については、本人の状態等に変化がなければ、「軽微な変更」として扱うことができます。
(「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」(平成27年6月5日老振発0605第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知))

(3) 様式3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該計画等作成者(担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

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、その事実に基づきサービス・支援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。

※従前相当サービス(横浜市訪問介護相当サービス・横浜市通所介護相当サービス)を位置づけた場合は、その必要性について記載する。

(4) 様式4 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

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者(担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

③ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

④ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

⑤ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦ 「目標 達成／未達成」

それぞれの目標について「達成」、「未達成」を記載する。一部達成の場合は「未達成」とする。

⑧ 「目標達成しない原因(本人・家族の意見)」

なぜ、目標が達成されなかったのか、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、原因を記載する。

⑨ 「目標達成しない原因(計画作成者の評価)」

なぜ、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

⑩ 「今後の方針」

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。

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

地域包括支援センターが介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合に使用する。担当する地域包括支援センター職員は評価内表を確認し、「評価書の内容を確認しました」にレ印を付す。特記すべき事項がある場合には記載する。

地域包括支援センター意見を参考に、今後のプランやサービスの方針について該当するものにレ印を付す。

※介護支援専門員の基礎となる資格や経験等により、得意とする視点や分野が異なります。

地域包括支援センターの担当職員と情報を共有・検討することで、アセスメント内容や介護予防サービス・支援計画書を作成するための視野が広がり、効果的な支援計画になることが期待されます。

(5) 様式5 いきいきプラン(ケアマネジメント C 専用様式)

■使い方

いきいきプランは、アセスメントの結果、サービス・活動 B や生活支援サービス、一般介護予防事業のみを利用する場合(ケアマネジメント C)を実施するときのみ使用します。

■作成について

本人が目標とする生活(姿)を実現するために、取組(セルフケア)やサービス・地域資源等を主体的に選択・行動できるよう、本人が地域包括支援センター専門職の支援を受けながら作成します。そのため、できる限り本人が自分で記入することが望ましいです。

自分で記入することが難しい場合は、地域包括支援センター等の職員が代筆しますが、記載する内容は本人とともに考え、プランを作成します。

作成したプランは本人が保管し、地域包括支援センターはプランの写しを保管し、目標や取組等を本人と共有します。

■いきいきプランの共有

本人の同意を得た上で、関係する機関や団体とプランを共有します。本人が目標とする生活を家族や関係者も理解し、介護予防に向けた取組を進めます。本人自身が行う取組みや家族やボランティアにお願いする内容も記入することで、それぞれの役割や注意することなどの共有ができます。

(6) 様式6 暮らしのアンケート

■使い方

介護予防支援・介護予防マネジメントの開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用します。アンケートの内容から健康状態や生活状況、課題等について、本人や家族から更に詳しく聞きとり、その結果をもとにアセスメントを行います。課題だけでなく、本人ができている事も併せて評価します。聞きとりを行う際は、本人と家族の双方に話を聞き、認識の違いなどにも注意します。

なお、初回面接等で本人が話したくない事は、無理に聞き出す必要はありません。

■記入方法

記入は本人または、本人から聞きとりを行った地域包括支援センター職員(ケアマネジャー)が行う。代行で記入した場合は、間違いがないか本人・家族に必ず確認を行います。

■特徴

「暮らしのアンケート」は、様式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)」のアセスメント領域に対応しています。

■確認内容と支援のポイント

様式集の【「暮らしのアンケート」の使い方】をご確認ください。

(7) 様式7 興味・関心チェックシート

本人が持つ興味や関心を引き出すために使用することができます。

本シートの著作権は、一般社団法人日本作業療法士会に帰属しています。使用の際に許可をとる必要はありませんが、書式の変更等はしないでください。

様式集

【様式一覧】

- 様式1 利用者基本情報
- 様式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)
- 様式3 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4 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5 いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式)
- 様式6 暮らしのアンケート
- 様式7 興味・関心チェックシート

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 ()	
	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) 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・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・居宅介護支援事業者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、地域包括支援センター、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。

____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)

様式2

NO. _____

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	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	総合事業対象者
--------------	-----------------------------	---	----------	---------	-----------	---------

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(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・居宅介護支援事業所 _____
---	------------------------------

目標とする生活	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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所(利用先)	期間
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
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥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(該当した質問項目数)/(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	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

(委託時使用) 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 計画書の内容を確認しました。 記載者名(_____)
-----------------------	--

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 _____

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2

NO. _____

記入例とポイント

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

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

総合事業対象者

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(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・居宅介護支援事業所:

目標とする生活

【目標とする生活】※1日、1年どちらか一方でもよい

【目標とする生活(1年)】

1日	例) ・ストレッチや体操を毎日する	【目標とする生活(1日)】 本人にとってイメージしやすい日々の身近な目標	1年	例) 再び料理ができるようになりたい。	【目標とする生活(1年)】 楽しみや生きがいにしていたことから引き出す
----	-------------------	---	----	---------------------	--

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所(利用先)	期間	
運動・移動について 例) ・近所のコンビニエンスストアまで週1回程度外出している。 ・足が上がりやすく、外の段差でつまずくことがある。	例) (本人) ・近所への外出は続けたい。 (家族) ・これ以上、足腰が悪くならないように体を動かしてほしい。	■有 □無 例) ・下肢筋力の低下がみられ、外出先での転倒の恐れがある。	例) 右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないままが続くと、拘縮する可能性がある。	例) 目標: 自宅で週2回調理が行えるようになる。 具体策: ①自分に合う料理器具、調理方法を見つける。	例) (本人) 料理ができるようになりたい。 (家族) 自信を取り戻して、また料理ができるようにサポートします。	例) 提案通り 【目標】 当初から課題に対する目標と具体策について同意がある場合には「同左」または「提案通り」と記載してもよい。	例) (通所サービス) 通所サービスで筋力の向上や調理方法の工夫を伝える等で自信をつけてもらう。	例) 本人: デイサービスで習った体操やストレッチを自宅でも行う。	例) 地域支援事業 本人に合わせた調理器具や調理方法について情報提供や筋力向上の体操を行う。	例) 介護予防通所リハビリテーション 【サービス種別】 具体的に種別を記載する <例> ・介護予防訪問看護 ・介護予防福祉用具貸与 ・医療:リハビリ ・元気づくりステーション ・サービス・活動B など	例) ○○デイサービス	例) ○年○月○日～ ◇年◇月◇日	
日常生活(家庭生活)について 例) ・掃除や洗濯は自分で行っている。 ・右手のしびれや握力の低下があり、包丁を使うことに不安がある。	例) (本人) ・料理をしたいけど、包丁でうまく切れるか心配。 (家族) ・自分でできることは続けて欲しい。	■有 □無 例) ・包丁を握ることが困難な状態だが、料理をしたい気持ちもある。	【総合的課題】 支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載する。 ※意向や目標、具体策は記載しない。	例) 家族に料理を食うにきてもらう。 例) スーパーの宅配サービスを利用する。	【具体先についての意向本人・家族】 <合意が得られた場合> 「○○をしたい」、「○○の必要がある」等記載。 <合意が得られない場合> 理由や根拠など本人や家族の考えを記載する。今後の取り組みについて「【本来行うべき支援が実施できない場合】」適切な支援の実施に向けた方針」欄に記載する。	例) 家族が来訪したときには、安心して調理できるように、一緒に調理をする。 例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。	例) 本人: 娘が来訪時に一緒に調理する。 家族: 本人宅来訪時に調理の見守りを行う。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 例) ・電話で友人とやり取りがある。 ・老人会の茶話会に月1回参加し、おしゃべりを楽しんでいる。	例) (本人) ・これからも老人会を続けたい 【本人・家族の意欲・意向】 現在の状況に対する本人・家族の認識を確認する。 ※計画作成者の考えは入れない。	□有 ■無 例) ・友人や地域の仲間とのつながりがある。	【領域における課題】 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どが起こるかなど、課題を予測して記載する。	【課題に対する目標と具体策の提案】 <目標> 漠然としたものではなく、評価可能で具体的な達成できるもの <具体策> 介護保険サービスだけでなく、生活機能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、地域のインフォーマルサービスの活用についても記載する。	例) 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	【期間】 認定期間を超えてサービス利用期間を設定しない。
健康管理について 例) ・服薬管理は自分でやっている。 ・右手のしびれがあり、整形外科にタクシーで月に1回受診している。 【アセスメント領域と現在の状況】 「できない」部分だけでなく、「今できていること」も意識して記載する。	例) (本人) ・薬はきちんと飲んでいる。	■有 □無 例) ・手のしびれは、このまま右手を使わないままできると拘縮してしまう可能性がある。	【課題に対する目標と具体策の提案】 <目標> 漠然としたものではなく、評価可能で具体的な達成できるもの <具体策> 介護保険サービスだけでなく、生活機能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、地域のインフォーマルサービスの活用についても記載する。	【課題に対する目標と具体策の提案】 <目標> 漠然としたものではなく、評価可能で具体的な達成できるもの <具体策> 介護保険サービスだけでなく、生活機能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、地域のインフォーマルサービスの活用についても記載する。	例) 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。	例) 本人: 自分で調理できる献立を考え、食材選びをする。 地域: 老人会の帰りに友人と買い物にも行く。スーパーの宅配サービスを使う。

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

主治医意見書や事前情報による計画を立てる上で留意すべき情報について記載する。

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	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする
	/5	/2	/3	/2	/3	/5

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 本来の支援ができない場合に記載する。
 本来の支援ができるための具体的な取り組みを記載する。

委託時使用) 地域包括支援センター	<input checked="" type="checkbox"/> 計画書の内容を確認しました 再び料理ができるように、体操やストレッチをコツコツ続けましょう。 利用者に向けたコメントを記載する
記載者名(△△ □□)	

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

例) 筋力の維持や向上のための体操に取り組みつつ、ご本人にあった料理の方法を見つけられるように支援する。
 【総合的な方針】
 閉じこもりや活動低下の改善や予防にむけて
 取り組む共通の方向性を記載する。

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 ○○ ◇◇

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 _____ 様

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										
	(委託の場合のみ) <input type="checkbox"/> 評価表の内容について確認しました。	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> プラン継続</td> <td><input type="checkbox"/> 介護給付</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> プラン変更</td> <td><input type="checkbox"/> 予防給付</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 終了</td> <td><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 終了</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> プラン継続	<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 予防給付	<input type="checkbox"/> 終了	<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"/> プラン継続	<input type="checkbox"/> 介護給付										
<input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 予防給付										
<input type="checkbox"/> 終了	<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										

記入例とポイント

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 ○○ ◇◇ 様

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
<p>例) 自宅で週1回調理が行えるようになる。</p> <p>計画書の「目標」・「期間」に記入したものを記載する。</p>	<p>例) ○年○月○日～◇年◇月◇日</p>	<p>例) デイサービスに通所し、体操を自宅でも継続している。調理する頻度は以前よりも増えたが、週1回程度にとどまっている。</p> <p>評価期間内に目標がどの程度達成できているか確認する。生活機能がどのくらい向上・維持できたのかを記載する。※計画作成者の意見は入れない</p>	<p>例) 未達成</p> <p>「達成」、「未達成」で記載。一部達成は未達成とする。</p>	<p>例) (本人) 前よりも手に力が入るようになってきたと思う。日によって手のしびれや動かしにくさの波があった。</p> <p>目標が達成されない原因について本人・家族は世のように感じているのか、意見をそのまま記載する。</p>	<p>例) 握力は向上しており、少しずつ自信がついてきている様子がうかがえる。体調の波により調理への不安は残っている。</p> <p>目標が達成されなかった要因を本人・家族の意見とサービス事業者からの評価報告をもとに記載する。環境・本人の意欲・疾病の悪化等からも要因を分析する。</p>	<p>例) 筋力の向上のため、デイサービスや自宅での体操を継続する。家族と一緒に調理する機会も引き続き確保し、本人の意欲を引き出せるよう、協力を求める。</p> <p>目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針を検討し、分析結果を踏まえて記載する。目標ごとに方針を決定する。</p>

地域包括支援センター職員は評価内容を確認し、特記することがあれば記載する。
☑のみでも可。

<p>総合的な方針</p> <p>例) 筋力の向上に取り組み、自分でできることを増やしご本人の生きがいを取り戻し張りのある生活ができるよう支援する。</p> <p>目標ごとの今後の方針を計画作成者としてまとめる。次のプランの「総合的な方針につながる。</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>(委託の場合のみ)</p> <p>☑ 評価表の内容について確認しました。</p> <p>以前よりも筋力アップしている様子がうかがえます。ご家族とともに、料理の自信が高められることを期待します。</p>	<p><input type="checkbox"/> プラン継続</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> プラン変更</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p>	<p><input type="checkbox"/> 介護給付</p> <p><input type="checkbox"/> 予防給付</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業</p> <p><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p>
---	---	---	--

専門職からのアドバイス

職種	アドバイスの内容
例:地域ケアプラザ 看護職〇〇	例:筋力が維持できるように体操を続けましょう。
_____	_____
_____	_____
_____	_____

連絡先

活動団体やサービス事業者名	電話
_____	_____
_____	_____
_____	_____

地域包括支援センター
(地域ケアプラザ)

担当者	電話
_____	_____
_____	_____

いきいきプラン

作成日 年 月 日

氏名

私の生活の目標(1年間の目標)

例:写真コンテストに応募し、写真展を見に行く。

目標を達成するための取組

例:天気の良い日は30分程度、散歩をする。

利用する団体やサービス

利用する団体・サービス

例:〇〇サロン

内容

例:体操、ストレッチ

_____	_____
_____	_____
_____	_____

活動団体やボランティアに知っておいてほしいこと

例:耳が遠いので、話しかけるときはゆっくり、はっきりと話すようにしてほしい。

家族や知人にお願いしたいこと

誰に 例:息子

どんなこと 例:大きいものの買い物の付き添い

_____	_____
_____	_____
_____	_____

毎月のスケジュール

	日	月	火	水	木	金	土
第1週	例:買い物		例:囲碁クラブ		例:〇〇サロン		
第2週							
第3週							
第4週							
第5週							

メモ

例:月に1回、〇〇整形に膝に痛みで通院中。

専門職からのアドバイス

職種	アドバイスの内容
例:地域ケアプラザ ○○	例:筋力が維持できるように体操を続けましょう。
地域ケアプラザ ◇◇	旅行が楽しめるよう、 体力をつけていきましょう。

・地域包括支援センター職員は本人にむけたアドバイスを記入します。

連絡先

活動団体やサービス事業者名	電話
・元気サロン	045-△△△-□□□□

本人が主に利用するサービス・活動Bの団体や民間サービスなどの連絡先を記入します。

○○○

地域包括支援センター
(地域ケアプラザ)

担当者

電話

△△

045-***-++++

いきいき プラン(記入例)

【作成にあたって】

- ・基本的に利用者本人が記入します。
- ・地域包括支援センター職員は、自立に資する計画書が作成できるように、計画作成を支援します。

私の生活の目標(1年間の目標)

例:写真コンテストに応募し、写真展を見に行く。

友人と秋ごろ紅葉を見にバス旅行に行く。

- ・利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、その人らしい、達成したい目標や目指す姿を設定します。
- ・本人の取組によって達成可能な目標とします。

目標を達成するための取り組み

例:天気の良い日は30分程度、散歩をする。

・○○公園まで毎日散歩する。

・1日1品は料理を作る。

・体操教室に休まず通う。

- ・支援者は、利用者の現在の状況と今後の改善の可能性を分析し、目標が達成できるよう、利用者とともに考え、取組を決めるサポートをします。

利用する団体やサービス

利用する団体・サービス

例:〇〇サロン

内容

例:体操、ストレッチ

・元気サロン

体操、ペタンク

・昼食会(ふれあいサロン)お弁当配布、健康講座

サービス・活動事業、元気づくりステーション、民間サービスなど利用しているものを記載します。

活動団体やボランティアに知っておいてほしいこと

例:耳が遠いので、話しかけるときはゆっくり、はっきりと話すようにしてほしい。

・めまいがときどきあるので、つかまるものが近くにあると安心です。

本人が活動参加時に配慮してほしいことを記載します。

家族や知人をお願いしたいこと

誰に 例:息子

どんなこと 例:大きいものの買い物の付き添い

娘

お米や日用品など重いものや
大きいものの買い物

家族や知人の支援の内容を記載します。

毎月のスケジュール

	日	月	火	水	木	金	土
第1週	例:買い物		例:囲碁クラブ 元気サロン	例:〇〇サロン	元気サロン		
第2週			元気サロン		元気サロン		娘と買い物
第3週			元気サロン	昼食会	元気サロン		
第4週			元気サロン		元気サロン		娘と買い物
第5週	家族の支援やサービス・活動事業、一般介護予防事業(元気づくりステーション)、その他地域活動など、月単位のスケジュールを記載します。						

メモ

例:月に1回、〇〇整形に膝に痛みで通院中。

・毎月1回、高血圧の経過観察で〇〇内科を受診

通院予定や隔月の予定などのスケジュール、
その他メモしておきたいことなど自由に使用できます。

【歩き方や動作、外出方法について】

① 立ち上がる時、テーブルなどに手をつけて立ち上がりますか	はい	いいえ
② 階段を昇り降りする時は、手すりをつかまえますか	はい	いいえ
③ 歩く時は杖を使用しますか	はい	いいえ
④ 1年以内に転倒しましたか	はい	いいえ
⑤ 何もない所でつまづくことがありますか	はい	いいえ
⑥ どのくらいの時間や距離を歩くことができますか () 分)、() 歩)		
⑦ 一人で行動できる範囲を教えてください [自宅内 近所 区内 市内 市街]		
⑧ 外出の時の、手段を教えてください [徒歩 自転車 自家用車 タクシー バス 電車]		

【日頃の暮らしについて教えてください】

家事は、自分でされていますか。「いいえ」の方は、どなたがやっていますか。

① 買い物	はい	いいえ	(「いいえ」と お答えになっ た方) どなたに手 伝ってもらっ ていますか。	家族	友人知人	その他 []
② 調理	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
③ 掃除	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
④ 整理整頓	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑤ ごみ捨て	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑥ 洗濯・物干し	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑦ 金銭管理	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑧ 花木やペットの世話	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []

【趣味活動などの外出状況について教えてください】

① 趣味や特技はありますか	はい	いいえ
② 仕事やボランティアをされていますか	はい	いいえ
③ 町内会活動や老人クラブに参加していますか	はい	いいえ
④ 趣味の会や体操の会などに参加していますか	はい	いいえ
⑤ その他 []		
⑥ 外出する頻度はどれくらいですか [毎日、週3回以上、週1～2回、月1～2回、その他]		

【健康状態について教えてください】

① 身長と体重を教えてください 身長 [] cm、体重 [] kg		
② 食事は1日3回とっていますか	はい	いいえ
③ 食事で気を付けていることがありますか (食事制限、アレルギーなど)	はい	いいえ
④ 食べにくいと感じることがありますか	はい	いいえ
⑤ お茶や水を飲むとき、むせこむことがありますか	はい	いいえ
⑥ お酒を飲んだり、たばこを吸いますか	はい	いいえ
⑦ 毎日、入浴していますか	はい	いいえ
⑧ 排尿や排便に関して困ることがありますか	はい	いいえ
⑨ 毎日の睡眠時間はおよそ何時間ですか [約 時間]		
⑩ 目が見えにくいと感じますか	はい	いいえ
⑪ 耳が聞こえにくいと感じますか	はい	いいえ
⑫ 薬を飲み忘れたり、飲み間違えることがありますか ^{※1}	はい	いいえ

「暮らしのアンケート」の使い方

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用します。アンケートの内容から健康状態や生活状況、課題等について、本人や家族から更に詳しく聞きとり、その結果をもとにアセスメントを行います。課題だけでなく、本人ができていることも併せて評価しましょう。聞き取りを行う際は、本人と家族の双方に話を聞き、認識の違いなどにも注意します。

なお、初回面接等で本人が話したくない事は、無理やり聞き出す必要はありません。

■記入方法

- 1 記入は本人または、本人から聞き取りを行った地域包括支援センター職員・居宅介護支援事業者職員が行います。代行で記入した場合は、間違いがないか本人・家族に必ず確認します。

■特徴

- 2 「暮らしのアンケート」は介護予防ケアマネジメント様式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）」のアセスメント領域に対応しています。

■確認内容と支援のポイント

I 歩き方や動作、外出方法について【運動・移動】	
この領域の質問に「はい」と答えた場合、移動機能に何らかの支障がある可能性があります。	
1 移動時（立上り、歩行、階段昇降）に支えの必要性	
①②③	支えが必要な場合の道具の選択と安全性について評価します。 なぜ移動に支障をきたしているか、身体症状や疾病要因を明らかにします。
2 転倒の危険性や歩行状態	
④⑤	転倒の状況や危険性を評価します。 転倒すると再転倒を恐れて外出を控え、生活不活発病の要因となります。場合によっては、骨折するなど要介護状態になる危険性もありますので、予防的な取組をすすめましょう。あわせて、転倒しにくい環境づくりについても支援しましょう。
3 歩行能力と運動習慣	
⑥	歩行状態や運動習慣（健康づくり・介護予防への取組）について確認します。 時間や歩数等を確認することで、本人の健康づくりに関する考え方や情報の入手方法なども理解できます。 また、評価時には客観的なデータとしても使用できます。 たとえ歩行状態が落ちていたとしても、本人が健康づくり・介護予防のために取り組んでいる体操や生活の工夫についても確認しましょう。
4 移動手段と範囲	
⑦⑧	自分だけで可能な移動範囲と手段、自宅周辺の環境について確認します。 あわせて、移動時の危険性の判定や家族の支援内容についても確認しましょう。
II 日頃の暮らしについて教えて下さい【日常生活(家庭生活)】	
この領域の質問に「いいえ」と答えた場合、日常生活に何らかの支障がある可能性があります。	
1 IADLの自立度や介助の状況	
①～⑧	家事、買い物、金銭管理、住宅管理など、自分で行えているか介助(支援)を受けているかを確認します。 介助を要する場合は、支障をきたしている要因（心身状況や疾病、環境など）を明らかにするだけでなく、誰からどのような介助(支援)を受けているか聞くことで、家族や近所、友人などの関わりもみえてきます。
III 趣味活動などの外出状況について教えてください【社会参加、対人関係・コミュニケーション】	
この領域の質問で「いいえ」と答えた場合、社会参加の低下が考えられます。	
1 趣味・特技	
①	趣味や特技を確認します。（現在だけでなく過去も含めて聞き取りましょう。） 趣味がない場合や過去の趣味や特技が思い浮かばない場合には、「興味・関心チェックシート」の活用をしてみましょう。本人が前向きに暮らしていくための目標づくりに向けたヒントになります。また、仕事で培った技術や知識を確認することで、今後の地域参加にむけた支援を行うきっかけになることもあります。

2 社会参加の状況や家庭内・地域での役割	
②～⑤	仕事やボランティア、地域・町内会活動、趣味の会等への参加状況を確認します。 「その他」には、上記以外への社会参加の状況や家族内の役割、交流の状況などを記入します。
⑥	外出の状況【頻度】 外出の頻度を確認します。 あわせて、目的(行先)を確認すると、本人の生活状況が更に見えてきます。

IV 健康状態について教えてください【健康管理について】	
この領域の質問は問②以外「はい」と答えた場合、健康維持に課題がある可能性があります。	
1 食生活や栄養の状況	
①	肥満度を把握します BMI18.5以下の時には低栄養の可能性がありま 理由が特になく、急激な体重減少がある場合には注意が必要です。
②～③	食事の状況を確認します。 1日3回の食事をとっているか確認します。 特に体重減少がある場合には詳しく聞きましょう。疾病管理の視点から、食事の管理ができてい ます。特に、配食サービスや給食会を利用する場合には、減塩指示やアレルギー等を確認し、プラン作成者か らも連絡することが望ましいと考えます。
2 口腔機能	
④～⑤	歯の残数、噛み合わせなどを確認します。 歯の欠損や義歯の不具合などで噛み合わせの状況を確認します。 噛み合わせが悪い場合、食事摂取の内容が偏る可能性があります。また、噛み合わせが悪いと奥歯でくいし ばることができず、「歩行バランスが悪い、転倒リスクが高くなる」といった研究も出ています。必要時、歯科医 の受診をすすめましょう。 むせこみや飲み込みの悪さは、口腔機能が低下している可能性があります。 正しい姿勢での食事摂取や「お口の体操」等を伝えたり、医療機関の受診をすすめましょう。
3 嗜好	
⑥	量や頻度について確認します。 健康管理(疾病の悪化予防)の観点から医師との連絡を必要とする場合があります。
4 清潔保持	
⑦	入浴行為に関する自立度や回数について確認します。 入浴ができない場合は代替え方法なども確認します。必要時、浴室等の環境の確認も行います。
5 排泄の状況	
⑧	排泄の困り事や心配がないか確認します。 心配がある場合は、どんなこと困っているのか具体的に確認します。(行為の自立度や回数や量形状につい ても確認します。また、排泄に関することはデリケートな問題なので、慎重に質問をしましょう。ただし、頻尿、 尿漏れなど、加齢とともに問題を抱える高齢者は多く、それ自体が外出を減少させる原因になることを伝える ことも大切です。
6 休養	
⑨	睡眠時間や生活のリズムを確認します。 「睡眠の質が悪い」、「睡眠薬代わりに飲酒している」といった訴えがある場合には、主治医への相談をすす めましょう。(過剰な飲酒は睡眠の質を下げるといわれています。)
7 身体状況	
⑩⑪	聴力や視力を確認します。 生活に支障をきたしたり、転倒の原因にもなるため、丁寧に聞き取りを行いましょう。また、情報伝達やサー ビス提供時に配慮が必要となりますので、サービス提供者や団体等へも状況を伝えることが望ましいと考えま す。
8 薬の管理	
⑫	薬の管理が自分でできているか確認します。 また、自分が飲んでる薬の内容や悪化予防の方法についても理解しているか確認しましょう。

興味・関心チェックシート

様式 7

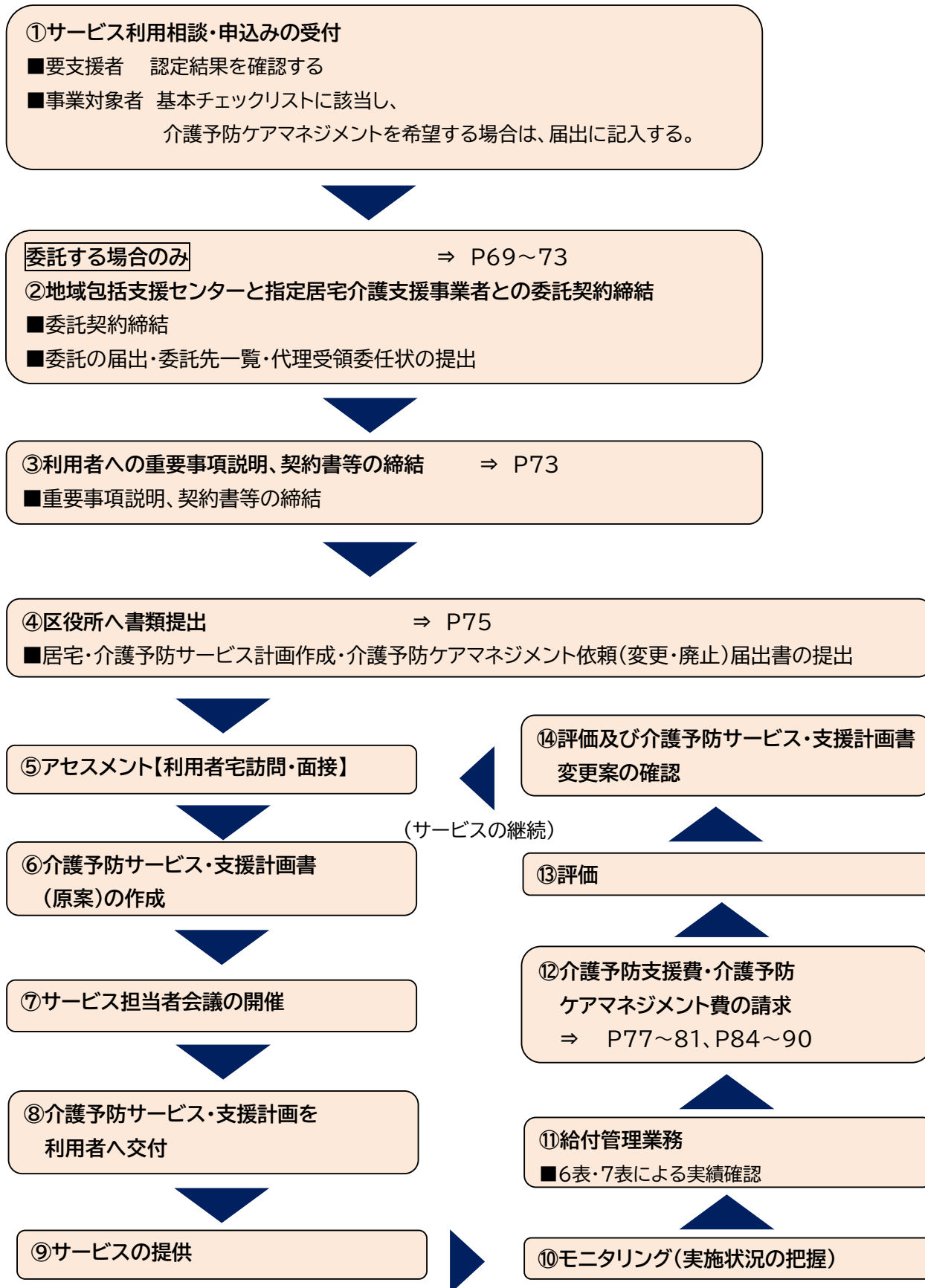
氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別() 記入日 _____ 年 月 日

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			

VI 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務の流れ

1 業務の流れ



2 対象者

【最初に確認しておきましょう】

- 保険証の住所が市内(担当エリア内)になっている方が対象となります。
- 保険証の住所が市外になっている方については、住所のある市町村の地域包括支援センターまたは住所地の介護予防支援の指定を受けている居宅介護支援事業所が担当になります。(そのような場合、担当包括が、横浜市内の居宅介護支援事業所に委託して実施することはできませんが、利用できるサービスは保険者に必ず確認してください。)

資格	利用するサービス	ケアプラン
要支援者	予防給付のみ	介護予防サービス計画 (介護予防支援)
	予防給付 + 総合事業	介護予防サービス計画 (介護予防支援)
	総合事業のみ	介護予防 ケアマネジメント
事業対象者 ※要支援相当で、 基本チェックリストにより事 業の対象になった方	総合事業のみ	介護予防 ケアマネジメント

※事業対象者については、介護保険認定審査で非該当の方の利用は想定していません。

3 住所地特例

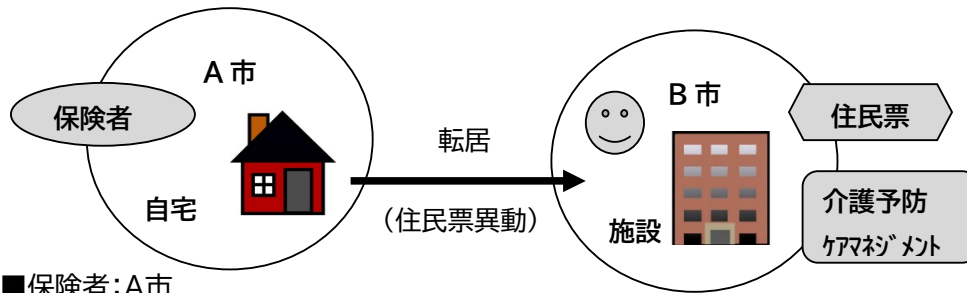
- ・ 住所地特例とは、対象施設への入所等に伴い住所を異動された方を一律に施設所在市町村の被保険者にしてしまうと、対象施設が多く建設されている市町村の給付費が増加するといった財政上の不均衡を是正するために設けられた制度です。
- ・ 住所地特例対象者に対する介護予防支援については、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者が行うことになります。(法第58条第1項) 介護予防ケアマネジメントについても、同様に、施設所在市町村が指定した地域包括支援センターが行います。
- ・ 市外の住所地特例対象施設に転居された方は、住民票を異動しても、元々住んでいた横浜市の被保険者のままとなります。

※横浜市の地域包括支援センター・介護予防支援事業所が担当する「住所地特例対象者」は次の①②両方に該当する方です。

- ① 他都市の被保険者証を持っている
- ② 市内(担当エリア内)の住所地特例対象施設に入居していて、保険証の住所が市内(担当エリア内)になっている。

(例1) ○ 住所地特例となるケース

A市に住んでいる人が、B市の住所地特例対象の施設に入所するため転居(住民票異動)



- 保険者:A市
- 住民票:B市
- 実態:B市の住所地特例対象施設に入所
- 介護予防支援:B市の地域包括支援センター
またはB市の介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が実施
- 介護予防ケアマネジメント:B市の地域包括支援センターが実施(委託可)

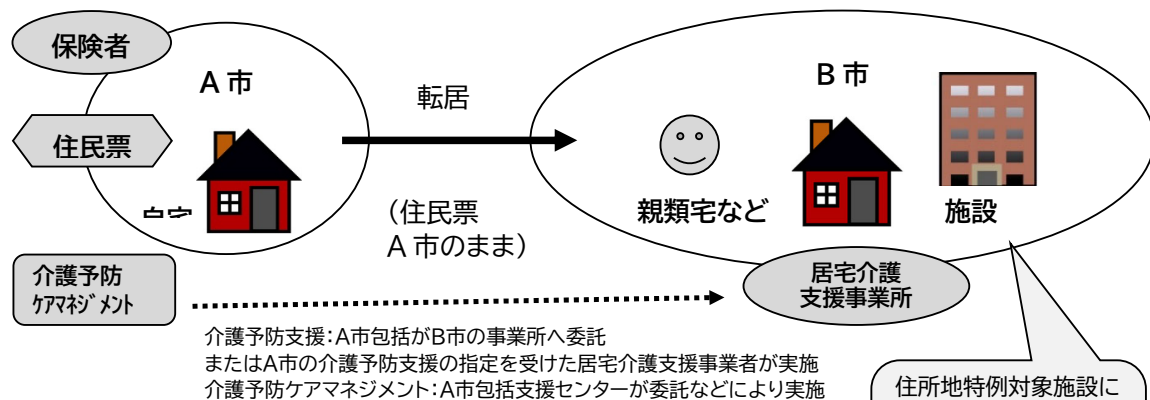
※なお、市内の他区へ異動の場合、保険者は変わらないので住所地特例とはなりません。

・ 住民票の異動について

住民基本台帳法では、住所が変わった場合、原則、住民票の異動(転入届の提出を14日以内に行うこと)が義務付けられています。ただし、何らかの事情で住民票を異動しない利用者については、次の例のような対応になります。

(例2) ✕ 住所地特例ではないケース

A市に住んでいる人が、B市の親類宅や住所地特例対象施設等に居住(住民票異動していない)



- 保険者:A市
- 住民票:A市
- 実態:B市の親類宅や住所地特例対象施設等に居住
- 介護予防支援:A市の地域包括支援センター
またはA市の介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が実施
- 介護予防ケアマネジメント:A市の地域包括支援センターが実施(委託可)

<参考> 住所地特例者等の依頼届出等についてのパターン整理表

パターン		保険者	被保証に印字されている住所(住民票)※1	実際の居住地	基本チェックリスト実施(事業対象者の場合のみ)	プラン作成地域包括支援センター・予防の居宅介護支援事業者※3	依頼届出書提出先等※2	利用できる指定事業者によるサービス事業(訪問・通所)
通常	1	横浜市	横浜市	横浜市	横浜市	横浜市の包括・予防の居宅介護支援事業者	横浜市の区役所(介護保険担当)	横浜市のサービス事業
住所地特例者	2	他市町村	横浜市	横浜市	横浜市(保険者である他市町村に、予め横浜市のルールでの対応が可能が確認する必要があります。)	横浜市の包括・予防の居宅介護支援事業者	横浜市の区役所(介護保険担当)※4	横浜市のサービス事業
住民票と居住実態が異なる者★	3	横浜市	横浜市	他市町村	横浜市(居住地の指定居宅介護支援事業者と連携・確認実施)	横浜市の包括・予防の居宅介護支援事業者(居住地の指定居宅介護支援事業者に委託する等により実施)	横浜市の区役所(介護保険担当)	横浜市(保険者)のサービス事業 ※サービス提供する事業者が、横浜市のサービス事業を提供できる指定事業者である必要があります。
住所地特例者	4	横浜市	他市町村	他市町村	他市町村	他市町村の包括・予防の居宅介護支援事業者	他市町村の担当課※5	他市町村のサービス事業
住民票と居住実態が異なる者★	5	他市町村	他市町村	横浜市	他市町村(保険者)	他市町村(保険者)の包括・予防の居宅介護支援事業者(横浜市の指定居宅介護支援事業者に委託する等により実施)	他市町村(保険者)の担当課	他市町村(保険者)のサービス事業 ※サービス提供する事業者が、保険者である市町村のサービス事業を提供できる指定事業者である必要があります。

※1 被保証:介護保険被保険者証

※2 依頼届:居宅・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・廃止)届出書

※3 予防の居宅介護支援事業者:介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者

※4 様式は保険者のものを使用。写しをとって原本と保険証を保険者に送付、写しを保管する。

※5 様式は横浜市のものを使用。原本と保険証を受け取る。

★ 住民基本台帳法では、住所が変わった場合、原則、転入届の提出を14日以内に行うことが義務付けられています。ただし、何らかの事情で住民票を異動しない利用者については、上記3・5のような対応になります。

4 事業主体

(1) 事業主体

介護予防支援：地域包括支援センター及び指定居宅介護支援事業者

介護予防ケアマネジメント：地域包括支援センター

(2) 件数制限

ア 介護予防支援

・地域包括支援センター

配置人員(加配を加えた人数)×240件/年間

・指定居宅介護支援事業者

介護支援専門員1人あたりの取扱件数45件未満/月(ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ事務職員を配置している場合50件未満/月)で、介護予防支援の利用者数は「3分の1」を乗じて件数に加算します。

イ 介護予防ケアマネジメント：件数制限なし

5 居宅介護支援事業所への委託(地域包括支援センターのみ)

(1) 委託契約

地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に、「介護予防支援」または「介護予防ケアマネジメント」業務の一部を委託する場合は、委託契約書を締結します。

(2) 委託の範囲

委託の範囲について、15項目の業務のうち11項目について委託できることとしています。残る4項目(③、⑦、⑫、⑭)は、地域包括支援センターのみが行える業務で委託はできません。

① 利用申込みの受付

② 地域包括支援センター設置者と利用者との契約締結

③ 契約書の確認(委託不可)

④ アセスメント

⑤ 介護予防サービス・支援計画原案の作成

⑥ サービス担当者会議の開催

⑦ 介護予防サービス・支援計画書案の決定(委託不可)

⑧ 介護予防サービス・支援計画書の交付

⑨ サービスの提供

⑩ モニタリング

⑪ 評価

⑫ 評価及び介護予防サービス・支援計画書変更案の確認(委託不可)

⑬ 給付管理業務

⑭ 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の請求、

給付管理票の神奈川県国民健康保険団体連合会への送付(委託不可)

⑮ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所との連携に係る業務

※委託の範囲は、11項目すべての業務を必ず委託しなければならないものではありません。

地域包括支援センターごと、法人ごとに違う場合があります。契約時には、委託の内容について、契約書をよくご確認ください。

(3) 委託料の支払、委託業務と費用の割合

◎ 本来は、地域包括支援センターが国保連から介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費を全額受け取り、その中から、指定居宅介護支援事業所へ委託料を支払います。ただし、神奈川県においては、地域包括支援センターにおける当該支払い事務の軽減を目的として、国保連から直接、委託先の指定居宅介護支援事業所に委託料相当分の支払いを行っています。

◎ 横浜市では介護予防支援と介護予防ケアマネジメントともに、業務のうち委託可能な業務全てを委託した場合、その割合は全体の80%に相当するものと考えます。
したがって、国保連から介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の88.0%(80%にあたる委託料に消費税10%を上乗せしたもの)が指定居宅介護支援事業所に支払われ、地域包括支援センターには、差額の12.0%が支払われます。

◎ 国保連から委託先の居宅介護支援事業所へ直接入金されるには次の条件があります。次の条件を満たさない場合は、国保連から地域包括支援センターに委託分も合わせた全額が支払われ、その中から委託料を地域包括支援センターが居宅介護支援事業所へ支払います。

条件1	委託割合が88.0%(80%+消費税10%、80%×1.1)である
条件2	委託先が神奈川県内の居宅介護支援事業所である
条件3	利用者が横浜市または県内市町村の被保険者である
条件4	代理受領委任状が提出されている
条件5	委託先の支援事業所番号が記載された給付管理票が提出されている

※委託の割合は事業者間の契約により変更することができますが、
変更した場合は国保連から居宅介護支援事業所へ直接支払うことができません。

(4) 委託の対象者

ア 要支援者(初回から委託可)

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントについて、業務の一部を指定居宅介護支援事業者へ委託できることとします。(ケアマネジメントCを除く)

イ 基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

要支援者が認定有効期間満了後に更新の認定申請を行わず、基本チェックリストにより事業対象者となった場合は、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託できることとします。

また、初めて介護保険サービスを利用する方が、事業対象者となった場合、初回の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターで実施します。1クール(3~6か月)終了後のケアプランの継続、変更の時点以後は、業務の一部を指定居宅介護支援事業者へ委託できることとします。

ウ 委託の対象外

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)については、地域資源の実情を十分に把握して利用者に情報提供することが必要なことから、地域包括支援センターで実施します(委託事業所におけるケアマネジメントCの実施は不可)。

<委託の対象者>

類型	要支援者	事業対象者
介護予防支援	委託可	
ケアマネジメントA	委託可	【要支援者で介護保険サービスを利用していた方が認定更新せずに事業対象者となった場合】:○委託可 【初めて介護保険サービスを利用する方が事業対象者となった場合】:△ 初回は地域包括支援センターで実施し、 1クール終了し、継続・変更後は委託可
ケアマネジメントC	委託不可	委託不可

(5) 委託の届出

- ◎ 介護予防支援業務の委託にあたっては、中立性・公正性の確保を図るため、委託事業所についての届出を横浜市に提出することになっています。(根拠法令:介護保険法施行規則 第140条の35第1項、第2項)介護予防ケアマネジメントについても、同様の目的で、届出を提出します。
- ◎ 委託届は令和7年3月から厚生労働省が定める標準様式を使用します。代理受領委任状については、変更はありません。介護予防支援と介護予防ケアマネジメント、どちらの届出をする場合も、介護予防支援の様式を使用してください。
- ◎ 既に介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業者については、新たに介護予防ケアマネジメントを委託する場合でも、届出書等の書類提出は不要です。

【委託届出書等の書類提出が必要なとき】

- ①新規で介護予防支援業務を委託する場合
(これまで、介護予防ケアマネジメント業務の委託をしていない事業所)
- ②新規で介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合
(これまで、介護予防支援業務の委託をしていない事業所)
- ③既に契約している委託内容(事業所名称、事業所番号、所在地等)を変更する場合

(6) 代理受領委任状

- ◎ 国保連から委託先の居介支に直接入金するためには、代理受領委任状の提出が必要です。地域包括支援センターと居宅介護支援事業者の両者が押印し、書類を作成したら、委託の届出書等と一緒に横浜市へ提出してください。(電子申請による届出書の提出の場合は代理受領委任状のPDF等の画像を添付し、取りまとめの期日までに原本を提出してください。)

◎ 提出された委任状の原本は、半年ごとにとりまとめ、とりまとめ次第翌月に市から国保連へ郵送します。期限までに提出してください。(まとめて提出可)

※4月から9月の届け出分…10月10日必着、10月～翌3月届け出分…4月10日必着

■提出書類

※○印が必要な書類	新規	委託内容の変更					提出媒体	備考
		委託内容	事業所名称	事業所番号	所在地	委託期間		
(1)書類送付票	○	○	○	○	○	○	紙で提出 電子申請可	
(2)指定介護予防支援委託(変更)届出書	○	○	○	○	○	○	紙で提出 電子申請可	1つの事業所につき1枚作成します。 ※法人代表者印は不要です。
(3)指定介護予防支援委託事業所一覧(抜粋)	○	○	○	○	○	○	紙で提出 電子申請可 ※ <u>該当事業所が載っているページのみ提出</u>	・新規委託の場合は、事業所名や所在地、委託内容、委託期間などを記載します。 ・委託内容変更の場合は、変更後の情報を一覧に反映させます。 ・閉鎖した事業所については届出不要です。一覧の掲載部分に取り消し線を引き、閉鎖年月日を記載します。 ・右端の年間委託件数の欄は空欄で結構です。
(4)代理受領委任状	○	×	×	○	×	×	※紙で 原本提出	県内事業所のみ ※法人代表者印が必要です。

※様式は、横浜市のホームページにも掲載しています。

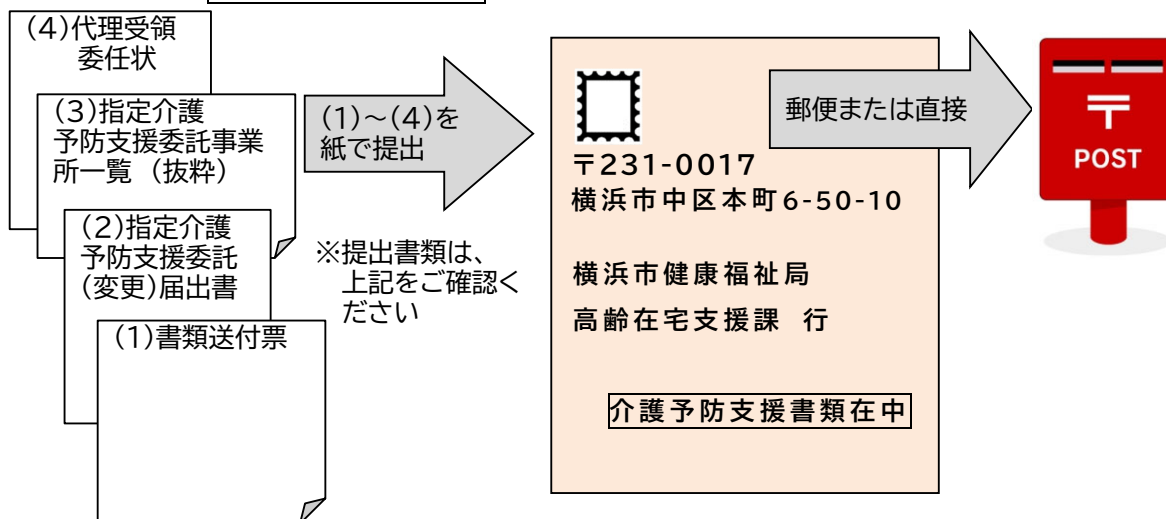
■提出方法

<郵便または持参による提出>

(1)～(4)のうち、必要な書類を紙で、高齢在宅支援課へ提出してください。

<提出先> 〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10 横浜市健康福祉局 高齢在宅支援課

※封筒に「介護予防支援書類在中」と必ず明記してください



<電子申請による提出>

(1)～(4)を厚生労働省が運営する「電子申請・届出システム」で提出します。

・wordやexcelのデータでの提出もできます。代理受領委任状は画像データを提出し、後日、原本を提出してください。

詳しくは横浜市ホームページで御確認ください。

横浜市ホームページ>[介護予防支援\(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所\)](https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html)
(URL)

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html

・電子申請・届出システムログイン画面(厚生労働省)

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>

・電子申請の場合も代理受領委任状の原本の提出が必要です。

・届出書の提出時には代理受領委任状のPDF等画像データを電子申請届出システムに添付し、原本の提出は半年に1度の期限までに提出してください。(まとめて提出可)

※4月～9月届出分…10月10日必着、10月～翌年3月届出分…4月10日必着

期限までに必ず提出してください。届出の都度提出していただいても構いません。

※「電子申請・届出システム」の利用には「GビズID」の登録や、「登記情報提供サービス」(法務省が指定する一般財団法人民事法務協会)の登録が必要です。

6 利用者への重要事項説明と契約書等の締結

利用者が地域包括支援センターまたは介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者との信頼関係の中で、安心してサービスを利用し、介護予防に励むことができるために、新たに介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントA、ケアマネジメントC)を開始する際は、必ず重要事項を説明してください。また、契約書を締結することをお勧めします。

なお、地域包括支援センターは事務処理の効率化を図る観点から、重要事項説明や契約書の取り交わしも含めて、指定居宅介護支援事業所に委託することができます。

※契約書等の締結を委託する場合、利用者へ事前に居宅介護支援事業所が地域包括支援センターの代行として契約を取り交わす旨の連絡などを行い、契約が円滑に行えるよう努めてください。

(1) 重要事項説明

重要事項説明書により利用者へ重要事項の説明を行って、同意を得てください。

(2) 契約書等の締結

重要事項説明の際に、契約書の締結等をお勧めします。

※ 新規・更新・区分変更の際に、「介護予防支援」を新規、または引き続き行う方についても、次のようなサービス内容の変更により、今後、介護予防ケアマネジメントに該当する可能性があるため、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント共通の契約書を使用することをお勧めします。

★サービス内容の変更により、

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを月ごとに選択して請求する例

【例1】通所サービス(旧 介護予防通所介護)を毎月利用し、

隔月でショートステイ(短期入所生活介護:予防給付)を利用する方

【例2】訪問サービス(旧 介護予防訪問介護)を毎月利用し、

不定期で歩行器(介護予防福祉用具貸与:予防給付)を利用する方

※ 地域包括支援センターは重要事項説明や契約書の取り交わしも含めて、指定居宅介護支援事業所に委託することができます。

(3) 関係省令等

○ 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準(平成18年厚生労働省令第37号)

⇒ 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、(略)利用者は複数の指定介護予防サービス等事業者を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。(基準第4条第2項)

○ 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について(平成18年3月31日老振発0331003号、老老発0331016号)(以下、解釈通知という。)

⇒ 介護予防サービス計画の作成にあたって利用者から担当職員に対して複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。(解釈通知第2の3の(1)抜粋)

7 居宅・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・廃止)届出書

(1) 要支援者

要支援認定申請後、サービスを利用する際は、事前に介護予防サービス・支援計画作成について、本人、地域包括支援センターまたは介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が区役所に「居宅・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・廃止)届出書」(本ページ内では以下、届出書という)を提出します。

(2) 事業対象者

チェックリストで事業対象者の基準に該当した方は、チェックリストと届出書を本人または地域包括支援センターが区役所に提出することで「事業対象者」となります。

※要支援者が事業対象者になる場合は、届出書にチェックリストを添付します。

(3) 届出書の再提出が必要な場合

以下のア、イに当てはまる場合は、その都度、届出書を提出します。

ア 認定区分が変更する場合

…要支援→事業対象者 または 事業対象者→要支援

※要支援者が事業対象者になる場合は、届出書にチェックリストを添付します。

イ 事業主体を変更する場合

…介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者→地域包括支援センター
地域包括支援センター→介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者
介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者

→別の介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者

届出書様式は横浜市のウェブサイトに掲載しています。

→トップページ>暮らし・総合>福祉・介護>高齢者福祉・介護>介護保険>各種申請関連

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/koreisha-kaigo/kaigo-hoken/shinsei.html>

【届出書提出時の注意点】

① チェックリスト実施により事業対象者と判定した場合は、速やかにチェックリストと届出書を区役所に提出してください。(提出をもって、事業対象者と登録されます。)

② 利用者が地域包括支援センターの担当エリア外に転居して、転居先の地域包括支援センターが引き継ぐ場合は、届出書の「契約等の発効(失効)年月日」を「住民票の異動日」と同じ日にしてください。

※転居後にサービス利用がない場合は、どちらの地域包括支援センターが給付管理を行うか、調整が必要です。(P81 参照)

8 包括的な委託を行った場合の事務手続きの流れについて

(1) 包括的な委託について

令和6年4月から居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定を受けて介護予防支援を直

接実施(以下「指定居宅介護支援事業所」)できることになったことに伴い、令和6年4月26日付「指定居宅介護支援事業者が市町村長からの指定を受けて介護予防支援を実施する場合の留意事項について」が発出されました。

このことを踏まえ、「指定居宅介護支援事業所が行っている予防給付(介護予防支援)が、介護予防ケアマネジメントの結果、第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)に変更になり、当該居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受ける」場合には、地域包括支援センター及び介護支援専門員の手続きの負担軽減のため、次の流れで手続き及び届出を行います。

<介護予防支援、介護予防ケアマネジメント契約のパターン>

●介護予防支援のみ利用(例:介護予防訪問看護等の予防給付)

- ① 利用者が地域包括支援センターのみと契約
- ② 利用者が指定居宅介護支援事業所のみと契約

●介護予防ケアマネジメントのみの利用(例:横浜市通所型支援等の総合事業)

- ③ 利用者が地域包括支援センターのみと契約
- ④ 利用者が地域包括支援センターと契約をし、地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業所と委託契約

●介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを交互に利用

例:5月は横浜市通所型支援等の総合事業に加えて介護予防訪問看護等の予防給付
 6月は横浜市通所型支援等の総合事業
 上記②の契約を締結しつつ、あらかじめ④を併せて締結することも可能。(三者契約)
 ⇒今回の手続きについては、当該三者契約が対象。


(2) 具体的な事務手続きの流れ

ア 利用開始時

1	利用者、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所の三者契約を締結
2	<p>指定居宅介護支援事業所が「介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書」および包括支援センター分の「介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書」【別紙1】のそれぞれの届出書上部余白に赤字で「<u>包括的な委託</u>」と記載した上で、三者契約書(写)と併せて「包括的な委託」であることを申し添えて区役所に提出する。</p> <p>※ 既に利用者と指定居宅介護支援事業所間の二者契約が結ばれ、届出がされている場合は、新たに利用者と地域包括支援センターとの三者契約を締結し、それぞれの契約書(写)及び包括支援センター分の「介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書」【別紙1】の上部余白に赤字で「<u>包括的な委託</u>」と記載した上で、「<u>包括的な委託</u>」に変更することを申し添えて区役所に提出</p>

イ サービス種別変更時(介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメント)

指定居宅介護支援事業所:居宅/地域包括支援センター:包括

	機関	内容	媒体	業務
1	居宅→包括	サービス種別及び事業所変更について相互の報告・共有 【共有内容】 ・被保険者番号 ・氏名 ・住所 ・変更前後の事業所 ・その他必要な事項	電話等で報告	共有したことの記録作成
2	居宅→区役所	包括的な委託に伴う計画種別変更報告書の提出【別紙2】	原則 横浜市電子申請システム (区役所窓口への紙での提出も可)	【別紙2】を以下のURL*から電子申請システムに添付して送信  (二次元コード)

市ホームページ「[介護予防支援\(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所\)](#)」に掲載

<電子申請システムURL>

<https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/e16a1f57-a672-441b-93b4-a593d3ef3844/start>

9 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の請求

(1) 請求方法

種別	<input type="checkbox"/> 介護予防支援費	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント費(A、C)
該当者	介護予防支援を実施する方	介護予防ケアマネジメントを実施する方 ※県外市町村の住所地特例対象者の方も含む
請求方法	各地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所の請求ソフト等により 請求データを作成し、国保連へ直接請求データを提出 (<input checked="" type="checkbox"/> は地域包括支援センターのみ)	
締切日	翌月10日	
支払方法	国保連から支払い	
支払日	請求月の翌月25日	

介護予防支援費 ・ 介護予防ケアマネジメント費(A、C)

◎ 地域包括支援センター・介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者は、「6表・7表」及び「給付管理票」をもとに、各地域包括支援センターのシステムで国保連請求データを作成し、給付

管理票、請求明細書を、翌月10日まで(月遅れ可)に国保連合会に請求(提出)します。

- ◎ 国保連は、請求について審査を行い、審査結果に問題が無ければ、地域包括支援センター・介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者に支払(請求月の翌月25日)を行います。

(2) 請求取下依頼

- ◎ 過誤調整のため、請求取り下げをする場合は、横浜市(介護保険課)あてに電子申請で行います。

※返戻となった明細書は支払決定されていないので、取下げを行う必要はありません。

- ◎ 前月までの介護予防ケアマネジメント費の請求に誤りがあった場合、次のように対応します。

例1)介護予防ケアマネジメント費で請求すべきものを、介護予防支援費で請求してしまった

① 介護予防支援費 ⇒【取下げ】横浜市(介護保険課)へ電子申請
② 介護予防ケアマネジメント費 ⇒【請求】地域包括支援センターのシステムで国保連へ請求

例2)介護予防ケアマネジメント費の請求で、誤って初回加算を算定してしまった

① 介護予防ケアマネジメント ⇒【取下げ】横浜市(介護保険課)へ電子申請 ⚠ 初回加算のみ取下げすることはできません!
③ 介護予防ケアマネジメントA<サービスコード:AF1001> ⇒【請求】地域包括支援センターのシステムで国保連へ請求

※取下げ・再請求する場合のスケジュールは、次ページを参照してください。

(3) 再請求

- ◎ 横浜市に請求取下依頼を行った明細書は、同月以降に国保連へ再請求を行うことができます。ただし、同月に再請求ができない場合もありますので、ご注意ください。

【参考例】4月サービス提供分(5月請求)を取下げ・再請求する場合のスケジュール

適否	スケジュールのパターン	(請求・取下げ月) (提出日)	請求月 (報酬請求月) 1~10日	取下げ月 1~8日	再請求月 1~10日
○	A 同月過誤		5月	6月	6月 (取下げ月と同月)
○	B 翌月以降の過誤調整		5月	6月	7月
×	C 請求月と同月の取下げは不可		5月	5月 (請求月と同月)	6月
×	D 取下げ月より前の再請求は不可		5月	7月	6月 (取下げ前の請求)

※「同月過誤」を実施する場合の注意事項

- ア 過誤調整を実施するにあたり、給付管理票の修正も必要な場合は、同月過誤は実施できません。まず請求取下依頼を行ったうえで、翌月以降に給付管理票の修正と再請求を行ってください。
- イ 入力誤り等で「再請求」が“返戻”または“保留”になった場合は、「取下げ」のみ実施されることになります。この場合の介護報酬の支払いは、取下げ分の減額だけが行われます（再請求分とは相殺されません）。

⚠ 給付管理票の取下げはできません。給付管理票の内容を訂正する場合は、修正となります(国保連合会へ提出してください)。

(4) (参考)介護予防ケアマネジメント費の審査決定内容の通知について

審査決定内容についての帳票が、国保連から各地域包括支援センターに送信されます。

(送信時期:審査月月末～翌月3日)

◎ 帳票の内容や受け取り方の詳細は、国保連にお問合せください。

(5) 請求について注意が必要な場合

ア 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを月ごとに選択して請求する場合

◎ 次の例のように、サービス内容により、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を月ごとに選択して請求する必要がある場合は、請求時にサービスコードを間違えないよう注意してください。

◎ 月の途中でサービス内容の変更(予防給付+総合事業→総合事業のみなど)する場合は、1日でも予防給付のサービスを利用していれば、介護予防支援費として請求します。

【例1】通所サービスを毎月利用し、隔月でショートステイを利用している方

利用月		1月	2月	3月	4月
利用サービス	通所サービス (総合事業)	○	○	○	○
	ショートステイ(予防給付)	×	○	×	○
請求の種別		介護予防 ケアマネジメント費	介護予防 支援費	介護予防 ケアマネジメント費	介護予防 支援費

【例2】訪問サービスを毎月利用し、不定期で歩行器(介護予防福祉用具貸与:予防給付)を利用する方

利用月		1月	2月	3月	4月
利用サービス	訪問サービス (総合事業)	○	○	○	○
	歩行器 (予防給付)	×	×	○	×
請求の種別		介護予防 ケアマネジメント費	介護予防 ケアマネジメント費	介護予防 支援費	介護予防 ケアマネジメント費

※前月と請求の種別が異なっても、初回加算の算定はできません

イ 給付管理票に記載しない予防給付サービスを利用する場合

- ◎ 下記の3つの予防給付サービスについては、区分限度額を管理しないサービスのため、従来から、給付管理票に記載しません。

介護予防居宅療養管理指導、特定介護予防福祉用具購入、介護予防住宅改修

- ◎ 基本的には、予防給付と総合事業のサービスを両方利用すると、計画作成費は「介護予防支援費」として請求することになりますが、上記3つの予防給付サービスと総合事業のサービスを両方利用する場合は、例外的に「介護予防ケアマネジメント費」として請求します。

➡ 給付管理票に記載しているサービスが、
「A」で始まるサービスコードの総合事業サービスのみの場合は、
「介護予防ケアマネジメント費」として請求します。

◎ 総合事業と予防給付のサービスを併せて利用する場合の例

(例1)総合事業+予防給付(給付管理票あり)

利用サービス		給付管理票	計画作成費
通所サービス	総合事業	○	介護予防支援費
ショートステイ	予防給付	○	

(例2)総合事業+予防給付(給付管理票なし)

利用サービス		給付管理票	計画作成費
通所サービス	総合事業	○	介護予防ケアマネジメント費
介護予防居宅療養管理指導	予防給付	×	

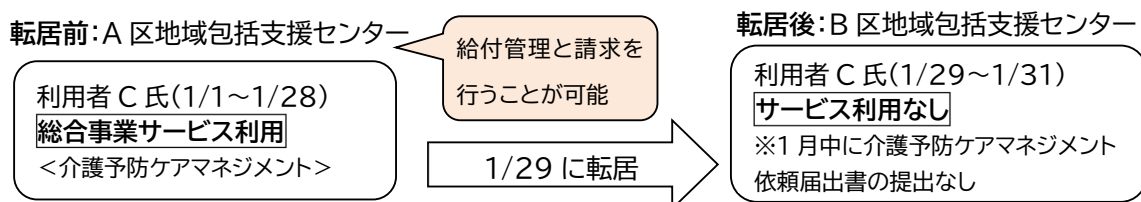
(例3)総合事業+予防給付(給付管理票あり)+予防給付(給付管理票なし)

利用サービス		給付管理票	計画作成費
通所サービス	総合事業	○	介護予防支援費
ショートステイ	予防給付	○	
介護予防居宅療養管理指導	予防給付	×	

ウ 月途中で他区へ転居したが、転居前の地域包括支援センターが当月分の給付管理と請求を行う場合

- ◎ 計画作成費は日割り計算ができないため、月末に居住する地域の地域包括支援センターが給付管理と計画作成費の請求を行うのが基本です。
- ◎ ただし、次の具体例のように、転居前の地域包括支援センターが請求することが可能な場合もあります。

【具体例】 利用者 C 氏(要支援2)は 1月29日に市内 A 区から B 区に転居した。



例のように、1月はA区でのみサービスを利用した場合は、A 区地域包括支援センターが1月分の給付管理を行い、介護予防ケアマネジメント費を請求することも可能です。

この場合、B区地域包括支援センターは、2月分から請求を行います。

<注意事項>

- ・必ず、両方の地域包括支援センターで調整の上おこなってください。
- ・A区地域包括支援センターが請求をする場合も、B区の保険者番号を記載し請求します。
- ・A区包括支援センターが1月分の給付管理をする場合は、B区包括支援センターが提出する介護予防ケアマネジメント依頼届出書の契約発効日を2月1日以降にします。
- ・1 月末までの契約発効日の届出書をB区役所に提出している場合は、A区地域包括支援センターが請求することはできません。

エ 月途中で要支援(介護予防支援)から要介護に区分変更した場合で

当月中は要介護のサービス利用がない場合

⇒ 月前半を担当していた地域包括支援センターまたは介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が給付管理を行います。

オ 要介護者が補助事業を利用する場合

◎ 要介護者で介護給付と補助事業を併用利用する場合、ケアマネジメントの種別は、居宅介護支援になり、居宅介護支援費の中に含まれることとなります。

◎ 補助事業のみ利用する場合は、前記ケアマネジメントCの取扱いになります。

10 その他

(1) 市外のサービス事業者の事業所指定申請

- ◎ 市外のサービス事業所が、横浜市の被保険者(住民票も横浜市)に対して、横浜市の総合事業の「横浜市訪問介護相当サービス」または「横浜市通所介護相当サービス」を提供する場合は、事業所の指定が必要となります。

- ◎ 申請手続きの詳細は、健康福祉局ウェブサイトでご案内しています。
→ 下記 URL または「横浜市 総合事業 新規指定」で検索
<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/sogo/tetsuzuki/shinki/>
→ 事業所指定に関する問合せ:健康福祉局 介護事業指導課(電話:671-3413)
- ◎ 【参考】市内のサービス事業所が、他市町村から住民票を異動せずに横浜市に居住している利用者などに、サービスを提供する場合（住所地特例対象者ではないので横浜市の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施する対象者ではない。）
➡ 事業所指定等の手続き等について、市内事業所から質問があった場合は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する当該市町村に問い合わせるよう案内します。

(2) 本人・家族へのサービス利用予定の周知方法(第6表・第7表の使用について)

■ 次のいずれかの方法で行います。

- ① 介護予防サービス・支援計画書に、
サービス利用予定の曜日・時間を具体的に記載して利用者に交付する
- ② 第6表(サービス利用票)・第7表(サービス利用票別表)を交付する
※記載は簡便なもので可
※利用者確認印は不要
- ③ その他、サービス種別・曜日・時間が分かるような独自書式を交付する
(関連通知等)
・「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」
(平成18年3月31日、厚生労働省老健局振興課長通知、老振発第0331009号)
・厚労省QA<<平成18年4月改定関係Q&A(Vol.2)>>

(3) 横浜市訪問型生活援助サービスの利用に伴う事務について

ア 第6表(サービス提供票)・第7表(サービス提供票別表)の確認について

- ◎ 要支援者および事業対象者が利用できるサービスは基本的には包括報酬(月ごとに算定)ですが、次の算定項目を利用する場合は「1回ごとに算定」するものになります。

横浜市訪問介護相当サービス	訪問型サービスⅣ
	訪問型短時間サービス(20分未満)
横浜市訪問型生活援助サービス (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスⅣ/2

- ◎ 上記算定項目の利用者については、サービス利用実績(回数)の把握が必要となるため、サービス事業者から提出される第6表(サービス提供票)と第7表(サービス提供票別表)の内容について、利用者本人又は家族による確認を行ってください。(※利用者確認印は不要)
- イ 給付管理票の作成について
第6表・第7表等のサービス提供について記録した帳票類をもとに、給付管理票を作成します。

(4) 地域包括支援センターにおける介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントの公正・中立性評価

地域包括支援センターは、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを担当圏域内で独占的に実施する事業者であるため、その運営については、高度な公正・中立性が求められます。このため、横浜市では、センターが実施した介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント(訪問サービス及び通所サービスの占有率)について、各区福祉保健センター高齢・障害支援課による調査に基づき、市地域包括支援センター運営協議会が評価を行うこととしています。

ア 判定基準について

時点評価: 各年5月～7月の3か月平均の占有率が
判定基準数値(訪問50%、通所70%)を超過しているか否かを判定。

◎訪問サービス(横浜市訪問介護相当サービス)

$$\frac{\text{特定月に作成され、A社の訪問サービスが位置づけられた介護予防ケアプランの件数}}{\text{特定月に作成され、訪問サービスが位置づけられた介護予防ケアプランの総件数}} = A \begin{cases} \text{【判定基準数値】} \\ \leq 50\% \rightarrow \text{課題なし} \\ > 50\% \rightarrow \text{課題ありと推定} \end{cases}$$

◎通所サービス(横浜市通所介護相当サービス)

$$\frac{\text{特定月に作成され、A社の通所サービスが位置づけられた介護予防ケアプランの件数}}{\text{特定月に作成され、通所サービスが位置づけられた介護予防ケアプランの総件数}} = A \begin{cases} \text{【判定基準数値】} \\ \leq 70\% \rightarrow \text{課題なし} \\ > 70\% \rightarrow \text{課題ありと推定} \end{cases}$$

期間評価: 5月～7月の占有率が前年の各同月の占有率と比較して
判定基準数値(30ポイント)以上増加しているか否かを判定。

イ ヒアリングの実施について

「時点評価」および「期間評価」の数値が、判定基準占有率を超えた地域包括支援センターについては、特定事業所集中をやむを得ないとする正当な理由があるかどうかについて、各区福祉保健センター高齢・障害支援課がヒアリングを行います。正当な理由がない地域包括支援センターに対しては、今後の是正計画が記入された「状況改善報告書」の提出を求めて、指導を行います。

Ⅶ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 事務に関する資料

1 報酬単価

(1) コード表

【介護予防支援】

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位
種類	項目				
46	2111	介護予防支援Ⅰ	イ 介護予防支援費(Ⅰ)	442	1月に つき
46	E211	介護予防支援Ⅰ・業未	イ 業務継続計画未策定減算(1%)	438	
46	2113	介護予防支援Ⅰ・虐待	イ 高齢者虐待防止措置未実施減算(1%)	438	
46	E212	介護予防支援Ⅰ・業未・虐待	イ 業未(1%)、虐待(1%)	434	
46	2121	介護予防支援Ⅱ	イ 介護予防支援費(Ⅱ)	472	
46	E213	介護予防支援Ⅱ・業未	イ 業務継続計画未策定減算(1%)	467	
46	2127	介護予防支援Ⅱ・虐待	イ 高齢者虐待防止措置未実施減算(1%)	467	
46	E219	介護予防支援Ⅱ・業未・虐待	イ 業未(1%)、虐待(1%)	462	
46	4001	介護予防支援初回加算	□ 初回加算	300	
46	6132	委託連携加算	ハ 委託連携加算	300	

【介護予防ケアマネジメント】

(ケアマネジメントA)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位
種類	項目				
AF	1001	ケアマネジメントA	イ 介護予防ケアマネジメント費	442	1月に つき
AF	1002	初回加算(ケアマネジメントA)	□ 初回加算	300	
AF	1004	委託連携加算 (ケアマネジメントA)	ハ 委託連携加算	300	
AF	1010	ケアマネジメントA虐待防止未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	438	
AF	1020	ケアマネジメントA業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	438	
AF	1030	ケアマネジメントA虐待防止未実施減算・業務継続未策定減算	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	434	

(ケアマネジメントC)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位	
種類	項目					
AF	1021	ケアマネジメントC・初回	初回のみ介護予防ケアマネジメント費	442	1月につき 年1回まで	
AF	1011	ケアマネジメントC虐待防止未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	438		
AF	1022	ケアマネジメントC業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	438		
AF	1031	ケアマネジメントC虐待防止未実施減算・業務継続未策定減算	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	434		
AF	1023	ケアマネジメントC社会参加促進報酬	重複算定は不可 ※1	社会参加の継続を支援するための取組を評価	300	1月につき
AF	1024	ケアマネジメントCアウトリーチ報酬		多様な活動につなげるためのアウトリーチなどの取組を評価	300	1月につき 年6回まで
AF	1025	ケアマネジメントCリハビリテーション専門職連携等報酬		地域リハビリテーション専門職の助言を受けて介護予防ケアマネジメントを実施	442	1月につき 年1回まで

※1 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費との同時算定は可

2 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)に関する報酬

(1)介護予防ケアマネジメント費

介護予防支援費(I)と同じ単位です。(442単位)

(2) 介護予防ケアマネジメント費の初回加算

初回加算が算定できるのは、次の場合です。

※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ます。

- ① 過去2か月以上、介護予防支援費また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で介護予防サービス・支援計画書を作成(アセスメント実施を含む。)した場合。

※ただし、転居により別の包括が計画作成する場合は、転居前の包括で2か月以内に算定があっても、転居先の包括で初回加算を算定できます。

- ② 要介護者が要支援認定を受けケアマネジメントAを実施する場合。

※事業対象者も要支援者に相当する者とします。

【算定できる例】

1	ケアマネジメントC → ケアマネジメントA 移行する前の2か月以上介護予防ケアマネジメントの算定がない場合
2	要支援 → 要支援（転居） 転居により、担当する地域包括支援センター・介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が変更する場合

【算定できない例】

1	要支援(ケアマネジメントA)→要支援(介護予防支援)→要支援(ケアマネジメントA) 通所サービスを毎月利用し、隔月でショートステイを利用するため、請求が月ごとに介護予防ケアマネジメント費と介護予防支援費で順番にかわる場合
2	要支援(介護予防支援)→ 事業対象者(ケアマネジメントA) 認定有効期間が満了した翌月から、事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合
3	事業対象者(ケアマネジメントA) → 要支援(介護予防支援) 事業対象者の資格を終了し、翌月から要支援者となり予防給付のサービスを利用した場合
4	要支援 → 要支援（地域包括支援センターの区域変更等で担当包括が変更） 区域変更や地域包括支援センターの新設により担当包括が変更する場合で、利用者の転居等による環境の変化はないため、新規のケアプラン作成はしないという場合。(ただし、利用者の状態により、アセスメント実施・サービス担当者会議の開催を含む、介護予防サービス・支援計画書の作成をした場合は初回加算が算定できる)
5	要支援→要支援(委託先の変更) 担当する地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変わった場合

(3) 介護予防ケアマネジメント費の委託連携加算

委託連携加算が算定できるのは、次の場合です。

※指定介護予防支援における基準に準じます。

- ◎ 委託連携加算は、地域包括支援センターが委託する利用者のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業所との適切な情報連携等を評価する加算です。
- ◎ 横浜市では、国の加算算定の要件を満たすために、以下のとおり処理・記録等を行うことを算定条件とします。
 - ① 契約書を取り交わし、委託を開始すること
 - ② 委託先へ利用者に係る必要な情報を提供すること
 - ③ 「介護予防サービス・支援計画書」の「地域包括支援センター意見欄」の記載があること

【算定できる例】

1	ケアマネジメントA → 契約解除 → ケアマネジメントA 既に、1回目のケアマネジメントAで、委託連携加算を算定、契約を1度解除し、再度ケアマネジメントAを利用される際に、新規の契約を結んで開始した場合
2	要支援→要支援(委託先の変更) 担当する地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変わった場合
3	要支援 → 要支援（転居） 転居により、担当する地域包括支援センターが変更する場合

4	要介護 → 要支援 認定有効期間が満了した翌月から、要支援者として予防給付又は総合事業のサービスを利用した場合
---	--

【算定できない例】

1	ケアマネジメントA → 介護予防ケアマネジメント費の算定なし → ケアマネジメントA 既に、1回目のケアマネジメントAで、委託連携加算を算定、その後、サービスを休止し、介護予防ケアマネジメントの算定せずに、2回目のケアマネジメントAを開始した場合
2	要支援(介護予防支援) → 事業対象者(介護予防ケアマネジメント) 認定有効期間が満了した翌月から、事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合
3	事業対象者(介護予防ケアマネジメント) → 要支援(介護予防支援) 事業対象者の資格を終了し、翌月から要支援者となり予防給付のサービスを利用した場合
4	要支援 → 要支援 (地域包括支援センターの区域変更等で担当包括が変更) 区域変更や地域包括支援センターの新設により担当包括が変更する場合で、利用者の転居等による環境の変化はないため、新規のケアプラン作成はしないという場合。(ただし、利用者の状態により、アセスメント実施・サービス担当者会議の開催を含む、介護予防サービス・支援計画書の作成をした場合は委託連携加算が算定できる)
5	要支援(地域包括支援センター) → 要支援(介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者) 委託でない契約の場合 (地域包括支援センターと委託先の事業所が新規に契約し連携する場合に算定できる)

※Q&A集も参照してください。

<参考>

【介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の委託料等】

(令和8年4月1日時点)

	報酬金額	支払先	
	給付単位 ×地域単価 (11.12円)	委託先 居宅介護支援 事業者	地域包括 支援センター
1介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(442)のみ	4,915円	4,325円	590円
2介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(442)+初 回加算又は委託連携加算(300)	8,251円	7,260円	991円
3介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(442)+初 回加算(300)+委託連携加算(300)	11,587円	10,195円	1,392円
4高齢者虐待防止措置未実施減算または業務継続計画未策定減算の適用を受ける場合…(438単位)			
介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(438)の み	4,870円	4,285円	585円
介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(438)+ 初回加算又は委託連携加算(300)	8,206円	7,220円	986円
介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(438)+ 初回加算(300)+委託連携加算(300)	11,542円	10,155円	1,387円
5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の適用を受ける場合…(434単位)			
介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(434)の み	4,826円	4,246円	580円
介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(434)+ 初回加算又は委託連携加算(300)	8,162円	7,181円	981円
介護予防支援費(I)またはケアマネジメントA(434)+ 初回加算(300)+委託連携加算(300)	11,498円	10,116円	1,382円

※ケアマネジメントCは委託できません。

<計算方法>

■委託料の計算(計算途中も小数点以下切捨て)

○委託先の指定居宅介護支援事業所へ支払われる金額(以下、「委託先:」)

委託先:(介護予防支援費(I)または介護予防ケアマネジメント費×地域単価×委託率)
 +(初回加算×地域単価×委託率)
 +(委託連携加算×地域単価×委託率)
 +(業務継続計画未実施減算×地域単価×委託率)
 +(高齢者虐待防止措置未実施減算×地域単価×委託率)

※端数処理は地域単価を乗じた時点と委託率を乗じた時点で小数点以下切捨て

○地域包括支援センターに支払われる金額(以下、「委託元包括:」)

委託元包括:報酬金額-委託先の指定居宅介護支援事業者へ支払われる金額

3 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)に関する報酬

(1)初回のみ介護予防ケアマネジメント

本人とともに計画作成した場合に算定できます。

2回目以降の算定には、再アセスメント等によりケアプランの見直しを行うことが必要です。1年に1回まで算定ができます。

(2)目標指向型のケアマネジメントに係る報酬

高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った選択を支援するため目標指向型のケアマネジメントを評価するとして、以下のア～ウの報酬を算定できます。

※複数に該当する支援を行った場合でも、算定できる報酬はア～ウのうち1つです。

ア～ウいずれの報酬も、初回のみケアマネジメント費との同時算定が可能です。

ア ケアマネジメント C 社会参加促進報酬

【報酬の内容】

適切な専門職の介入を通じた、要支援者および事業対象者(以下、要支援者等)の社会参加の継続を支援するための取組を評価するもの。

【単位数】

300 単位(1 月につき)

【算定条件】

以下の(ア)または(イ)のいずれかの支援を行い、支援内容を経過記録に記載すること。

(ア) 本人宅や通いの場などに訪問して本人に会い、活動への参加状況や生活状況を確認し、参加継続のための助言や、参加意欲を維持するための働きかけを行う。

(イ) 本人が参加する通いの場等に訪問し、活動団体の支援者への聞き取りにて、活動への参加状況や生活状況を共有し、参加意欲を維持するための助言を行う。

イ ケアマネジメント C アウトリーチ報酬

【報酬の内容】

地域で孤立する、または孤立の恐れがある要支援者等を、自立した日常生活を支援するための多様な活動につなげるためのアウトリーチなどの取組を評価するもの。

【単位数】

300 単位(1 月につき)

【算定条件】

以下の(ア)～(ウ)のいずれかの支援を行った場合に、最大年 6 回まで算定できる。支援内容については経過記録に記載すること。

※(ア)～(ウ)の支援を行った初月を1月目として、12か月間のうち6回まで

(ア) 本人宅に訪問し、本人または親族等に生活状況や身体状況の確認を行う。

(イ) 本人宅を訪問し、本人に対して活動やサービスの利用の動機付けや参加意欲向上のための働きかけ等を行う。

(ウ) 本人とともに地域活動やサービスの見学に同行する。

ウ ケアマネジメント C リハビリテーション専門職連携等報酬

【報酬の内容】

地域包括支援センター職員が、地域リハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)の助言を受けて、アセスメントを行った上で、要支援者等の目標を実現するための

介護予防ケアマネジメントを実施することを評価するもの。

【単位数】

442 単位(年 1 回)

【算定条件】

以下の(ア)、(イ)の一連の支援を行った場合に算定できる。支援内容やアセスメントについては経過記録に記載すること。

(ア) リハビリテーション専門職とともに、本人宅に訪問しアセスメントを行う。

(イ) リハビリテーション専門職の助言を受けて、目標や取組の検討を本人とともにに行い、計画(ケアマネジメント C 専用書式)を本人が作成することを支援する。

(4) 報酬算定の例

【要支援1、サービス・活動 B 利用中のケアマネジメント C の例】

月	支援内容	算定報酬
令和 X 年 8 月	ケアマネジメント C の初回実施。本人といきいきプランを作成し、サービス・活動 B の利用を開始する。	初回のみ のケアマネジメント費
令和 X+1 年 5 月	利用中の団体(サービス・活動 B)を訪問。本人に体調や活動内容を聞き取りし、休まず通えていることを確認する。膝の痛みがあるが、無理のない範囲で体操することを伝えた。	ケアマネジメント C 社会参加促進報酬
6 月	利用中の団体(サービス・活動 B)を訪問。本人、団体のスタッフと活動の様子、生活の困り事の有無を共有する。気温の高い日が続いているため、熱中症予防について伝えた。	ケアマネジメント C 社会参加促進報酬
7 月	暑さで体調を崩し、休みがちになっていることを団体から連絡を受けたため、本人宅に訪問。自宅内での生活は大きな支障がないことを確認し、室内で出来る体操に取り組むことを提案した。	ケアマネジメント C アウトリーチ等報酬
8 月	前回の計画作成から12か月経過したため、計画の見直しを本人とともに行う。 リハビリテーション職の派遣を利用し、通所の再開に向けての助言や、取組内容についてリハ職からの提案をいただき、新たな計画を本人とともに作成した。	ケアマネジメント C リハビリテーション 専門職連携等報酬 初回のみ のケアマネジメント費
9 月	一人での外出の不安があるため、自宅から活動場所まで同行した。活動中や帰宅の際にも水分補給を忘れないよう伝えた。	ケアマネジメント C アウトリーチ等報酬

<参考>

【動画】介護予防ケアマネジメント報酬の新設について

新設される報酬やケアマネジメント C について動画で説明しています。

(You Tube 限定公開)<https://youtu.be/hzv8pVcic4k>



4 様式、資料等の横浜市ウェブサイト掲載について

<p>項目(様式名等)</p>	<p>ホームページの場所、URL</p>
<p>1 計画様式 委託の届出 業務委託の流れなど</p>	<p>横浜市トップページ>ビジネス>分野別メニュー>福祉・介護>高齢者福祉・介護>事業者指定・委託等の手続き>地域密着型サービス関連>変更届・運営に関する情報等>介護予防支援(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所)</p> <p>https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html</p>  <p>The screenshot shows the official website page for '介護予防支援 (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所)'. The page title is '介護予防支援 (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所)'. The main heading is '介護予防支援の実施事業者の追加について'. The content includes information about the implementation of care prevention support from April 1, 2024, and lists four steps for adding implementation businesses. A wavy blue line is drawn across the bottom of the screenshot area.</p>
<p>2 居宅・介護予防サービス 計画作成依頼届出 関連(居宅届)</p>	<p>トップページ>暮らし・総合>福祉・介護>高齢者福祉・介護>介護保険>各種申請関連</p> <p>https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/koreisha-kaigo/kaigo-hoken/shinsei.html</p>
<p>3 総合事業に関する 通知・説明会資料 事業者指定 サービスコード Q&Aなど</p>	<p>トップページ>ビジネス>分野別メニュー>福祉・介護>高齢者福祉・介護>事業者指定・委託等の手続き>介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)関連</p> <p>https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/sogo/</p>
<p>4 介護保険事業者向け Q&A</p>	<p>トップページ>ビジネス>分野別メニュー>福祉・介護>高齢者福祉・介護>介護保険関連情報>運営関連情報>介護保険事業運営・開設関連情報</p> <p>https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/kaigo.html</p>

5 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメント A)業務委託の流れ

※委託ができるのは地域包括支援センターのみです。ケアマネジメント C は委託できません。

以下の業務を行うにあたっては事前に、地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所との間で業務委託契約が締結されている必要があります。

○業務内容は、P69 に示した委託できる 11 項目をすべて委託した場合を想定したものです。実際に委託する業務の範囲は業務委託契約書(またはそれに付随する仕様書)等で定めます。

委託しない項目については、居宅介護支援事業所ではなく、地域包括支援センターが直接業務を行うことになります。

○委託業務の標準的な流れを示すものです。書類原本の保管については、契約により委託元の地域包括支援センターが行うこともできます。

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p>《1》新規で要介護・要支援認定を受ける場合</p> <p>【認定申請】</p> <p>○要介護・要支援認定の申請を受け付ける</p> <p>【認定後】</p> <p>○認定がおりたら、利用者に居宅介護支援事業所に委託するかどうか意向確認をする。</p> <p>《3》事業対象者の場合 【初回1クール(3~6か月程度)以上終了後】 地域包括支援センターで初回の介護予防ケアマネジメントを実施した後、利用者に居宅介護支援事業所に委託するかどうか意向確認をする。</p> <p style="text-align: center;">↓</p>		<p>《2》要介護認定結果が要介護から要支援へ変更が予想される場合</p> <p>【認定申請中】</p> <p>○利用者に対して、認定更新手続きの際に「要支援1・要支援2」となった場合のサービス利用や手続きについて、事前に説明しておくとともに、認定結果(要支援1・要支援2を含む)が出た場合、速やかにケアマネジャーに連絡するよう、助言しておく。</p> <p>【認定後】</p> <p>○「要支援1・要支援2」の認定結果が出た場合、所管の地域包括支援センターを紹介するとともに、サービス利用に関する手続きを説明し、介護予防サービスの利用の意思を確認する。</p> <p>○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの受託が可能な場合は、「引き続き介護予防サービス・支援計画書の作成を担当できる」ことを利用者に伝える。</p> <p>○利用者が、予防サービスの利用を希望された場合は、利用者の同意を得た上で、地域包括支援センターに利用者の基礎情報を提供する。</p>	<p>介護保険パンフレット等</p> <p>①直近で作成したケアプラン(居宅サービス計画書)の第1、2、3、6、7表</p> <p>②これまでの支援経過(様式自由)</p>		
<p>◎委託について利用者の意向確認ができたなら</p> <p>○委託先の居宅介護支援事業所に受託の可否を確認する。</p> <p>○委託による介護予防サービス・支援計画書作成に係る手続きの開始を利用者と居宅介護支援事業所に伝えます。</p> <p style="text-align: right;">→</p>		<p>(1) サービス利用相談・申込の受付</p> <p>利用者に連絡して、契約や介護予防サービス・支援計画書作成に係る日程調整を行う。</p>	<p>介護保険パンフレット等</p>		

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p>【契約】 ○契約書(代表者印押印済みのものを2通)を居宅介護支援事業所に渡す ※介護予防支援は介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者の直接契約で、ケアマネジメントは委託する場合は、包括と居介支と利用者での契約になるので、契約書は3部必要 ※状況に応じて、居宅介護支援事業所同席のもとで、直接契約行為または、地域包括支援センターが事前に利用者へ調整を行い、居宅介護支援事業所が契約の代行を行う。</p> <p>(3) 契約書の確認、区役所へ書類提出 「居宅・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・廃止)届出書」「要介護認定等に係る情報提供申込書」及び被保険証を区役所に提出し、主治医意見書・認定調査結果を入手。入手した書類は、写しを居宅介護支援事業所に渡し、原本を地域包括支援センターが保管する(※)。 ※「要介護認定等に係る情報提供」について、居宅介護支援事業者が情報提供申込書に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書(利用者、地域包括支援センター、委託先居宅介護支援事業者の記載のあるもの)の写しを添えて区に提出すれば、当該居宅介護支援事業者が直接情報提供を受け取ることができます。</p> <p>【ケアマネジメント】</p> <p>※ 状況に応じてサービス担当者会議へ参加</p> <p>(7) 介護予防サービス・支援計画の確認・決定 ア 介護予防サービス・支援計画原案の確認</p>	<p>→</p> <p>「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書」</p> <p>←</p> <p>「居宅・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・廃止)届出書」「要介護認定等に係る情報提供申込書」「被保険者証」</p> <p>→</p> <p>「被保険者証」「主治医意見書」「認定調査結果」</p> <p>←</p> <p>「介護予防サービス・支援計画書」「利用者基本情報」「(週間サービス計画表)」「6表、7表」</p>	<p>【契約】 (2) 地域包括支援センターと利用者との契約締結(契約の代行) ア 地域包括支援センターから契約書を2通(地域包括支援センターの代表者印が押印されているもの)を入手。 イ 利用者の署名、居宅介護支援事業所担当者名が署名された契約書を、1通は利用者に渡し、1通を地域包括支援センターに送付。(居宅介護支援事業所が写しを保管することも可。) ウ (利用者の署名押印のある)「居宅・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・廃止)届出書」及び被保険者証を利用者から預かり、地域包括支援センターの担当者に提出する。</p> <p>○ 被保険者証(地域包括支援センター名入り)は、写しをとった上で利用者に返却する。その他の入手した情報は、介護予防サービス・支援計画書作成に活用し、その後は重要な個人情報として居宅介護支援事業所内で保管する。</p> <p>【ケアマネジメント】 (4) アセスメント【利用者宅訪問】 ア 利用者・家族と面接や、入手した書類(主治医意見書・認定調査結果等)から、必要な情報を把握 イ 利用者基本情報を作成 ウ 生活機能低下の背景・原因及び課題の分析 エ 支援ニーズを特定し課題を分析(生活機能低下の背景・原因等)</p> <p>(5) 介護予防サービス・支援計画書(原案)の作成 ア 目標、具体策、利用サービスの決定 イ 家族やサービス提供担当者等と目標や具体策について合意し共有する。</p> <p>(6) サービス担当者会議の開催 ア 介護予防ケアプランの内容についてサービス事業者、利用者等と共通認識を得て、必要な修正を加え計画原案を決定 イ サービス担当者会議の状況及びサービス事業者・利用者との連携・調整について記載 ウ 地域包括支援センターに介護サービス・支援計画書原案の確認を依頼</p>	<p>「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書」</p> <p>「利用者基本情報」「主治医意見書」「認定調査結果」「基本チェックリスト」(事業対象者のみ)</p> <p>「介護予防サービス・支援計画書」「(週間サービス計画表)」</p> <p>「6表(サービス利用票・提供票)」「7表(サービス利用票・提供票別表)」</p>	<p>【契約】</p> <p>【ケアマネジメント】</p> <p>サービス担当者会議への参加</p>	<p>↓</p>

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
イ 確認をした担当者が意見欄を記入し、居宅介護支援事業所に渡す。		エ 地域包括支援センター確認済み原案を利用者に説明し、利用者名を記入してもらう。 	「介護予防サービス・支援計画書」 （「週間サービス計画表」） （「6表、7表」）	(9) サービスの提供 ア 事前アセスメント 介護予防サービス・支援計画書を踏まえ、サービス提供前にアセスメントを行い、「個別サービス計画」をたてる。 イ サービスの実施 個別サービス計画に基づきサービス提供。 ウ 実施状況のモニタリング サービス実施後、その実施状況をモニタリングし記録する。必要に応じてサービス計画を見直す。 エ 実施状況(実績)の報告 毎月、居宅介護支援事業所にサービス提供実績を報告する。	「6表・7表」
	「介護予防サービス・支援計画書」 （写） 	(8) 介護予防サービス・支援計画書の交付 ア 利用者及びサービス事業者に写しを交付し、原本は居宅介護支援事業所で保管する。 イ 地域包括支援センターに写しを提出	「介護予防サービス・支援計画書」(写) 		
		(10) モニタリング（実施状況の把握） ア 原則として指定介護予防サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者の状況等を確認したモニタリングを行い、少なくとも1か月に1回はその結果を記録する。 イ 3か月に1回は利用者宅の訪問を行い、利用者・サービスの提供状況を把握する。 ※ 訪問しない月でも利用者の状況に変化があった場合は、利用者宅を訪問し確認を行う。 ウ 計画の見直しの必要性について検討 →見直しの必要があれば(5)～(10)の手続きによって行う。 介護予防サービス・支援計画書は必要に応じて追記・修正	「6表・7表」 		
【給付管理】 (14) 介護報酬等の請求 居宅介護支援事業所から送られてきた「6表・7表」及び「給付管理票」をもとに請求データや書類の作成をする。 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については、国保連請求データを作成し、毎月10日までに提出する。 ※基本は給付管理票での報告だが、給付管理業務が適切に行えるのであれば、メールやシステムデータでのやり取りも可	 「6表・7表」 「給付管理票」 「給付管理総括表」 「介護給付費明細書」	【給付管理】 (13) 給付管理業務 ア サービス事業者から提出された「6表・7表」を利用者ごとに分類し、利用者に確認した実績と突合する。 イ 利用者ごとに分類した「6表・7表」をもとに「給付管理票」を作成する。 ウ 利用者ごとに分類した「6表・7表」及び「給付管理票」の写しをとり、1部を保管し、1部を地域包括支援センターに提出する。 ※ システム対応できる場合は写し不要。	「6表・7表」 「給付管理票」 	【給付管理】	

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p>【評価】</p> <p>(12) 評価及び介護予防サービス・支援計画書変更案の確認</p> <p>ア 居宅介護支援事業所の作成した「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」に基づき今後の方針について適切かどうか判断し、適切でない場合は作成者と詳細について意見交換し、方針の統一を図る。</p> <p>イ 地域包括支援センター意見を記入し、居宅介護支援事業所に戻す。</p>	<p>「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」</p>	<p>【評価】</p> <p>(11) 評価</p> <p>ア 介護予防サービス・支援計画書に位置づけた期間が終了するとき(3か月~12か月に1回)は、目標の達成状況について評価を行う。</p> <p>イ 事業所から事後アセスメントの結果報告を受けて、利用者宅を訪問・面接。</p> <p>ウ 評価結果及び利用者・家族の状況を踏まえ、目標の再設定又は計画の継続・変更・終了等の方針を決定。</p> <p>エ 「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」を作成し、地域包括支援センターと意見交換を行う。</p> <p>オ 地域包括支援センターとの意見を踏まえ、評価内容を利用者に伝える。必要に応じて、今後の支援計画について協議する。</p> <p>カ 評価の結果を基に手続きを行う。</p> <p>○計画を変更する場合 (5)~(12)の手続きを行う。現在の介護予防サービス・支援計画書に加筆修正又は新たに作成し対応する。</p> <p>○計画を継続する場合 (生活の目標の設定期間内にサービス期間のみ変更する場合) 介護予防サービス・支援計画書の加筆修正等、必要な手続きを行う。</p> <p>○計画を終了する場合 利用者に関する書類と今後の相談対応について、地域包括支援センターに引き継ぐ。</p> <p>キ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する場合 ケアプラン作成担当者は、利用者の円滑な指定介護予防小規模多機能型居宅介護の利用に向け、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者へ情報提供することの同意を利用者より得た上で、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、直近の介護予防サービス・支援計画書及びその実施状況に関する書類(支援経過表、評価表等)の内容をふまえ、利用者の介護予防サービスの利用状況等について情報提供を行う。</p>	<p>「アセスメント結果」</p>	<p>【評価】</p> <p>○ 事後アセスメント サービス実施後、その結果について事業所でアセスメントを行い、アセスメント結果を居宅介護支援事業所に提出する。</p>	

■書類の引き継ぎ等について

(1)介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託業務が終了した時

居宅介護支援事業所が所持する、当該利用者の主治医意見書(写)、認定調査結果(写)、チェックリスト(事業対象者のみ)、利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録、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を地域包括支援センターへ提出する。

(参考)・横浜市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例第31条
記録の整備(概略)

指定介護予防支援事業者は、利用者に対する指定介護予防支援の提供に関する記録を整備し、利用者との契約が完結した日から5年間保存しなければならない。

(1)介護予防サービス計画等の介護予防支援台帳、(2)サービス事業者との連絡調整記録、(3)請求に関する国保連への提出物の写し

・横浜市介護予防ケアマネジメント実施要綱 第19条 記録の整備(概略)

地域包括支援センターは、利用者に対する介護予防ケアマネジメント提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。

(1)介護予防サービス・支援計画書等の介護予防ケアマネジメント台帳、(2)サービス事業所との連絡調整記録、(3)請求に関する市・国保連への提出物の写し

(2)要介護認定の利用者が要支援認定を受けた場合(居宅介護支援事業所へ業務委託しない場合)

要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合、介護予防支援事業者への引継ぎを円滑にするため、その利用者からの申出があった場合には、指定居宅介護支援事業者は利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付してください。

(参考:「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第38号)の一部改正(平成18年4月1日施行)第13条第24項、第15条)

《地域包括支援センターへの利用者基本情報提供》

当該利用者の同意を得た上で、原則として次に掲げる利用者の基礎情報を地域包括支援センターへ速やかに提供してください。

①直近に作成したケアプラン(居宅サービス計画書)の第1、2、3、6、7表

②これまでの支援経過(様式自由。ADLの状況など引継項目として特記すべき事項を記載)

※地域包括支援センターの担当者が、居宅介護支援事業所から引き継がれた利用者宅を初回訪問する際には、円滑な引継ぎを期するため、居宅介護支援事業所はできる限り同行訪問いただくようお願いします。やむを得ず同行訪問できないときにも、地域包括支援センター担当者の訪問時に合わせて電話連絡を入れるなど、ご協力をお願いします。

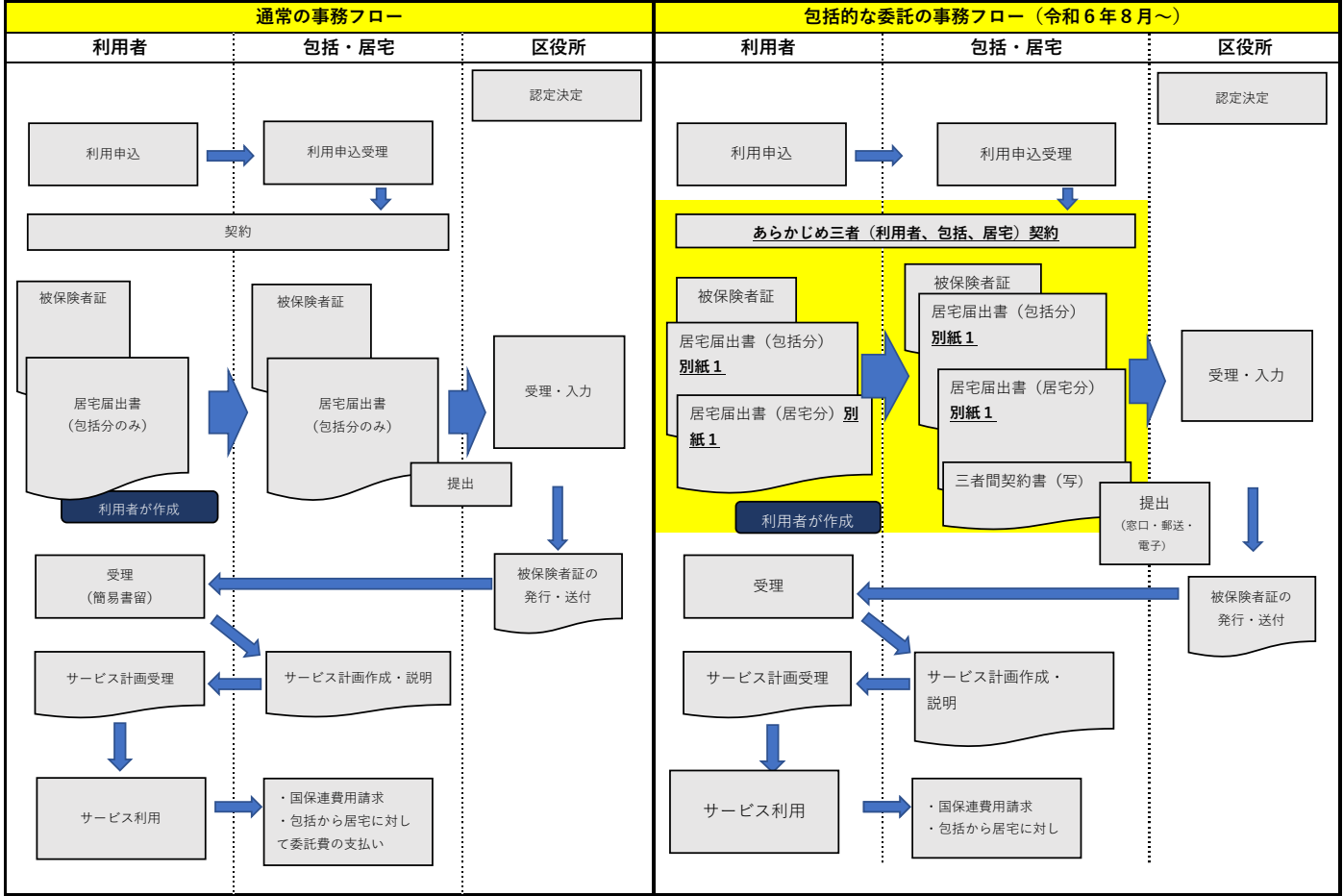
(3)利用者が要介護認定を受けた場合

要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合、指定居宅介護支援事業者への引継ぎを円滑にするため、その利用者からの申出があった場合には、介護予防支援事業者は利用者に対し、直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付してください。

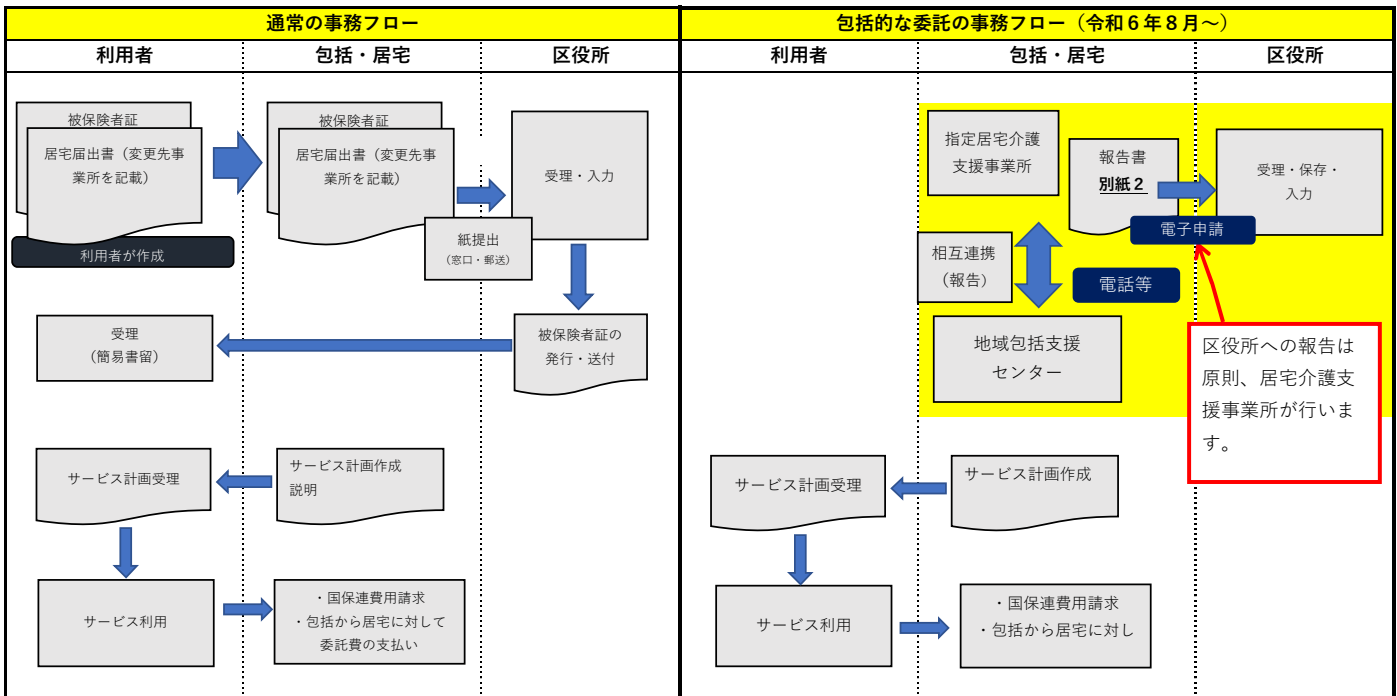
(参考:「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年三月十四日厚生労働省令第三十七号)」第14条および第30条第26項)

包括的な委託を行った場合の事務フロー図

【認定決定からサービス利用開始まで】



【計画種別（事業所）の変更】



居宅・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・廃止)届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 横浜市 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	フリガナ		
		生年月日	
		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更・廃止)する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
	〒
契約等の発効(失効)年月日	※事業対象者の場合は登録日
令和 年 月 日	電話番号 ()
介護保険事業所番号	
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。

小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無

※小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(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及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。

居宅サービス等の利用あり(利用したサービス:) 居宅サービス等の利用なし

(届出先) 横浜市 区長

(いずれかにチェック)

- 上記の居宅介護支援事業者等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。
- 上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。
- 上記の居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所(地域包括支援センター)との契約を廃止することを届け出ます。

令和 年 月 日

住所

電話番号 ()

(被保険者)

氏名

- (注意)
- 1 要介護・要支援認定申請後、サービスを利用する際は、事前に居宅・介護予防サービス計画作成について、被保険登録のある区役所の高齢・障害支援課へ提出してください。
 - 2 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依頼するときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
 - 3 市内の住所地特例の対象施設に入居中で、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、本様式で区役所の高齢・障害支援課へ提出してください。
 - 4 居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所(地域包括支援センター)を変更するとき(または契約が失効したとき)は、変更年月日(失効年月日)を記入の上、必ず区役所の高齢・障害支援課に届け出てください。変更の届出のない場合は、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。

受理年月日

※「居宅介護支援事業者等」とは、居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者をいいます。

* 区役所記入欄

(共通)

- 被保険者証回収
- 事業所番号
- 届出の重複

(要介護・要支援)

- 要介護 要支援

(事業対象者確認欄)

- 基本チェックリストの添付
- サービス事業対象者確認済

入力

包括的な委託に伴う計画種別(介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント)変更報告書

被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 横浜市 <input type="checkbox"/> その他()						
フリガナ								
	生 年 月 日							
	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和				年	月 日

介護予防サービス計画の作成を行う指定居宅介護支援事業者

事業者の事業所名	介護保険事業所番号							

事業所の所在地							
〒							
	電話番号 ()						

介護予防ケアマネジメントの作成を行う地域包括支援センター

事業者の事業所名	介護保険事業所番号							

事業所の所在地							
〒							
	電話番号 ()						

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

変更内容	※必ず事前に地域包括支援センター又は指定居宅介護支援事業者へ報告を行ってください。
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画 ⇒ 介護予防ケアマネジメント
	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント ⇒ 介護予防サービス計画

(報告者)	年 月 日
	所属
	氏名

受理年月日	(注意)
	1 この報告書は、被保険者登録のある区役所の高齢・障害支援課へ提出してください。
	2 この報告書の利用は、予め指定居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターで「居宅・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・廃止)届出書」の提出を行っていることが前提です。
	3 この報告書に基づき介護保険被保険者証の発行は行いません。
	4 認定区分が「要介護」となった場合は、「居宅・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・廃止)届出書」の提出が必要です。

7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントQ&A

1. 利用者について(説明や対応等)	
(1)	<p>《質問》 要支援認定者で訪問介護のみを利用している場合、更新申請を行わず、事業対象者になり、訪問サービスを継続することは可能か？</p> <p>《回答》 基本チェックリストに該当すれば可能です。しかし、事業対象者は福祉用具貸与や訪問看護などの予防給付を利用できないため、これらのサービスを利用する可能性がある場合には、更新申請をすすめます。また、事業対象者に移行する場合には、利用者本人に不利益がないよう配慮します。</p>
(2)	<p>《質問》 介護認定で非該当となった場合に事業対象者としてサービスを受けることは可能か？</p> <p>《回答》 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定しており、そのような状態等に該当しないケースについては、一般介護予防事業の利用等につなげていくことが重要です。</p>
(3)	<p>《質問》 対象者が権利主張をした場合の対応はどうするのか。 (サービスを利用したい)</p> <p>《回答》 ご本人の意向を妨げるものではありません。ただし、ケアマネジメントの過程の中でご本人の目標を一緒に定め、何のためにサービスを利用するのか、サービスの卒業を見据えて利用するなど、意識づけを丁寧に行っていただくことは必要です。</p>
2. サービスについて	
(1)	<p>《質問》 介護予防給付の通所リハビリと総合事業の通所サービス(従前相当サービス)の併用は可能か？</p> <p>《回答》 併用は想定していません。ただし、一般介護予防事業の「元気づくりステーション(住民運営の介護予防グループ)」や住民運営の通いの場等の併用は可能です。</p>
3. 居宅・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届出書について	
(1)	<p>《質問》 月によって、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントが行き来する場合、その都度、届出書を提出する必要があるか。</p> <p>《回答》 介護予防支援を地域包括支援センターが担当(包括からの委託を含む)の場合は届出書を提出する必要はありません。介護予防支援を介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が担当している場合は、包括的な委託(第6章 10包括的な委託を行った場合の事務手続きの流れについて 参照)を行うことにより、その都度の届出は簡便な報告書によることができるようになります。</p>
(2)	<p>《質問》 住所地特例対象者(他市町村が保険者で、横浜市内の施設に入居している利用者)について区役所に届出を提出する際、横浜市の様式を使用するのか？</p> <p>《回答》 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを実施するのは横浜市なので、基本的には横浜市の様式を使用します。ただし、保険者から保険者作成の様式を使用するように指定がある場合は、そちらを使用しても差し支えありません。</p>
4. 介護予防サービス・支援計画について	
(1)	<p>《質問》 介護予防ケアマネジメントを実施する場合に使用する書式はどれか？</p> <p>《回答》 介護予防支援も介護予防ケアマネジメントも国が示している標準様式を使用します。 ▷介護予防支援、ケアマネジメントAは様式1、2、3、4を使用します。</p>

	<p>▷ケアマネジメントCは様式1、3、5を使用し、様式5を使用して本人が計画作成し、包括支援センターはプラン作成を支援します。</p> <p>※介護予防支援とケアマネジメントAを交互に実施しても、計画書を作成しなおす必要はありません。ただし、本人の状態変化等がある場合には、計画書の見直しを行ってください。</p>
(2)	<p>《質問》 「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果記録表)」の支援計画の「サービス種別」の欄に、総合事業はどのように記載すればよいのか。</p> <p>《回答》 「横浜市訪問介護相当サービス」、「横浜市通所介護相当サービス」、「通所型サービス・活動B」「元気づくりステーション」など利用するサービスなどの名称を記載します。</p>
(3)	<p>《質問》 指定介護予防支援事業所に籍を置く、包括3職種以外の担当職員(いわゆる介護予防プランナー)は介護予防ケアマネジメントを担当できるのか。</p> <p>《回答》 ケアマネジメントA、ケアマネジメントCともに担当できます。地域支援事業実施要綱では、「介護予防ケアマネジメントは、指定介護予防支援に関する知識を有する職員が介護予防ケアマネジメントを実施することになるが～地域包括支援センターに配置されている3職種は相互に協働しながら行うものである。」としています。</p> <p>なお、介護予防プランナー(介護支援専門員等)については、事業所内外の研修への参加などを通して、積極的に知識や技術の向上を図っていただくようお願いします。</p>
(4)	<p>《質問》 ケアマネジメントAにおいて、セルフプランの作成も可能か？</p> <p>《回答》 ケアマネジメントAでは、セルフケアプランは想定していません。ただし、本人が様々な健康づくり・介護予防に関する情報を収集し、選択して実行するセルフケアマネジメント力を向上させるような支援は重要と考えます。</p>
(5)	<p>《質問》 モニタリングの期間と方法は？</p> <p>《回答》 介護予防支援の場合、毎月、サービス利用状況の確認と心身の状況確認のため、電話や通所先での面接などで確認します。少なくとも3か月に1回は本人宅を訪問して確認します。評価期間(最長12か月)後と状態に変化があった場合には、本人宅への訪問を行い、目標やサービス利用状況等の確認と見直しを行います。</p> <p>・ケアマネジメントA の場合 … 介護予防支援と同様</p> <p>・ケアマネジメントC の場合 … 省略可</p>
(6)	<p>《質問》 令和3年4月より、要支援の方の介護保険更新結果の有効期間が4年となる場合が出るようになったが、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画に関する、サービス担当者会議の開催頻度はどのような目安になるのか。</p> <p>《回答》 『指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準省令』では、サービス担当者会議は、以下のような時に介護予防サービス計画に対して、担当者から専門的な見地に立った意見を求めるものとされています。</p> <p>①新規に介護予防サービス計画原案を作成した時</p> <p>②要支援更新認定・要支援状態区分の変更の認定を受けた時</p> <p>③介護予防サービス計画の実施状況の把握(継続的なアセスメントを含む)を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更等を行った時</p> <p>介護予防サービス計画の変更は、本人が目指す「<u>生活の目標</u>」を達成する設定期間</p>

	<p>の間に、モニタリング等を通じて、支援内容の適否、目標の達成状況や本人の状態変化に応じて行います。あわせて、目標達成の設定期間終了時には、新たな目標及び計画の見直し等を行う必要があるかどうかを含め意見を求める為のサービス担当者会議を実施します。</p>
(7)	<p>《質問》 サービス提供日時の変更などの軽微な変更の場合でもサービス担当者会議の開催は必要か。</p> <p>《回答》 利用者の希望による軽微な変更(例えばサービス提供日時の変更など)のみで、介護予防サービス計画作成の一連の流れが不要と判断した場合は、サービス担当者会議は省略できます。その場合においても、利用者の状況や課題の変化には十分留意することが必要です。</p>
<p>5. ケアマネジメントCについて</p>	
(1)	<p>《質問》 ケアマネジメントCはどのような場合に実施するのか。</p> <p>《回答》 ケアマネジメントCは、動機づけを行えば、本人が自ら介護予防に取り組める状態像で、一般介護予防事業、横浜市サービス・活動事業のうち補助事業(サービス・活動B等)を利用する場合に実施します。なお、インフォーマルサービスのみを利用する要支援者は、ケアマネジメントC実施の対象外です。</p>
(2)	<p>《質問》 ケアマネジメントCの場合も介護予防ケアマネジメント依頼届出書は必要か。</p> <p>《回答》 今まで介護予防支援やケアマネジメントAを実施している要支援認定者が、ケアマネジメントCを受ける場合には「介護予防ケアマネジメント依頼届出書(以下、届出書という)」をあらためて提出する必要ありません。一方で、今まで介護予防支援やケアマネジメントAを実施していない要支援者に対して、初めてケアマネジメントCを実施する場合には届出書の提出が必要です。</p> <p>また、事業対象者については、ケアマネジメントの種類にかかわらず、届出書を提出することで「事業対象者」となります。</p>
(3)	<p>《質問》 ケアマネジメントCについて、介護予防ケアマネジメント費を請求する月はいつか。</p> <p>《回答》 計画作成を支援した月に請求してください。</p>
(4)	<p>《質問》 ケアマネジメントCは1年に1回請求できると記載されているが、1年が経過すれば、2回目の請求ができるか？ 請求できる場合、2年目以降の単価はどうか。</p> <p>《回答》 1年経過した際には、再度アセスメントを実施し、目標の見直しを利用者とともに行った上で請求をしてください。単価は、2年目以降も同単価です。</p>
(5)	<p>《質問》 介護予防ケアマネジメント費と目標指向型のケアマネジメントに係る報酬は同月に算定できるか。</p> <p>《回答》 3種類のいずれの報酬も、介護予防ケアマネジメント費と同月に算定可能です。</p>
(6)	<p>《質問》 ケアマネジメントC社会参加促進報酬と、ケアマネジメントCアウトリーチ報酬とどちらも該当する支援を行った場合、どちらを請求するのか。</p> <p>《回答》 社会参加促進報酬は、すでに社会参加につながっている利用者が、活動への参加を継続できるための働きかけに対する報酬で、算定回数の上限は設けていませ</p>

	<p>ん。一方で、アウトリーチ報酬は、閉じこもりの恐れがある状態の利用者にアウトリーチした場合の報酬で、算定回数には上限があります。</p> <p>報酬の趣旨を踏まえ、算定回数の上限にも留意して、適切に報酬を算定してください。</p>
6. 介護予防ケアマネジメント費の請求について	
(1)	<p>《質問》 要支援者について、次のようなケースが想定されるが、「介護予防サービス計画」と「介護予防ケアマネジメント」どちらを作成することになるのか。</p> <p>① 月により、総合事業のみの場合と、予防給付+ 総合事業の場合があるケース（通常は、訪問サービス又は通所サービスのみで時々ショート利用する等）</p> <p>② 総合事業のみの利用者が、月途中から用具レンタルすることになったケース、逆に福祉用具レンタルをやめるケース</p>
	<p>《回答》</p> <p>① 総合事業のサービスのみを利用する月は介護予防ケアマネジメント、予防給付と総合事業の両方のサービスを利用する月は介護予防サービス計画(予防給付)となります。そのため、月ごとにサービス内容に応じて、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費を選択して請求します。</p> <p>② 月の中で1日でも予防給付のサービスを利用する場合は、その月は介護予防支援費として請求します。</p>
(2)	<p>《質問》 居宅介護支援事業所に委託しているにもかかわらず、介護予防ケアマネジメント費が地域包括支援センターに全額入金された場合は、どのようにすれば良いか。</p>
	<p>《回答》 給付管理票が返戻になったとしても介護予防ケアマネジメント費の請求が正しいければ、地域包括支援センターに全額入金されます。</p> <p>居宅介護支援事業所に委託料を支払う場合は、支払われた分について取下げ(過誤請求)を行い、給付管理票の再提出及び介護予防ケアマネジメント費の再請求をしていただくか、ケアプラザから、直接事業所へ委託料をお支払いください。</p> <p>※給付管理票に記載する委託先の事業所番号を間違えた等の入力誤りの場合(給付管理票の内容を訂正する場合)には、支払われた分について取下げ(過誤請求)を行い、給付管理票を修正し、再請求をする必要があります。この場合、給付管理票の修正と過誤取下は、同月にできないので、請求取下依頼を行ったうえで、翌月以降に給付管理票の修正と再請求を行ってください。</p>
(3)	<p>《質問》 総合事業の限度対象外のサービスのみを利用している場合、給付管理票は作成するのか？</p>
	<p>《回答》 作成しません。</p>
(4)	<p>《質問》 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者介護、認知症型共同生活介護を利用し、包括が介護予防ケアマネジメントを行わない場合、費用の請求方法は？</p>
	<p>《回答》 請求は施設のケアマネジャーが行います。</p>
7. 初回加算について	
(1)	<p>《質問》 介護予防支援・ケアマネジメントAについて、初回加算を算定できるのはどのような場合か。</p>
	<p>《回答》 介護予防支援・ケアマネジメントAについて、初回加算を算定できるのは次の場合です。</p>

	<p>① 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、介護予防サービス・支援計画書を作成(アセスメント実施を含む。)した場合</p> <p>② 要介護者が要支援認定を受けた場合 例えば、ケアマネジメントCからケアマネジメントAに移行する場合は、その間2か月以上、介護予防ケアマネジメント費の算定がなければ、初回加算を算定できます。一方、単に次のような場合は、初回加算を算定できません。</p> <p>○ 要支援者が事業対象者となった場合(又はその逆の場合)</p> <p>○ 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(又はその逆の場合)</p>
(2)	<p>《質問》 ケアマネジメントCからケアマネジメントAに変更する際、初回加算を算定することはできるか。</p> <p>《回答》 過去2か月の間にケアマネジメントCを算定していない場合は、ケアマネジメントAの初回加算を算定することができます。</p>
(3)	<p>《質問》 地域包括支援センターの区域の変更に伴い、今まで担当ではなかった地域の利用者について新たに担当することになった。この場合、初回加算を算定できるか。</p> <p>《回答》 利用者の転居等による環境の変化はないため、新規のケアプラン作成はしない場合は、算定はできません。ただし、利用者の状態により、アセスメント実施・サービス担当者会議の開催を含む、介護予防サービス・支援計画書の作成をした場合は初回加算が算定できます。</p>
8. 委託連携加算について	
(1)	<p>《質問》 利用者の希望により、委託先をA居宅介護事業所からB居宅介護事業所に変更した場合、算定できるか。</p> <p>《回答》 委託先の事業所が変更となった場合は、情報共有等の連携をする必要があるため、加算の算定が可能です。</p>
(2)	<p>《質問》 初回加算と同じように、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の算定がない場合で、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成した場合に算定が可能か。</p> <p>《回答》 委託契約が続いているのであれば、委託連携加算の趣旨と異なるため、算定できません。ただし、契約が解除され、利用再開にあたり、新規として契約を新たに交わし、新規契約同様に認定情報やモニタリング等の必要な情報交換を行い、アセスメントの実施、サービス担当者会の開催等を行い、連携してケアプランの作成を行い「介護予防サービス・支援計画書」の「地域包括支援センター意見欄」の記載がある場合は算定できます。</p>
(3)	<p>《質問》 どのタイミングで、連携されたものが加算の対象になるのか。</p> <p>《回答》 国の加算算定の要件では、当該委託を開始した日の属する月に限り算定できるとの記載があることから、委託契約を取り交わした月(=契約日)を算定の基準日とし、サービス開始月にのみ加算を請求します。</p>

8. 他区・他市町村に居住している利用者について	
(1)	<p>《質問》 市内B区で要支援の認定がある方が、住所をそのままにしてA区で総合事業を使いたい場合はどの包括が担当なのか。</p> <p>《回答》 住民票のある居住地の包括支援センターが担当となります。したがって、B区の包括の担当となります。</p>
(2)	<p>《質問》 住所変更せず、親族のいるC市に滞在している要支援者について、C市でデイサービスを利用できるか？</p> <p>《回答》 住所変更をせずに他都市で生活している場合は、住所地の地域包括支援センターが担当となります。市外の事業者からサービス提供を受ける場合は、当該事業者が横浜市へ申請又は届出を行う必要があります。なお、住民基本台帳法では、住所が変わった場合、原則、住民票の異動(転入届の提出を14日以内に行うこと)が義務付けられています。</p>
(3)	<p>《質問》 県外の事業所の横浜市への指定申請の届出方法を知りたい。</p> <p>《回答》 申請手続きの詳細は、横浜市健康福祉局ウェブサイトでご案内しています。下記URL又は「横浜市 総合事業 新規指定」で検索してください。 https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/sogo/tetsuzuki/shinki/</p>
9. 包括的な委託を行った場合について	
(1)	<p>《質問》すでに指定居宅介護支援事業所の居宅届のみを提出している利用者について、包括的な委託を行いたい場合どうすればよいか。</p> <p>《回答》 地域包括支援センター分の居宅届及び三者間契約を行い、写しを提出した上で、包括的な委託の対象者として管理してください。</p>
(2)	<p>《質問》変更報告書は電子申請でのみ提出可能なのか。</p> <p>《回答》 原則は電子申請ですが、状況に応じて紙等での提出は可能です。</p>
(3)	<p>《質問》介護予防支援の直接契約が可能な指定居宅介護支援事業所はどのように確認すれば良いか。</p> <p>《回答》 横浜市ホームページ上に介護予防支援の指定を受けている事業所のリストが公開されているため、最新のリストで確認してください。</p>
(4)	<p>《質問》指定居宅介護支援事業所で直接契約をした場合、包括的な委託契約(三者間契約)は必ず行う必要があるのか？</p> <p>《回答》介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント間で契約変更の想定が無い場合は、必ずしも、事前に包括的な委託(三者間契約)を行っておく必要はありません。</p>
10. その他	
(1)	<p>《質問》 居宅介護支援費の取扱件数の算出に関して、委託を受けた介護予防支援は受託件数×1/3件と数えますが、ケアマネジメントAも同様に数えるのか。または、取扱件数に入れないことになるのか。</p> <p>《回答》 介護予防ケアマネジメントの件数は居宅介護支援費の通減制には含まれませんので、取扱件数には入れません。</p>

(2)	<p>《質問》 介護予防支援およびケアマネジメントAは、「ケアマネジャー1人当たりの取扱い件数」(標準取扱い件数45件未満)に含まれるか？</p>
	<p>《回答》 居宅介護支援費の取扱い件数の算出方法と異なり、運営基準における取扱い件数(45件未満)に介護予防支援の利用者数は含みません。</p> <p>ケアマネジメントAについても同様に、運営基準における取扱い件数(45件未満)には含まれませんが、その業務量等を勘案し、指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるように配慮をしてください。</p>
(3)	<p>《質問》 生活保護受給者が総合事業のみを利用する場合、これまで通り保護費から支給されるか？</p>
	<p>《回答》 その通りです。</p>
(4)	<p>《質問》 委託先の変更が生じ、利用者との契約書の内容にも変更が生じたが、契約書は作り直すべきか？</p>
	<p>《回答》 契約書の取り交わしについては、相手が高齢者であることを考慮し、書面での取り交わしを推奨しますが、書面でなければいけないものではありません。契約内容の変更が正しく利用者に伝わるようご配慮いただき、契約書の取り交わしについては、法人や事業所で御判断ください。</p>