

令和5年度

介護予防支援・
介護予防ケアマネジメント指針

(第9版)



横浜市健康福祉局

高齢在宅支援課

2023/06/01

目次

I	はじめに	P 1
1	介護予防・日常生活総合支援事業の創設	
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	P 10
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	P 13
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	P 15
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	
V	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方	P 18
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・参考資料)	
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	P 69
1	業務の流れ	
2	対象者	
3	住所地特例	
4	事業主体など	
5	利用者への重要事項説明と契約書等の締結	
6	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	
7	報酬単価	
8	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント費の請求	
9	居宅介護支援事業所への委託	
10	その他 (介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの業務委託の流れ) (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創設

介護予防・日常生活総合支援事業の創設に当たり、厚生労働省は以下の考え方を示しています。
(厚労省「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)年に向け、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、住まいを包括的に提供する地域包括システムの構築が政策課題となっている。
- 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。)は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等(居宅要支援者被保険者等(同項第1号に規定する居宅要支援者被保険者等をいう。以下同じ。))又は法第9条第1号に規定する第1号被保険者をいう。以下同じ。)に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。
- 要支援者等については、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、要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を、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、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を総合的に提供可能な仕組みに見直すこととした。
- 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、地域支援事業に新たに設けられた生活支援・介護予防サービス(以下「生活支援等サービス」という。)の体制整備を図るための事業(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

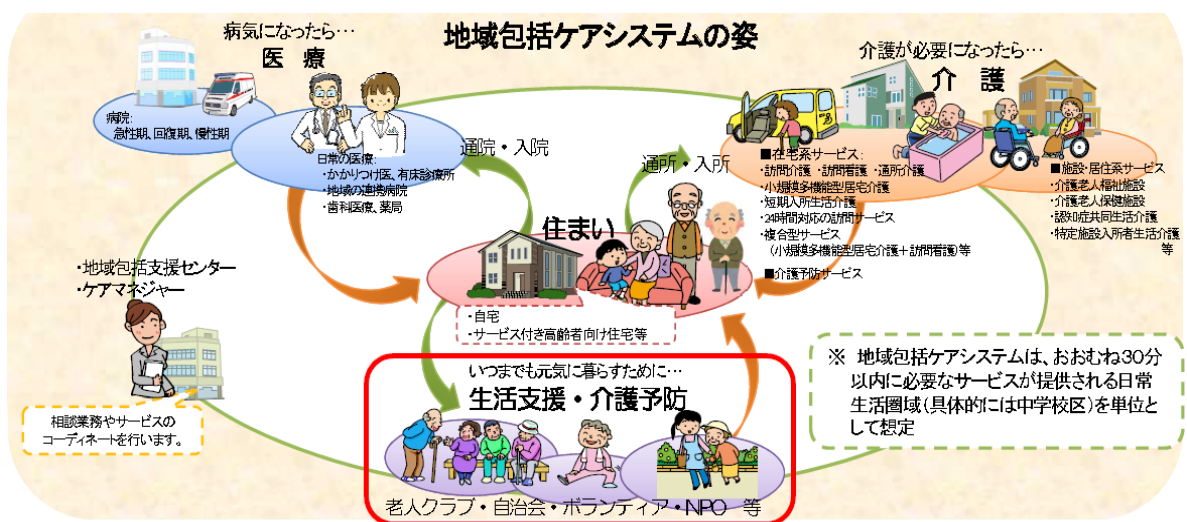
(1) 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業の目的

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。

横浜市においても「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、総合事業を実施します。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）を目途に、高齢者が重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築していきます。



(厚生労働省資料から抜粋)

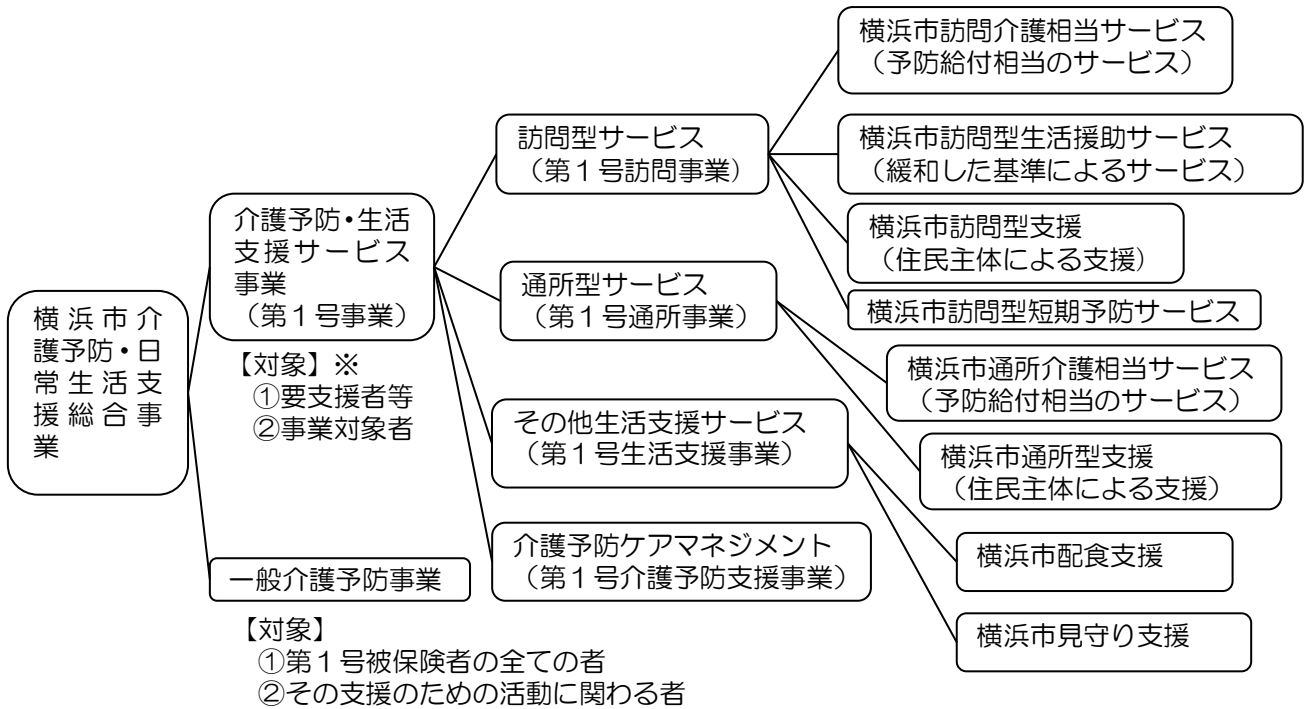
(2) 基本的理念

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「介護予防・生活支援サービス事業」（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。



※介護予防・生活支援サービス事業（以下サービス事業という）（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、サービス事業の一部のサービスは、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！

【基本チェックリスト実施業務マニュアルより抜粋】

- 65歳以上（第1号被保険者）か確認
- 必要なサービスが「サービス事業のみ」か確認
- 必要な「サービス事業のサービス」が5,032単位以内か確認
- 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状況を確認
- 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確認
- 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

(4) サービスの内容

厚生労働省が示す『総合事業の構成例』における類型		本市での実施時期	本市での考え方
訪問型サービス	①訪問介護 (旧介護予防訪問介護に相当するサービス)	平成28年1月開始	【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。
	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	平成28年10月開始	【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等の基準を緩和し、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。
	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	平成29年10月開始	【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。
	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	平成28年1月開始	【横浜市訪問型短期予防サービス】 早期介入による閉じこもり予防及び改善、社会参加の促進並びに介護予防を目的に、保健・医療の専門職が3～6か月の短期間で集中的に実施するサービスです。 区福祉保健センターの看護師、保健師が直営で実施し、本人の状態像にあった適切な支援及び地域資源へのつなぎを行うことで、社会参加、要支援状態からの自立の促進及び重度化予防を目指します。
通所型サービス	①通所介護 (旧介護予防通所介護に相当するサービス)	平成28年1月開始	【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。
	②通所型サービスB (住民主体による支援)	平成29年10月開始	【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。
その他生活支援サービス	①栄養改善を目的とした配食	平成29年10月開始	【横浜市配食支援】 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、栄養改善を目的とした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。 【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。
	②住民ボランティア等が行う見守り		
	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)		

一般介護予防事業	事業の目的・実施状況等
元気づくりステーション	平成24年度より事業開始。高齢者が地域の中で人とつながりながら、健康で生きがいのある活動的な生活を送ることができるようにすることを目的に展開し、高齢者が歩いて行ける身近な場所に、主体的・継続的に介護予防に取り組む様々なグループの活動を広げています。 プログラム例：ロコモ予防体操、スリーA、コグニサイズ、健康麻雀、ウォーキングなど

(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

平成29年10月1日以降適用

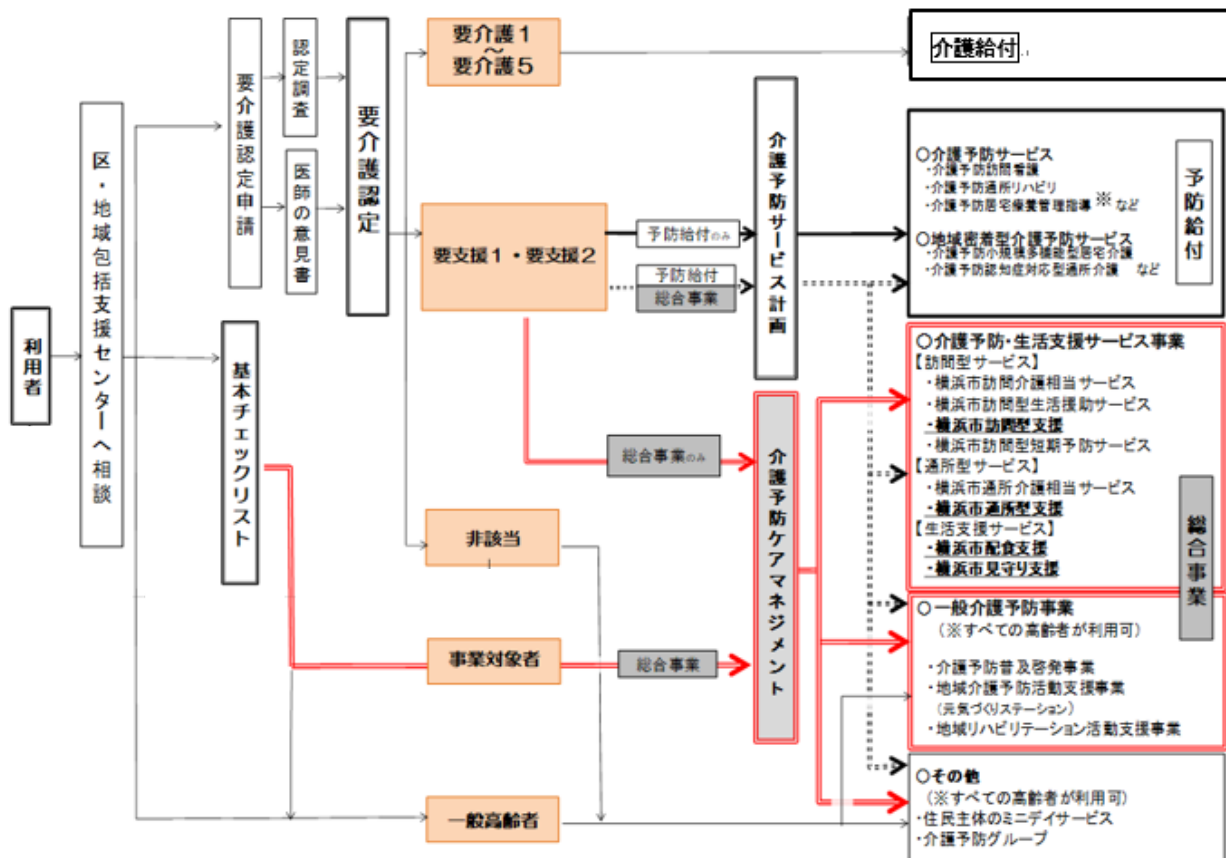
サービス名	横浜市訪問介護相当サービス	横浜市訪問型生活援助サービス	横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(訪問型支援)
サービスの概要	・専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、現行の介護予防訪問介護に相当するサービス(訪問介護員等によるサービス)を実施します。	・介護予防訪問介護よりも人員等の基準を緩和し、必ずしも専門的なサービスが必要でない方に生活援助を実施します。	・住民主体のボランティアが提供する生活援助等の支援です。 ・地域の情報を提供する等、社会参加を促します。 ・全区には設置されていません。 ※旧介護予防訪問介護のサービスの範囲内で実施しますが、住民主体の団体が、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	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 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 (例) 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 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サービスが特に必要な者 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 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 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 ⑥不適切な介護状態にある者 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 ※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。	○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 ※状態等を踏まえながら、その他の多様なサービスの利用を促進していくことが重要	○原則、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ケアマネジメントで認められるケース ※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。 地域住民や活動と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
サービス名	横浜市介護予防・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	・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支援を提供します。 ・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	○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るケース		
サービス名	横浜市訪問型短期予防サービス		
サービスの概要	・早期介入による閉じこもり予防及び改善、社会参加の促進並びに介護予防を目的に、保健・医療の専門職が3～6ヶ月の短期間で集中的に実施するサービスです。		
対象となるケース	1 うつ状態及び運動機能の低下等の理由による、閉じこもり傾向のある者 2 心身の状況等の理由により、地域の通いの場等での参加が困難になった者		
サービス名	シルバー人材センター、民間企業、その他の多様なサービス		
対象となるケース	※利用者により選択 ※ケースに応じてケアマネジメントの対象		

イ 通所型サービス

平成29年10月1日以降適用

サービス名	横浜市通所介護相当サービス	横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業 (通所型支援)	一般介護予防事業 (元気づくりステーション等)	その他多様なサービス	
				地域のサロン	民間企業
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、現行の介護予防通所介護に相当するサービス(通所介護事業者の従事者によるサービス)を実施します。	・住民主体のボランティアが提供する支援です ・週1回以上かつ概ね3時間のサービスです ・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。 ロコモ予防体操、スリーA、コグニサイズ、健康麻雀、ウォーキングなど		
対象となるケース	1 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要と介護予防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(例) ①うつ状態及び運動機能の低下等の理由による閉じこもり状態にある者 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、一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り多様なサービス等の利用を促進していくことが重要。	○左記2、3に該当しないケースで、通所型支援が介護予防ケアマネジメントで必要と認められるケース 地域住民や活動と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通所介護相当サービスの利用は希望していないが、外出の機会や地域との交流を希望している人 など	○65歳以上の全ての者、その支援のために活動する者	○利用者により選択	○利用者により選択

(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)

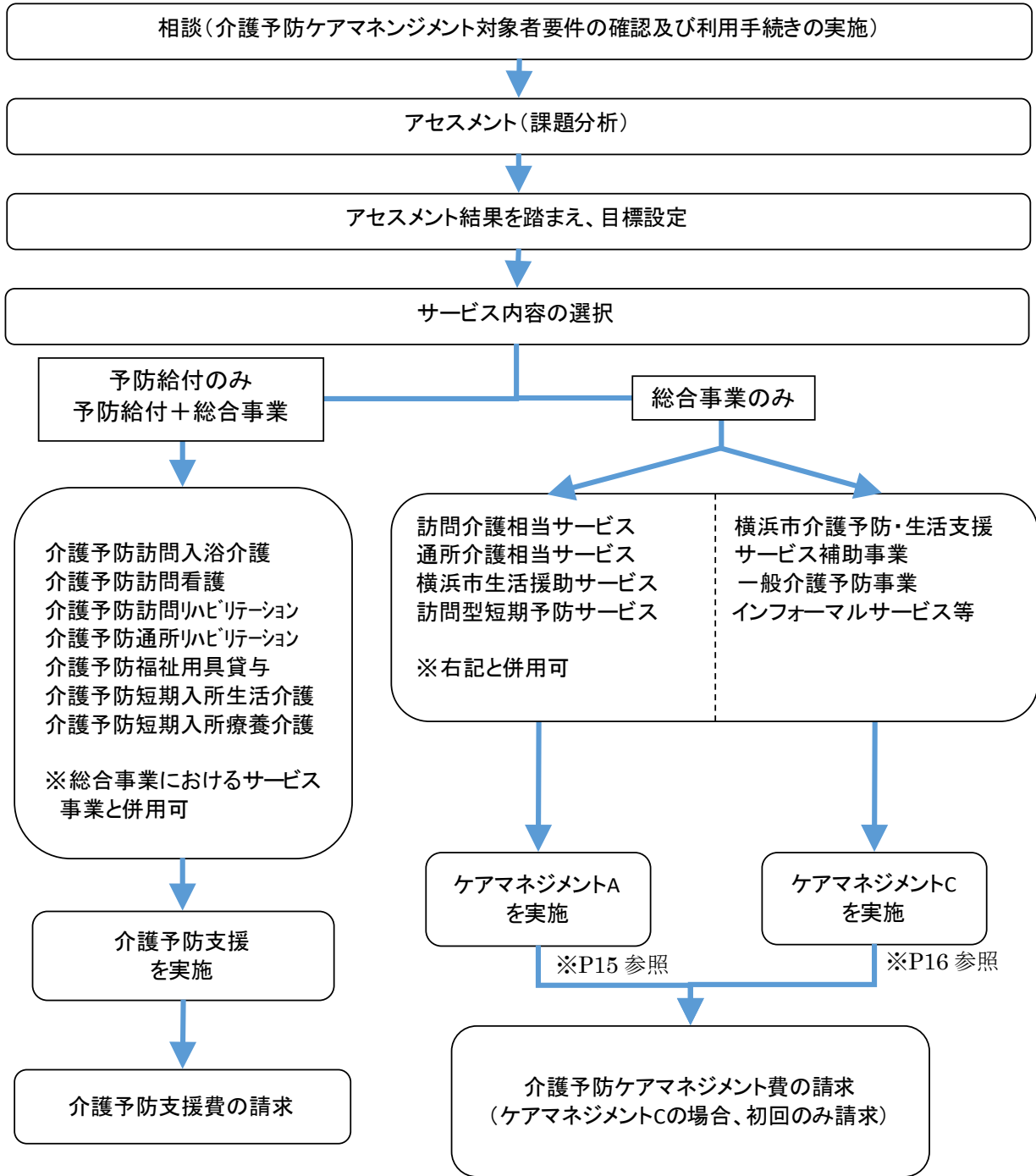
※介護予防居宅療養管理指導を除く

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」

(6) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント類型判断フロー



※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（現行相当サービス）は併用できません

(7) 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	対象者	委託	
		介護予防・生活支援サービス		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"> ・ 横浜市通所介護相当サービス ・ 横浜市訪問介護相当サービス ・ 横浜市訪問型生活援助サービス（サービスA） ・ 横浜市訪問型短期予防サービス（サービスC） 	補 助 事 業 （サービス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の 一般介護予防事業など
①	②	① と同時に利用する場合※1						
介護予防支援	○	○	○	○	○	要支援者	可	
介護予防ケアマネジメント	A	×	○	○	○	要支援者	可	
						事業 対象者	一部可 ※2	
	C	×	×	○	○	○	要支援者等	不可
							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（現行相当サービス）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・介護予防ケアマネジメントにおける基本的な考え方

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である

「高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐ（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」

ために高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。その為、基本的な理念や考え方やケアマネジメントのプロセスは共通です。

総合事業においては、高齢者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を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」にバランス良くアプローチすることが重要です。

このことから、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるように、具体的に総合事業等の利用について検討し、サービス・支援計画を作成していくこととなります。

【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」

【第8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より抜粋】

- 介護予防ケアマネジメントは「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、高齢者自身が地域で自立した日常生活を送れるよう支援します。
- 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が介護予防につながることから、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通うなど「心身機能」、「活動」、「参加」にバランスよくアプローチします。
- 活動性の高い生活を維持するためには、要支援者等の状態に合わせ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、本人の状況変化に応じて支援します。
- 本人の思いを引き出し、本人の自立性を高める支援を行います。
- 地域包括支援センター等が、これらの介護予防ケアマネジメントを実践できるように取り組みます。

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。

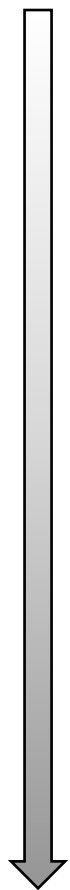
○ 固定観念にとらわれない発想

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 プロセス	介護予防支援	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	-
サービス担当者会議	○	○	-
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・交付	○	○	○ (ケアマネジメント 結果(従来様式) 又は、いきいきプラン (新様式)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング・評価	○	○	(必須ではない)
報酬	○ (給付管理票提出時)	○ (給付管理票提出時)	○ (実施月のみ)

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 及び要支援 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）

(1) 業務の範囲

介護予防支援の提供は、**指定介護予防支援事業者**（地域包括支援センター）が行います。

地域包括支援センターにおける担当可能な件数は、職員一人当たり 240 件／年です。

また、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となります。

その為、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、アセスメントが適切であるか、「自立支援に向け、身体機能・活動・参加」にバランスよく働きかけ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、指定介護予防支援事業所（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。

(2) 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となります。

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
<ul style="list-style-type: none">・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
<ul style="list-style-type: none">・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 <p>【サービス利用開始】</p> <ul style="list-style-type: none">・モニタリング<ul style="list-style-type: none">→毎月：サービスの利用状況や体の状況などを訪問以外の方法で確認→3か月・変化があった場合：上記内容を訪問にて確認・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「非該当(自立)」を目指して「介護予防サービス」を利用します。

IV 介護予防ケアマネジメント

総合事業における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、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うことです。

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

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ものです。

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（介護予防ケアマネジメント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種類と考え方

(1) 介護予防ケアマネジメントの種類

利用者の状況等を踏まえて、

- ① 介護予防ケアマネジメントA（原則的なもの）
- ② 介護予防ケアマネジメントB（簡略化したもの）
- ③ 介護予防ケアマネジメントC（初回のみのも） の3つの種類があります。

※横浜市は当面の間、介護予防ケアマネジメントAとCの2つの種類で実施します。

(2) 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、本人の状況（基本チェックリストの結果）や本人の希望するサービス等を踏まえて、原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を想定しています。本人の状況に応じて実施します。

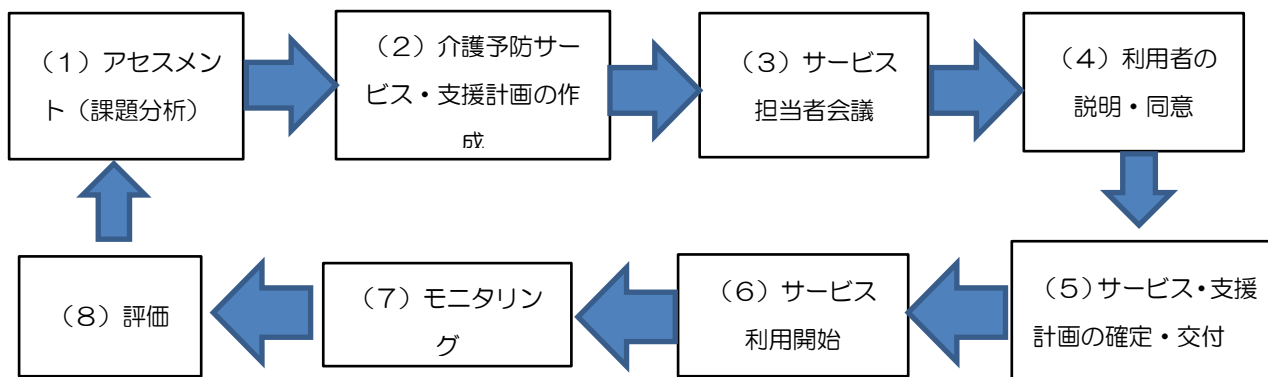
ア 介護予防ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

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。

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。

(参考) 介護予防ケアマネジメント A のプロセス



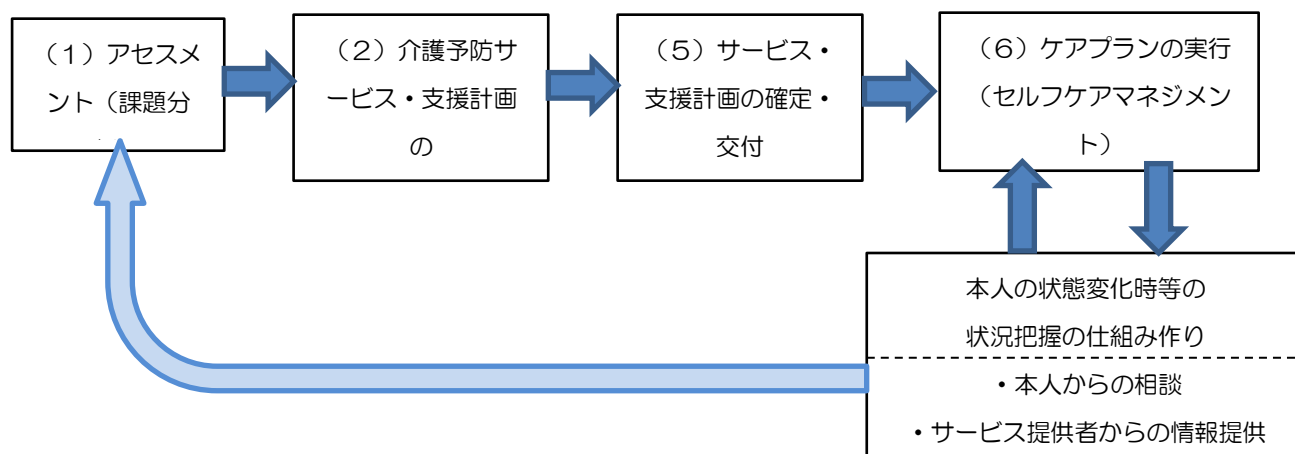
イ 介護予防ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)

アセスメントの結果、本人自身の状況、目標などを確認し、横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業 (サービスB) 及び一般介護予防事業、インフォーマルサービス等を利用する場合に実施します。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス (「本人の目標とする生活」、「維持改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」などを記載) をとともに考え、本人自身のセルフケアマネジメントによって、利用するサービスの選択や住民主体の支援の利用等を継続できるように支援します。「GoGo 健康!いきいきプラン (介護予防ケアマネジメントC 様式) 」 (以下、「いきいきプラン」という) を交付した後は、地域包括支援センターの本人への関わりは終了します。そのため モニタリングは必須としませんが、本人の健康状態や活動状況が把握できる仕組みを整える必要があります。例えば本人に対し、身体状況に変化があった場合等に相談してもらえる関係づくりや、利用している通所型支援等の運営主体と連携し、利用者の無断欠席が続いた場合や利用中止等の場合に、運営主体から地域包括支援センターへ情報提供される仕組みを作っておくことで、本人の変化に早期に対応できる体制づくりを行います。

本人の状況やサービス利用状況等によっては、介護予防ケアマネジメントを見直し、利用するサービスやセルフケアなどの調整を行います。(初回作成から1年が経過していれば、サービス提供開始月の介護予防ケアマネジメントCを請求できます)

(参考) 介護予防ケアマネジメントCのプロセス



4 実施上の注意事項

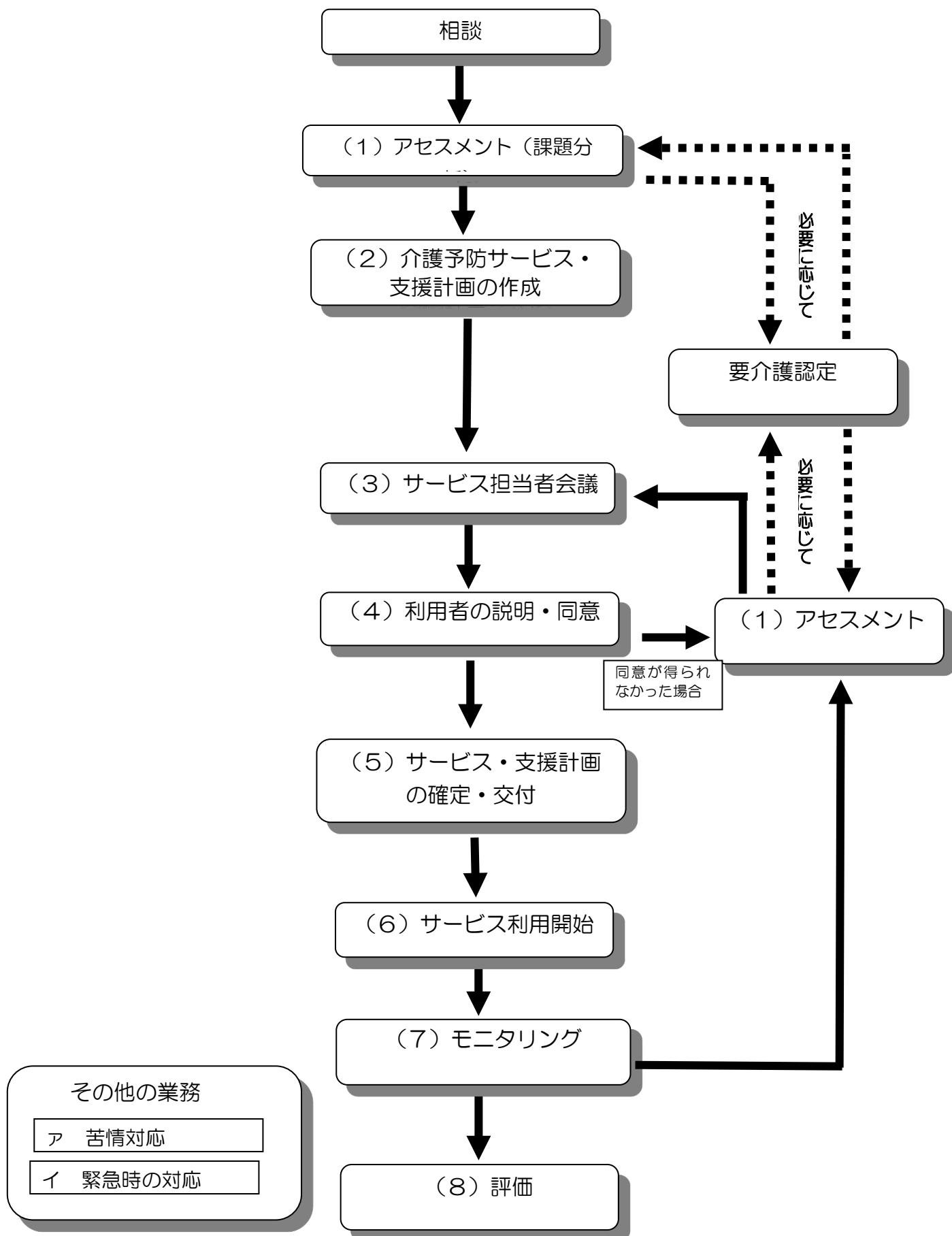
- (1) 総合事業のみを利用する場合には、サービス・支援計画の自己作成に基づく利用は想定していません。 予防給付にて自己作成している者が、総合事業のみを利用する場合にも、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行います。
- (2) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターに加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者含めて、関わる全ての人が総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。
特に介護予防ケアマネジメント C では、利用者の状態の変化などがあった際に、本人や家族、サービス提供者等から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておくことも大切です。

【委託時の注意】

- 要支援認定者が介護予防ケアマネジメント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、P73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。適宜、地域包括支援センターが関与する事とします。
- 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、居宅介護支援事業所がインフォーマルサービスや地域資源（ボランティア情報、介護予防活動グループなど）を有効に活用し、利用者の「身体機能・活動・参加」にバランスよく働きかけるよう、情報を整備し、提供できるように努めます。
- 介護予防ケアマネジメント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（指定居宅介護支援事業所への委託は不可）。

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）

- 課題分析の目的は、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」）のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることです。
- 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、興味・関心チェックシート、暮らしのアンケートの回答状況も加味して行います。

【方法】

- ・利用者の自宅に訪問して本人と面接により聞きとり等を通じて行う。
- ・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」（P65 参照）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。
- ・より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』（P68 参照）なども利用して、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例記載要領」

P39 の『「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

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
じょく瘡、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～

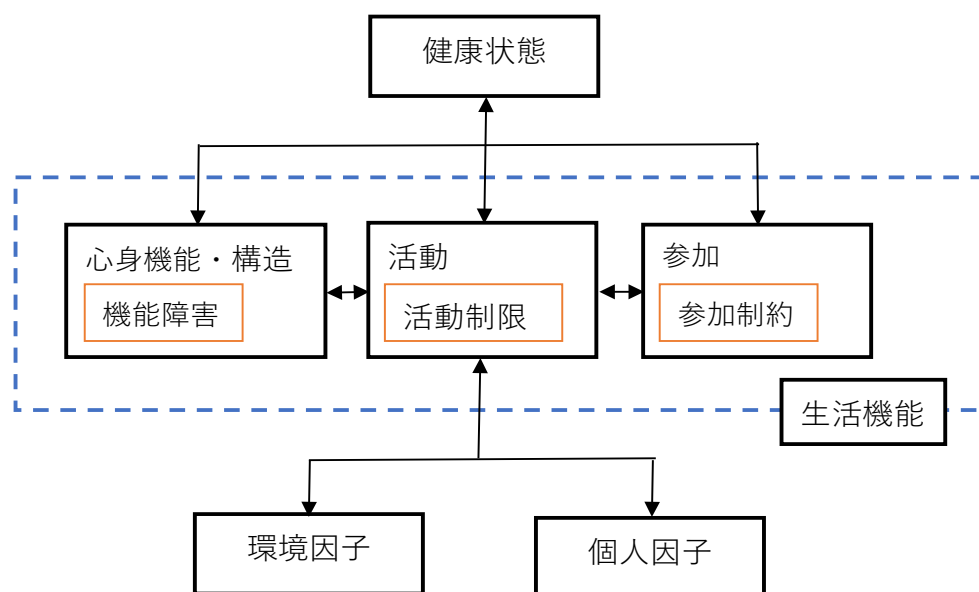
「地域包括支援センター運営マニュアル令和4年4月改定版より抜粋」

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。

介護予防ケアマネジメントの展開においては、ICF の構成要素の視点からアセスメントを行うとともに、他にも「興味・関心チェックシート」や「課題整理総括表」を活用することで、個別性の高いケアマネジメントを実施することができます。

≪ 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 目標設定

- 介護予防サービス・支援計画（以下、「サービス・支援計画」とする）の目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。
- 手法としては、3～12 か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に以下のことに考慮し、計画を作成します。

- ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
- ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（期限）

【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」（下記表）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。

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
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	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
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	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
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	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
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	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
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	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
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	外出：週に2 回は買い物に行く、展覧会、公園など行き たいところへ外出する 旅行：家族や友人と2 泊3 日の旅行に行く

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	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
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	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

（介護予防マニュアル改訂委員会（H24.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

ポイント～目標設定編～

【サービスの利用が目標になっていませんか？】

Aさん 76歳で一人暮らし。

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た。筋力低下と腰痛あり。階段は手すりを伝って移動。外出は、内科開業医に月1回（高血圧内服中）、整骨院に週1回の通院。寝込む前は毎日、テレビ体操を続けていた。

娘は車で10分の所に住んでいるが、仕事のため週末に訪問している。

通所サービスを希望し、要介護認定を平成28年1月4日に申請し、要支援1認定を受けた。

×悪い例⇒サービスの利用が目標になっている

（目標）閉じこもり生活を改善する

（1～3か月目 小目標）通所サービスに通う

（4～6か月目 小目標）通所サービスに休まず通う

○良い例

（目標）趣味の会に参加できる。

（1～3か月目 小目標）通所サービス（週1日）利用と合わせ、毎日、テレビ体操と天気の良い日に近くの公園まで5～6分歩く

（4～6か月目 小目標）火・木曜日：近所のコンビニまでパンを買いに行く。（10分程度の歩行）

ポイント：① 実現可能な小さな目標をたてます

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

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、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共に作成します。

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為の住民運営のサロンなどを組み合わせることが出来ます。

⇒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～サービス利用編～①

【本人や家族の希望（要望）通り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、中腰姿勢が辛いため、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。しかし、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。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った。

×悪い例⇒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。

ポイント～サービス利用編～②

【予防給付・総合事業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、サービスを開始して6ヶ月が経ち、コンビニまではスムーズに行けるようになった。バスに乗って趣味の会に行きたいと考えている。しかし、バスの昇降、体力に不安がある。

×悪い例⇒（6～9か月目 小目標）バスの昇降が安全にできる。

（サービス）現在の通所サービスを継続していく。

○良い例⇒（6～9か月目 小目標）バスの乗降動作が安定して行える。

（家族）例1 整形外科に通院同行し、病状を確認する。通所サービスで実施しているトレーニング内容について、無理がないか確認を行う。

例2 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運動メニューの作成を依頼する。

（本人）ホームトレーニング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いきます。

○ 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、P91 を参照してください。）

(2) サービス担当者会議

- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAにおいて実施します。
- 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、注意点を説明します。

サービス担当者会議の位置づけと目的

【位置づけ】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合
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等

【開催のタイミングと協議内容】

<新規> 新規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時

<臨時時> 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

- ・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) サービス・支援計画の確定・交付（利用者、サービス実施者）

- 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防サービス・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結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て地域包括支援センターから送付します。

(6) サービス利用開始

(7) モニタリング

ア 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 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、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。
- 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めます。

【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の手法を通じて実施します。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、「介護予防支援経過」に随時内容を記載します。

イ 介護予防ケアマネジメント C の場合

介護予防ケアマネジメント 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、本人の状況を何らかの形で確認する事が望ましいです。また、横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービス B 等）の運営主体等と連携し、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づくりなど、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。

〈状況悪化を見逃さない仕組みづくり〉

- (例) ・利用者が利用中止・無断欠席が続くなどの場合に、サービス提供者と地域包括支援センターの間で連絡を取り合うことができる仕組みづくり
- ・定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認 など

【1年をこえて、同じ目標・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腰痛も緩和され、バスの昇降動作は安定してきた。趣味の会に参加したいが、体力に自信がない。

×地域との関わりが少なくなる例→

- (9～12か月目 小目標) バスの乗降動作が安定して行える。
- (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、身近な地域の中で社会参加に繋がる例→

(9～12か月目 小目標) バスの乗降動作が安定し、趣味の会に参加できる。
正しい姿勢で掃除を行う。

(サービス) 介護予防通所リハビリ時に、歩行、昇降、掃除の動作を確認。

(本人) 運動メニューを自宅で継続。(1日2回)

駅前のスーパーまで、天気が良ければ買物に行く。

(12か月後 評価) 目標達成。介護保険の更新申請はせず。

→ 地域包括支援センターと相談し基本チェックリストにて事業対象者となる。ケアマネジメントCにて介護予防支援サービス計画を本人と作成。

- ① 筋力維持のため、地域内の体操教室「元気づくりステーション」に参加。
- ② 牛乳など重い物の買物は〇〇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や民間事業、地域ボランティアによるサービスの情報を確認し、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。
※地域の体操教室への参加をすすめる場合には、見学調整や同行など丁寧な対応を心がけましょう。
- ④ 歩いて通うことができる通所型支援サービスの利用

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、高齢者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。

(8) 評価（介護予防ケアマネジメント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・介護予防ケアマネジメント作成から最長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の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。

【自立の視点に立った取組】

要支援認定を受ける高齢者の中には、ADL は自立しているが、IADL の一部に困難な状況がみられています。生活機能の低下した高齢者に対して、ICF の考え方である「身体機能」、「活動」、「参加」にバランスよくアプローチし、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、生きがい、役割をもって生活できるよう支援が必要です。そのためには、積極的にリハビリテーション専門職と連携を図り、利用者本人の自立を目指した関わりを持つことが求められます。

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) 居宅介護予防支援事業所との連携（ケアマネジメントCは除く）

介護予防支援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。指定居宅介護支援事業所は、次のような場合には、地域包括支援センターと連携を取ります。

- ア 介護予防サービス・支援計画を実施するにあたり、総合事業のサービス（補助事業及び一般介護予防事業等）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

(3) 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 情報の共有化

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。

※ 介護予防ケアマネジメントCにおける連携

介護予防ケアマネジメントCの場合、そのプロセスの一部を本人・家族、住民主体の通いの場を運営する住民も担うこととなります。地域包括支援センターの職員等とともにケアマネジメント結果を関係者で共有されていることは大切です。

「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・介護予防ケアマネジメントとともに、厚生労働省で示されている標準様式を使用します。あわせて、介護予防ケアマネジメントCについては、いきいきプランを使用することもできます。なお、いきいきプランと連動した「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）」に入力することで、いきいきプランの対応した部分に転記されます。

【使用する様式】

- ① 利用者基本情報
- 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）
- 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）
- 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
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）いきいきプラン転記用
- ⑥ GoGo 健康！ いきいきプラン（ケアマネジメントC専用様式）
- ⑦ 暮らしのアンケート
- ⑧ 興味・関心チェックシート

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

	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
①	○	○	○
②	○	○	(○)
③	○	○	×
④	○※1	○※1	×
⑤	×	×	○
⑥	×	×	○※2
⑦	(○) ※3	(○) ※3	(○) ※3
⑧	(○) ※3	(○) ※3	(○) ※3

※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 ⑥を使用する場合、⑤に入力すると、⑥の対応した箇所に入力内容が転記されます。入力に使用した⑤は地域包括支援センターで保管します。

※3 ⑦⑧は介護予防ケアマネジメント開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用することもできます。必ず実施しなければならないものではありません。

(2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント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、①②を使用し、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、④は最長12か月ごとの評価に使用します。

(3) 介護予防ケアマネジメント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、①⑤⑥を使用します。本人へは⑥を交付します。（使用する様式は①②でも可）

「GoGo 健康！いきいきプラン」（介護予防ケアマネジメント C 専用様式）

GoGo 健康！いきいきプランは、ご本人が目標とする生活（姿）を実現するために、解決すべき課題を明らかにし、その解決に向けた様々な取組（セルフケア）やサービス・地域資源等を主体的に選択・決定・行動できるよう、ご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。あわせて、ご本人を支援するご家族及び関係者も目標や介護予防に向けた取組を確認するためのツールです。本人自身が行う「健康づくり・介護予防への取組（セルフケア）」とあわせ、家族やボランティア等にお問い合わせする「様々なサポート」等について記入し、役割やサポート時の注意事項などを共有します。本人の了解があれば、関係する機関や団体への提供も可能とします。

なお、このシートはアセスメントの結果、補助事業や一般介護予防事業、インフォーマルサービスを利用する場合（介護予防ケアマネジメント C）を実施する時のみに使用します。

1 「いきいきプラン」の使用方法（P59、60）

- (1) いきいきプランの P1、P4 は本人自身が記入することが望ましいと考えます。何らかの理由で記入が困難な場合は、本人・家族と相談（合意形成）しながら地域包括支援センター職員が記入します。
- (2) ケアプランの確定・交付後は P1、3、4 について、必要に応じて本人や家族が記入内容の変更や追記を行って良いことを説明します。
- (3) 入力シート【緑部分】に記入した内容は、「いきいきプラン」に転写されます。そのため、「いきいきプラン」は本人に渡し、「入力シート」は地域包括支援センターで保管します。すでに、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施している場合、現行の様式②の使用も可能です。

2 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。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、本人の生活圏域（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) 介護予防ケアマネジメント C はモニタリングがないため、本人の状態変化やサービスの利用状況等の把握が困難です。そのため、本人、家族がいつでも相談しやすいよう、相談当初からの信頼関係の構築を図ります。あわせて、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。

いきいきプラン（介護予防ケアマネジメント C 専用様式）を使用するメリット

介護予防ケアマネジメント C は本人が自分自身のセルフケアマネジメント力を高めることで、P D C A サイクルを回し、生活（行動）していくことができるように、本人とともに考え、ケアプランを作り上げていくことが重要です。本人が目標とする生活を家族及び関係者も理解し、介護予防に向けた取組を確認します。本人自身が行う介護予防・健康づくりへの取組や家族やボランティアにお問い合わせする「様々なサポート」等についても記入することで、それぞれの役割や注意する事などを共有しやすくなります。それらを踏まえ、本人の思いや考えを落とし込むことができる「いきいきプラン」（介護予防ケアマネジメント C 様式）を作成しました。

※介護予防ケアマネジメント C 専用様式については、様式集 P57～63 を参照ください。

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 関連様式例記載要領

本様式例は、当初の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結果記録票（以下、「サービス・支援計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、サービス・支援計画の一部を変更する都度、記載するものとします。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとします。

【使用する様式】

- ① 利用者基本情報 P50～51
- 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） P52
- 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） P55
- 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 P56
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）いきいきプラン転記用 P58
- ⑥ GoGo 健康！いきいきプラン（介護予防ケアマネジメント C 専用様式） P59～60
- ⑦ 暮らしのアンケート P65
- ⑧ 興味・関心チェックシート P68

(1) ①「利用者基本情報」 P50～

ア 「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。

イ 「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。

ウ 「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。

エ 「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。

オ 「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。

カ 「電話番号」

当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。

キ 「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3a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。

ク 「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。

ケ 「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。

コ 「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。

サ 「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。

シ 「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。

ス 「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。

セ 「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。

ソ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、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。

タ 「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。

チ 「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。

ツ 「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。

テ 「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。

ト 「現病歴・既往歴と経過」

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

ナ 「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。

ニ 「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、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。

★ケアマネジメントC様式⑤ ⑥ 「GOGO健康！いきいきプラン」記載事項 P58～

ア 「No.」

利用者の整理番号を記載する。

イ 「利用者名」 ★【P 1 名前に記入。本人の自書可】

当該サービス・支援計画等の利用者名を記載する。

ウ 「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。

エ 「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。

オ 「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○を付す。

カ 「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○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。

キ 「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。

ク 「サービス・支援計画作成者」 ★【P 4「連絡先」に記入】

当該サービス・支援計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、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。

ケ 「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）」

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。

コ 「担当地域包括支援センター」 ★【P4「連絡先」に記入】

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、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。

サ 「サービス・支援計画作成（変更）日（初回作成日）」 ★【P1「作成日」に記入】

当該地域包括支援センター若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。

シ 「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。また、両者の目標は関連を持たせた目標となるように記載することが望ましい。

本人の疾患等により、一年単位の「目標とする生活」がイメージできない場合は、一日単位の「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」 ★【P1「長期目標」に記入 本人の自書】

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。

ス 「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。

セ 「アセスメント領域と現在の状況」 ★【P2表「暮らしの様子」に記載】

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。

ソ 「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 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 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	・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	家族との交流 近所との交流 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	・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

タ 「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あ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。

チ 「総合的課題」 ★【P2表「目標を達成するための課題」に記入】

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。

ツ 「課題に対する目標と具体策の提案」 ★【P2表「お勧めしたいこと」に記入】

「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。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

テ 「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を確認できる。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。

ト 「目標」 ★【「P1の目標を達成するための取組」に記入】

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。

ナ 「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、様々な次元の項目が書かれることがある。

ニ 「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）」

★【P4いきいきカレンダーに記入】

「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）」「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）」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。

ヌ 「サービス種別」 ★【P4いきいきカレンダーに記入】

「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。

ネ 「事業所（利用先）」 ★【P4いきいきカレンダーに記入】

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、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。

ノ 「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」も考慮するものとする。

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。

ハ 「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。

ヒ 「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。

フ 「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。

ヘ 「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。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、サービス・支援計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、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る、その際に、確認をした当該地域包括支援センターの担当者が本欄に意見を記載する（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、サービス担当者会議の終了時にサービス・支援計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

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

(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、事業所において保管する。

(3) ③ 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」 P55

ア 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

イ 「計画作成者名」

当該計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）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。

ウ 「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。

(4) 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」 P56～

ア 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

イ 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）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。

ウ 「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。

エ 「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。

オ 「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。

カ 「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。

キ 「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

ク 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」

何故、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。

ケ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

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

コ 「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。

サ 「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。

シ 「地域包括支援センター意見」

サービス・支援計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防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、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにシ印を付す。

※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) ⑦「暮らしのアンケート」 P65

■使い方

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しょう。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、無理やり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

「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ください」【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とりましょう）

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（指針 P67）」を活用してみましょ。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す。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ないか確認します。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。

また、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、地域包括支援センター(地域ケアプラザ)で実施している「介護予防教室」の参加、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、丁寧に聞きとりを行いましょう。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、自分が飲んでい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。

(6) ⑧「興味・関心チェックシート」 P68

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 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）
いきいきプラン転記用
- 様式⑥ GoGo 健康！ いきいきプラン（介護予防ケアマネジメント C 専用様式）
- 様式⑦ 暮らしのアンケート
- 様式⑧ 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が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

様式②

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 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	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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： _____

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	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【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(該当した項目数) / (質問項目数) を記入してください
 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

地域包括支援センター意見	
--------------	--

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 _____ 年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント編）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・ _____

計画作成（変更）日 _____ 年 月 日（初回作成日 _____ 年 月 日） 担当地域包括 _____

目標とする生活

1日	具体的なおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。	1
----	---	---

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
運動・移動について <ul style="list-style-type: none"> ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行する ●交通機関を使つての移動状況 	<ul style="list-style-type: none"> ●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「○○できるようになる」「○○をやりたくない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。 ●利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。 ●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ●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、ただちにプランを立てるのではなく、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。これは具体策を検討する際に参考情報となる。 	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <ul style="list-style-type: none"> ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。 ●課題がある場合「<input type="checkbox"/>有」にレ点をチェックし、分析した内容を記載する。課題がない場合は<input type="checkbox"/>無にチェックする。 ●分析する場合は、実際の面談の様子、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・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●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、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「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、専門家として示す提案である。 ●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、特定高齢者施策や、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、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。 ●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合には、ここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例) [目標] (3か月後には)ひとりで○○まで歩いて行けるようになる。 [具体策] ①▲▼を利用して△△を行う。 ②誰々が■を行う。 ③... 	<ul style="list-style-type: none"> ●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の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把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。 ●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。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。
日常生活（家庭生活）について <ul style="list-style-type: none"> ●日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ●献立を考え、調理する状況 ●家事（家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等）の状況 ●預貯金の出し入れを行う状況 					
社会参加、対人関係・ <ul style="list-style-type: none"> ●家族や友人を心配したり、相談にのるなど関係を保つことのできる状況 ●友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ●家族・友人等との会話や電話での交流 ●地域での役割があるか（老人クラブや町内会） ●趣味や楽しみがあり続けられているか ●緊急時の対応状況 					
健康管理について <ul style="list-style-type: none"> ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、歯、爪などの手入れ ●食事に気をつけている状況 ●運動を行うことについての状況 ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていますか 	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

<ul style="list-style-type: none"> ●主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。 ●副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。
--

【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対応

<ul style="list-style-type: none"> ●本来の支援を実施できない理由を記載する。 ●地域における資源の不足による対応策を記載する。 ●地域における新たな活動の創出を記載する。
--

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入してください
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	口腔機能	閉じこも	物忘れ	うつ
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／3

該当 不該当 不明

- 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。

地域包括支援センター意見 <ul style="list-style-type: none"> ●居宅介護支援事業所に委託している場合、意見欄→利用者に対し、介護予防に積極的に取り組むよう働きかける。
--

結果等記録表)

様式②記入例

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

日～ 年 月 日

事業所名及び所在地(連絡先)

支援センター:

年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
---	---------------------------------

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
<ul style="list-style-type: none"> ●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対して合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。(例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人自ら取り組むこと、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などを具体的に記載する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。(例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。 	<ul style="list-style-type: none"> ●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。) ●自分にあつた運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようになる。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。 <p>【サービスB】(例) ・地域のサロンに通い、介護予防に資するプログラム(脳トレ、歌等)に参加することで、近所との繋がりを作り、交流を図る(週1日程度) ・話し相手、見守り等の支援を通じて、地域の情報を得るとともに、外出の機会に繋げる(週1日程度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。(例) ・介護予防訪問介護II ・特殊寝台 ・配食サービス、ふれあい給食会など。 <p>【サービスB】 ●「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」のうち、該当の種別を記載する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●当該サービス提供を行う事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外のサービスの公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。 <p>【サービスB】 ●活動団体名(サロン等の活動名称)を記載する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 →サービス担当者会でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。
()	()	()	()	()	()	
()	()	()	()	()	()	

【できない場合】方針

に働きかける、具体的な手順や方針を書く。理想である本来の支援ができない場合は、設定などの必要性を記載する。

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

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

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)サービス計画評価表

評価日

利用者氏名

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>●「介護予防サービス・支援計画表」に記載していただける合意を得られた最終の具体的な目標を転記する。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に転記する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。</p> <p>[達成した場合]例) ・1人で～まで行くことができた。</p> <p>[達成できなかった場合]例) ・～までには○○のため、いたらなかったが、××まで行くことができた。 ・1人では行けないが、誰かが付き添えば行けるようになった。</p>	<p>●目標を達成した場合には○印。</p> <p>●未達成の場合には×印をつける。</p>	<p>●何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) ・もう少しで○○まで歩けると思っていたが、天気の良い日が続く、思ったように外出できなかった。</p>	<p>●何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。</p> <p>●本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) ・□□が原因で～をしなくなったために、目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したこと、不安が壮大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかった。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要があったのではないかと考える。</p>	<p>●ケアプラン作成者としての意見をまとめる。</p> <p>●目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。</p> <p>例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていたハイキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運度の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行って行く。</p> <p>●基本的に「プラン変更」になる。「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要なくなった時。</p> <p>●目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにレ点をつける。</p>
<p>総合的な方針</p> <p>●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。</p>			<p>地域包括支援センター意見</p> <p>●居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して、記載する。介護予防ケアプランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持、悪化等の判定をし、その根拠も記載する。ケアプラン作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託されたケアプラン作成者の方針の統一をはかる必要がある。</p> <p><input type="checkbox"/> プラン継続</p> <p><input 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 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>			

No

利用者名 様 () 歳 認定年月日 認定の有効期間 ~

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 (初回作成日) 担当の地域包括支援センター: 地域包括支援センター (地域ケアプラサ)

目標とする生活	
1日	1年

アセスメントと課題、目標と具体策

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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()	ボランティア・民間のサポート等				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()	ご家族のサポート				
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()	友人のサポート				

健康状態について
主治医意見書、健診結果、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行すべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の字視に向けた方針

総合的な方針:生活不発病の改善・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)を記入してください
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター意見

計画に対する同意
 上記計画について、同意いたします。
 年 月 日 氏名

0 様

■ GoGo健康！いきいきカレンダー

	月	火	水	木	金	土	日
第1週							
第2週							
第3週							
第4週							
第5週							

■ サービス提供者やボランティアに伝えたいこと

連絡先

◎	0	地域包括支援センター	0	地域ケアプラザ内
	担当者	0		
	電話	0	FAX	0
◎		電話		
◎		電話		



0 様

■ 長期目標 (おおよそ1年後の目標)

年 月 日

0

■ 目標を達成するための取組

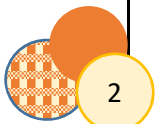
0
0
0
0
0
0
0
0
0



■ いつまでも、いきいきと暮らし続けるための御提案

	暮らしの様子	目標を達成するための課題	お勧めしたい事
歩行・移動	0	0	0
日常生活	0		
コミュニケーション	0		
健康管理	0		

自由記載欄



■ ボランティアや民間団体等にお願いしたいこと

0

■ ご家族にお願いしたいこと

0

■ ()にお願いしたいこと

0



No

利用者名	桜木 花子 ①様	(女)	80 歳	認定年月日	認定の有効期間
計画作成者氏名	関内 一郎 ①	委託の場合:計画作成事業者・事業			
計画作成(変更)日	令和3年4月1日 ②(初回作成日)	平成30年4月1日	担当の地域包括支援センター:		

目標とする生活

1日	1年	★書
----	----	----

※緑色のセルは「いきいきプラン」に転記されます。★がついてい

アセスメントと課題、目標と具体策

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)			
<p>運動・移動について</p> <p>膝に痛みが為、立ち座りや、階段やバスの昇降はテーブルや手すりを使っています。⑤</p>	<p>P2「いつまでもいきいき暮らし続けるための御提案」の「暮らしのアンケート」を記載。</p> <p>アセスメント領域ごとの生活状況について記載。</p> <p>▶転記されます</p> <p>※文字数:96文字以内</p>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<p>(1) 膝の痛みがあり、家事や買い物、外出に支障があります。</p> <p>(2) 御主人の介護をきっかけに、お友達との交流や外出、書道が減っています。</p> <p>(3) 食量や質が下がると、低栄養となり体力低下、筋肉量低下などを起こしやすくなります。</p>	<p>(1) 膝の痛みを軽減し、行動範囲を広げましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・整形外科で診断を受け、運動の制限について確認しましょう ・立ち座りの時は、膝の負担を減らすように、何かに掴まりましょう。 <p>(2) 趣味の活動を通じて、友人や地域との交流を再開しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・書道展に出品する作品制作をはじめましょう。 ・地域のサロン活動への参加をお勧めします。 <p>(3) 食事は3回バランスよくとりましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特にたんぱく質とカルシウムを意識しましょう。 ・バランスの良い食事を配達するサービスもあります。 	<p>P2「いつまでもいきいき暮らし続けるための御提案」の「お勧めしたい事」を記載します。</p> <p>▶転記されます</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題解決のために必要と専門職が考える提案を行います。 ・利用者自ら行うセルフケアや家族の支援も記載します。 <p>※文字数:448文字以内</p>			
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重い買い物や布団干しは、息子さんが2週間ごとに訪問し、一緒に行っています。 ・掃除は道具を工夫しています。膝痛で辛い家事は、道具の工夫や息子さんに手伝ってもらいながら、暮らされています。⑥ 		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<p>⑨</p>	<p>⑩</p>	
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご主人の介護があったため、ご友人との交流が減っています。 ・書道の師範であり、教室を開いていた頃は、近所の子供が通っていました。教室を閉めてからは、御自分も書道を楽しむ時間が減っています。⑦ 		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						<p>⑪</p>
<p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耳の聞こえが悪くなっている。 ・血圧の薬は自分で管理し、飲み忘れなし(130-80mmHg) ・1人きりの食事は、食欲がでず、簡単に済ませることが多い。⑧ 		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合の適切な支援の字視に向けた方針

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○印をつけて下さい

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター意見

電話 ⑮ 333-1111

西暦で入力。
(例)「令和3年4月1日」の場合、→2021/04/01」と入力

住所名及び所在地(連絡先)

③ 港 地域包括支援センター

④ 港 地域ケアプラザ)

道作品を〇〇センターで行われる展覧会(11月)に出展し、孫と一緒に見に行く。

る部分は転記されません！！

・利用者と共に、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。
利用者の取組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を分析し、その人らしい自己実現を引き出すよう支援する。

目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
<p>気のいい日は15分位歩く。</p> <p>〇〇公園まで</p> <p>元気づくりステーションに毎週</p> <p>3回食べる。バランスを考</p> <p>製品を食べる(1/日)</p>	<p>P1「目標達成のための取組」の本人自ら取り組むこと(セルフケア)を記載します。</p> <p>・具体的に実行可能な、本人自身で評価できる取組内容をします。</p> <p>※文字数: 26文字×7行</p> <p>※全体で182文字以内。2行以上に渡って入力する場合には、セルを結合してください。</p>	<p>★</p> <p>趣味の活動参加に向けた、体力づくりから開始</p> <p>(1)2セルフケア 天気のいい日は、散歩や買い物を行う。</p> <p>(1)元気づくりステーションで筋力向上を目指した体操を覚えて、自宅で実践する。</p> <p>(3)セルフケア 食事を3回食べる。</p> <p>ボランティア・民間のサポート等</p> <p>・バランスの良い食事をとるため、食事サービスを利用する。</p> <p>・重たいものを買う時はスーパーSのお届けサービスを利用する。⑫</p> <p>ご家族のサポート</p> <p>・大きい物や重たい買い物はへの同行(月1回程度)</p> <p>・病院の定期受診の同行(年2回)</p> <p>・庭の樹木の剪定の手伝い(6月、11月頃)⑬</p> <p>(友人のサポート)</p> <p>・元気づくりステーションの参加に慣れるまで、当日は会場まで一緒に出掛ける。⑭</p>	<p>★</p> <p>(1)自分にあった運動の仕方を身につけ、運動ができるようにする</p> <p>(3)栄養状態の維持をはかるため、食事サービスを利用する</p> <p>総合事業や一般介護予防等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載。</p> <p>本人のセルフケアを記入します。 ※「いきいきシート」には反映されません。</p> <p>P3「ボランティアや民間団体が行うサービスにお願いしたい事」に転記されます ※27文字×6行(162文字まで)</p> <p>P3「ご家族にお願いしたいこと」に転記されます ※27文字×5行(135文字まで)</p> <p>P3「(例:山手さん)にお願いしたいこと」に転記されます ※27文字×5行(81文字まで)</p>	<p>★</p> <p>(1)元気づくりステーション</p> <p>(3)横浜市配食支援</p> <p>左側の支援内容に適したサービス種別を記載</p>	<p>★</p> <p>(1)〇〇元気づくりステーション 毎週火曜日 10:00~11:30</p> <p>(3)横浜市配食支援 NPO法人〇〇会 お弁当 〇〇会 毎週金曜日</p>	<p>利用する「横浜市通所型補助事業」や「住民主体の通いの場」などを記載。</p> <p>※P4「連絡先」に利用先の担当者や電話番号を記入。 ※転記されません</p>

場合)口

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

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

■GoGo健康！いきいきカレンダー

	月	火	水	木	金	土	日
第1週		10:00～ 元気づくり りステーション		書道	お弁当 〇〇会		
第2週		10:00～ 元気づくり りステーション			お弁当 〇〇会	息子さんと 買い物	
第3週		10:00～ 元気づくり りステーション		書道	お弁当 〇〇会		
第4週		10:00～ 元気づくり りステーション			お弁当 〇〇会	息子さんと 買い物	
第5週		10:00～ 元気づくり りステーション			お弁当 〇〇会		

本人や家族が、様々なサービスや住民主体の活動グループの利用(参加)時に配慮してほしいことを記載します。(50文字以内)

■サービス提供者やボランティアに伝えたいこと

元気ステーション〇〇会	耳が遠いので、先生に近い席にしてほしい。 膝が痛いので、しゃがむ動作等が難しいです。
お弁当〇〇会	耳が遠いので、着いたら電話を鳴らしてほしい。

連絡先

◎ ③ 港 地域包括支援センター ④ 港 地域ケアプラザ内

① 担当者 関内 一郎

⑮ 電話 333-1111 ⑯ FAX 222-5555

◎ □□元気づくりステーション Mさん 電話 〇〇〇-〇〇〇〇

◎ お弁当 〇〇会 電話 〇〇〇-〇〇〇〇



桜木 花子 ① 様

■長期目標(おおよそ1年後の目標)

② 令和3年4月1日

書道作品を〇〇センターで行われる
展覧会(11月)に出展し、孫と一緒に
見に行く。

・利用者と共に、生きがいや楽しみを話し合い、達成したい目標や目指す姿を設定する。利用者の取組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を分析し、その人らしい自己実現を引き出すよう支援する。

■目標を達成するための取組

(1)-①天気のいい日は15分位歩く。

スーパー□□、□□公園まで

(1)-②元気づくりステーションに毎週参加する。

(3)食事を3回食べる。バランスを考える

⑪

※本人の自書も可能です。その場合は、セルの数式を消去しましょう。
(セルをクリックし、[back space]又は[delete]キーを押し、数式(「=」入力シート(例)Z〇〇)を消します)
※なるべく、簡条書きにします。(30文字×7行以内)



様式⑤「アセスメント領域と現在の状況」の内容を記載します(96文字以内)

様式⑤「総合的課題」の内容を記載します。(256文字以内)

様式⑤「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」、「地域支援事業(介護予防・生活支援サービス補助事業)」から、該当する欄に記載します。

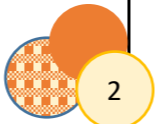
桜木 花子 ① 様

■ いつまでも、いきいきと暮らし続けるための御提案

暮らしの様子	目標を達成するための課題	お勧めしたい事
歩行・移動 膝に痛みが為、立ち座りや、階段やバスの昇降はテーブルや手すりを使っています。⑤	(1) 膝の痛みがあり、家事や買い物、外出に支障があります。 (2) 御主人の介護をきっかけに、お友達との交流や外出、書道が減っています。	(1) 膝の痛みを軽減し、行動範囲を広げましょう。 ・整形外科で診断を受け、運動の制限について確認しましょう ・立ち座りの時は、膝の負担を減らすように、何かに掴まりましょう。 ・体操教室で筋力をつけることをお勧めします。 (□□元気づくりステーション：□□会館、毎週火曜日) ・書道はテーブルで行いましょう。
日常生活 ・重たい買い物や布団干しは、息子さんが2週間ごとに訪問し、一緒に行っています。 ・掃除は道具を工夫していません。膝痛で辛い家事は、道具の工夫や息子さんに手伝ってもらいながら、暮らされています。⑥	(3) 食事量や質が下がると、低栄養となり体力低下、筋肉量低下などを起こしやすくなります。	(2)趣味の活動を通じて、友人や地域との交流を再開しましょう ・書道展に出品する作品制作をはじめましょう。 ・地域のサロン活動への参加をお勧めします。 (△△カフェ：認知症予防プログラムとお茶が楽しめるサロン)
コミュニケーション ・ご主人の介護があったため、ご友人との交流が減っています。 ・書道の師範であり、教室を開いていた頃は、近所の子供が通っていました。教室を閉めてからは、御自分も書道を楽しむ時間が減っています。⑦	⑨	(3)食事は3回バランスよくとりましょう。 ・特にたんぱく質とカルシウムを意識しましょう。 ・バランスの良い食事を配達するサービスもあります。⑩
健康管理 ・耳の聞こえが悪くなっている。 ・血圧の薬は自分で管理し、飲み忘れなし(130-80mmHg) ・1人きりの食事は、食欲がでず、簡単に済ませることが多い。⑧		

その他、上記項目に記載できなかった場合に利用します。
(例) 医師からの意見など

自由記載欄



■ ボランティアや民間団体等にお願いしたいこと

・バランスの良い食事をとるため、食事サービスを利用する。

・重たいものを買う時はスーパーSのお届けサービスを利用する。⑫

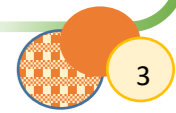
様式⑤「課題に対する目標と具体策の提案」の内容を記載します。(448文字以内)

■ ご家族にお願いしたいこと

・大きい物や重たい買い物はへの同行(月1回程度)
・病院の定期受診の同行(年2回)
・庭の樹木の剪定の手伝い(6月、11月頃)⑬

■ (山手さん)にお願いしたいこと

・元気づくりステーションの参加に慣れるまで、当日は会場まで一緒に出掛ける。⑭



【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 なった方に お伺いま す。 どなたに手 伝っても らっていま	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	はい	いいえ

「暮らしのアンケート」について

■使い方

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、本人ができている事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てみましょう。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。 たとえば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ください【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 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ないか確認します。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、地域包括支援センター(地域ケアプラザ)で実施している「介護予防教室」の参加、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、自分が飲んでい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⑧

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別(男・女)記入日：R____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。

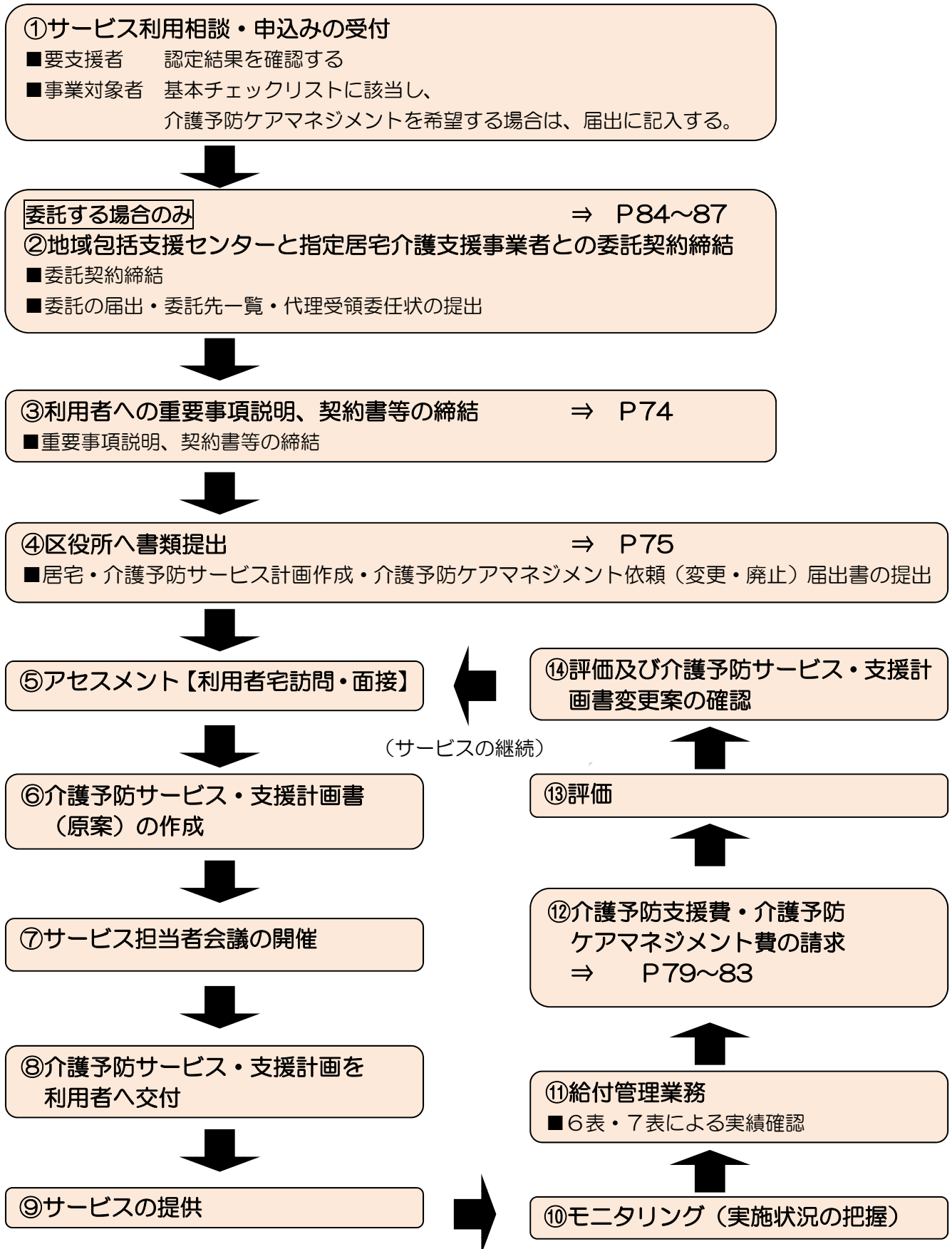
生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
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			

生活行為向上マネジメント

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の 無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

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すが、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

3 住所地特例

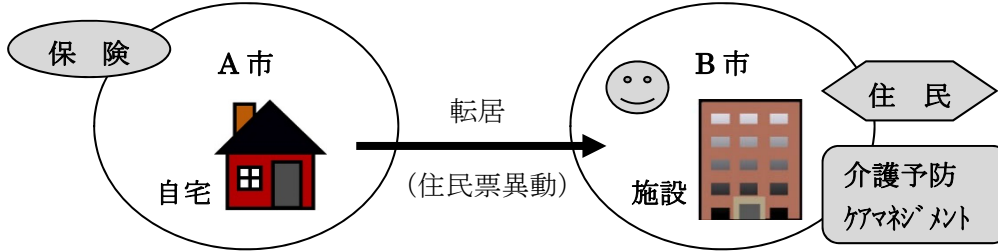
- ◎ 住所地特例とは、対象施設への入所等に伴い住所を異動された方を一律に施設所在市町村の被保険者にしてしまうと、対象施設が多く建設されている市町村の給付費が増加するといった財政上の不均衡を是正するために設けられた制度です。
- ◎ 住所地特例対象者に対する介護予防支援については、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者が行うことになります。(法第58条第1項) 介護予防ケアマネジメントについても、同様に、施設所在市町村が指定した地域包括支援センターが行います。
- ◎ 市外の住所地特例対象施設に転居された方は、住民票を異動しても、元々住んでいた横浜市の被保険者のままとなります。

◎ **横浜市の包括が担当する「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
- 介護予防ケアマネジメント：B市の地域包括支援センターが実施

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

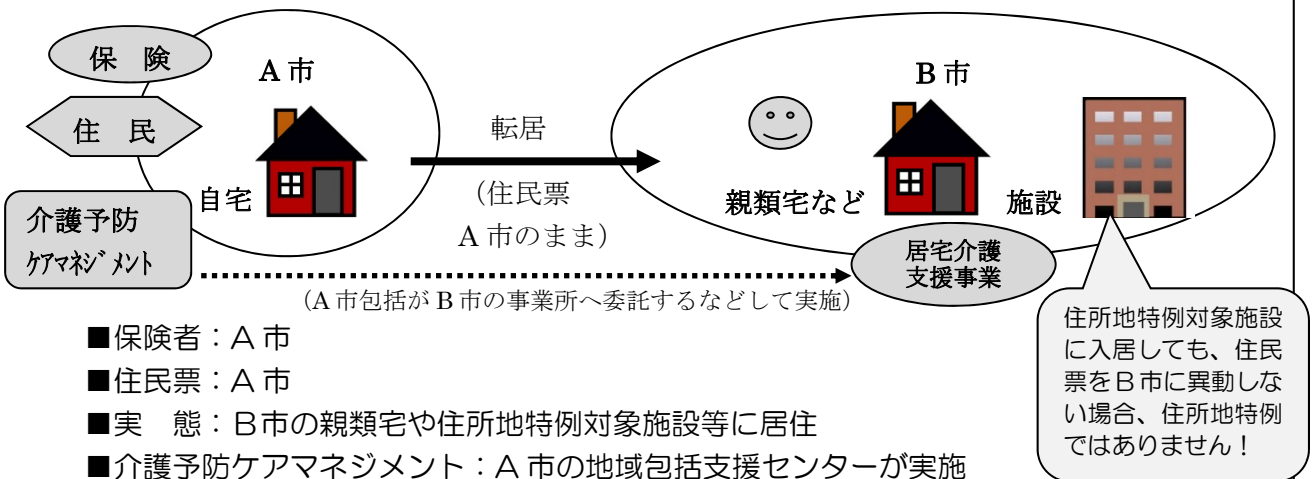
◎ 住民票の異動について

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転居（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
- 介護予防ケアマネジメント：A市の地域包括支援センターが実施

＜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)	地域包括支援センター (プラン作成)	依頼届出書提出先 ※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	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か確認する必要があります。)	横浜市の包括	横浜市の区役所 (介護保険担当)	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・確認し実施)	横浜市の包括 (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	他市町村の担当課	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 (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

★ 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 事業主体など

(1) 事業主体

介護予防支援 → 指定介護予防支援事業所として実施します。

介護予防ケアマネジメント → 地域包括支援センターが実施します。

(2) 件数制限

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

介護予防ケアマネジメント → 件数制限なし

(3) 委託

ア 要支援者について

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。（介護予防ケアマネジメント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 その他

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）。

	要支援者	事業対象者
介護予防支援	○ 委託可	
介護予防ケアマネジメントA	○ 委託可	<p>【要支援者が認定更新せずに事業対象者となった場合】 ○ 委託可</p> <p>【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</p>
介護予防ケアマネジメントC	× 委託不可	× 委託不可

5 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、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

※ 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等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）

6 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、本人または地域包括支援センターが区役所に「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。

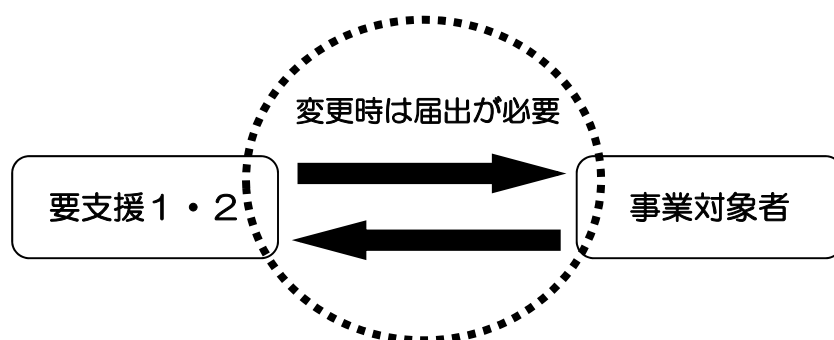
(2) 事業対象者

チェックリストで事業対象者の基準に該当した方は、介護予防ケアマネジメント依頼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。

(3) 再提出が必要な場合

認定状態の区分等が変更する場合（要支援→事業対象者／事業対象者→要支援）には、その都度、届出書を提出します。

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。



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 利用者が市内の他区に転居して、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、どちらの包括支援センターが給付管理を行うか、調整が必要です。（P.82 参照）

7 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※1	イ 介護予防支援費	438	1月につき
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

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	介護予防ケアマネジメントA	イ 介護予防ケアマネジメント費	438	1月につき
AF	1002	初回加算(介護予防ケアマネジメントA)	□ 初回加算	300	
AF	1004	委託連携加算(介護予防ケアマネジメントA)	ハ 委託連携加算	300	
AF	1021	介護予防ケアマネジメントC・初回	初回のみ介護予防ケアマネジメント費	438	1月につき ※

※ただし、前回の算定から1年を経過していること

(2) 介護予防ケアマネジメントの報酬の考え方

ア 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)

介護予防支援費と同じ単位とします。

イ 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で、1年に1回までの実施とします。

(3) 地域単価

介護予防支援費と同様に、介護予防ケアマネジメント費は、2級地(11.12円)とします。

(4) 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る。

- ② 要介護者が要支援認定を受けた場合又は事業対象者となって、介護予防ケアマネジメントを実施する場合。

※事業対象者も要支援者に相当する者とします。

◎算定できない例

1	要支援（介護予防ケアマネジメント） → 要支援（介護予防支援） → 要支援（介護予防ケアマネジメント） 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（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

◎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が変更する場合

(5) 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。

ア 契約書を取り交わし、委託を開始すること

イ 委託先へ利用者に係る必要な情報を提供すること

ウ 「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	<p>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）</p> <p>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）</p>
---	--

◎算定できる例

1	<p>ケアマネジメント A → 契約解除 → ケアマネジメント A</p> <p>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</p>
2	<p>要支援→要支援（委託先の変更）</p> <p>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</p>
3	<p>要支援 → 要支援（転居）</p> <p>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</p>
4	<p>要介護 → 要支援</p> <p>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</p>

※Q&A 集も参照してください。

8 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	ア 介護予防支援費	イ 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のソフト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	
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	

ア 介護予防支援費 ・ イ 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、取り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となります。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

- ◎ 下記の例のように、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。
- ◎ 月の途中に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 給付管理票に記載しない総合事業のサービスのみのみを利用する場合

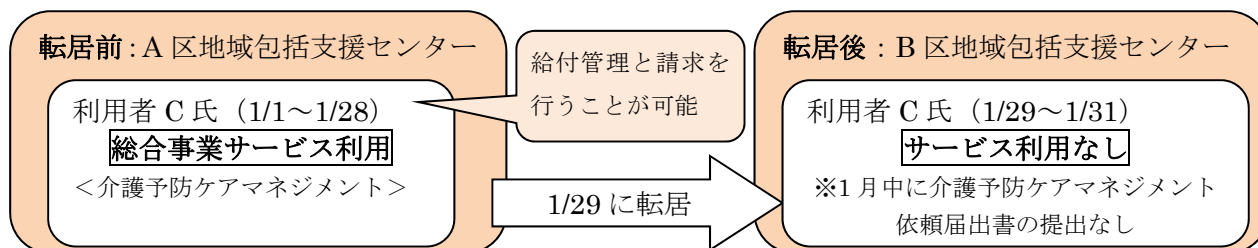
- ◎ 総合事業のサービスのうち、訪問型短期予防サービス、補助事業、一般介護予防サービスについては、区分限度額を管理する必要がないため、給付管理票に記載しません。
そのため、訪問型短期予防サービス、補助事業、一般介護予防サービスのみのみを利用する場合は、給付管理票の提出は不要です。
- ◎ **居宅介護支援事業所に委託している場合は、委託料を国保連から支払うことができません**ので、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ支払う必要があります。
※国保連から委託先の居宅介護支援事業所へ支払う条件の一つに給付管理票の提出があるため。

エ 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。

オ 月途中で要支援（介護予防ケアマネジメント）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
⇒該当事例がある場合は、高齢在宅支援課までお問合せください。

カ 要介護者で介護給付と補助事業を併用利用する場合

◎ 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、前記ウの取扱いとなります。

9 居宅介護支援事業所への委託

(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。

◎ 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については、次の表のとおりです。（令和5年4月1日時点）

		支払先			
		総額	居宅介護支援事業所【88.0%】	地域包括支援センター【12.0%】	
介護予防支援費	(1)	介護予防支援費(438単位)	4,870円	4,285円	585円
	(2)	介護予防支援費(438単位) +初回加算(300単位)	8,206円	7,220円	986円
	(3)	介護予防支援費(438単位) +委託連携加算(300単位)	8,206円	7,220円	986円
	(4)	介護予防支援費(438単位) +初回加算(300単位) +委託連携加算(300単位)	11,542円	10,155円	1,387円
介護予防ケアマネジメント費	(5)	介護予防ケアマネジメントA(438単位)	4,870円	4,285円	585円
	(6)	介護予防ケアマネジメントA(438単位) +初回加算(300単位)	8,206円	7,220円	986円
	(7)	介護予防ケアマネジメントA(438単位) +委託連携加算(300単位)	8,206円	7,220円	986円
	(8)	介護予防ケアマネジメントA(438単位) +初回加算(300単位) +委託連携加算(300単位)	11,542円	10,155円	1,387円
	(9)	介護予防ケアマネジメントC・初回(438単位)	4,870円	委託できません	

<計算方法>

■各項目の単位数×地域単価＝各項目の金額

$$300\text{単位} \times \text{地域単価} 11.12\text{円} = 3,336\text{円}$$

$$438\text{単位} \times \text{地域単価} 11.12\text{円} \div 4,870\text{円} \text{（小数点以下切捨て）}$$

$$738\text{単位} \times \text{地域単価} 11.12\text{円} \div 8,206\text{円} \text{（小数点以下切捨て）}$$

$$1,038\text{単位} \times \text{地域単価} 11.12\text{円} \div 11,542\text{円} \text{（小数点以下切捨て）}$$

■委託料の計算（計算途中も小数点以下切捨て）

(1) 介護予防支援費(438単位)

$$4,870\text{円} \times 88.0\% \text{（} 80\% \times \text{消費税} 1.1 \text{）} \div \text{委託料 } 4,285\text{円} \text{（小数点以下切捨て）}$$

(2) 介護予防支援費(438単位) + 初回加算(300単位)

$$4,870\text{円} \times 88.0\% + 3,336\text{円} \times 88.0\% \div 4,285\text{円} + 2,935\text{円} = \text{委託料 } 7,220\text{円}$$

(3) 介護予防支援費(438単位) + 連携加算(300単位)

⇒ (2)と計算方法同じ

(4) 介護予防支援費(438単位)＋初回加算(300単位)＋連携加算(300単位)
4,870円×88.0%＋3,336円×88.0%＋3,336円×88.0%
≒4,285円＋2,935円＋2,935円＝委託料 10,155円

- (5) 介護予防ケアマネジメントA(438単位) ⇒ (1)と計算方法同じ
(6) 介護予防ケアマネジメントA(438単位)＋初回加算(300単位) ⇒ (2)と計算方法同じ
(7) 介護予防ケアマネジメントA(438単位)＋連携加算(300単位) ⇒ (2)と計算方法同じ
(8) 介護予防ケアマネジメントA(438単位)＋初回加算(300単位)＋連携加算(300単位)
⇒ (4)と計算方法同じ

＜令和3年9月以前の介護予防ケアマネジメント費（委託料）の計算方法＞
令和3年度第7版の指針を参照

(4) 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所の両者の押印をし、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。
- ◎ 提出された委任状は、月ごとにとりまとめて、翌月に市から国保連へ郵送しています。

(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。
- ◎ 委託届や代理受領委任状については、従来の介護予防支援の様式を共通様式として使用します。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、これまでの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所については、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

■提出書類（様式は、横浜市のウェブサイトにも掲載しています。）

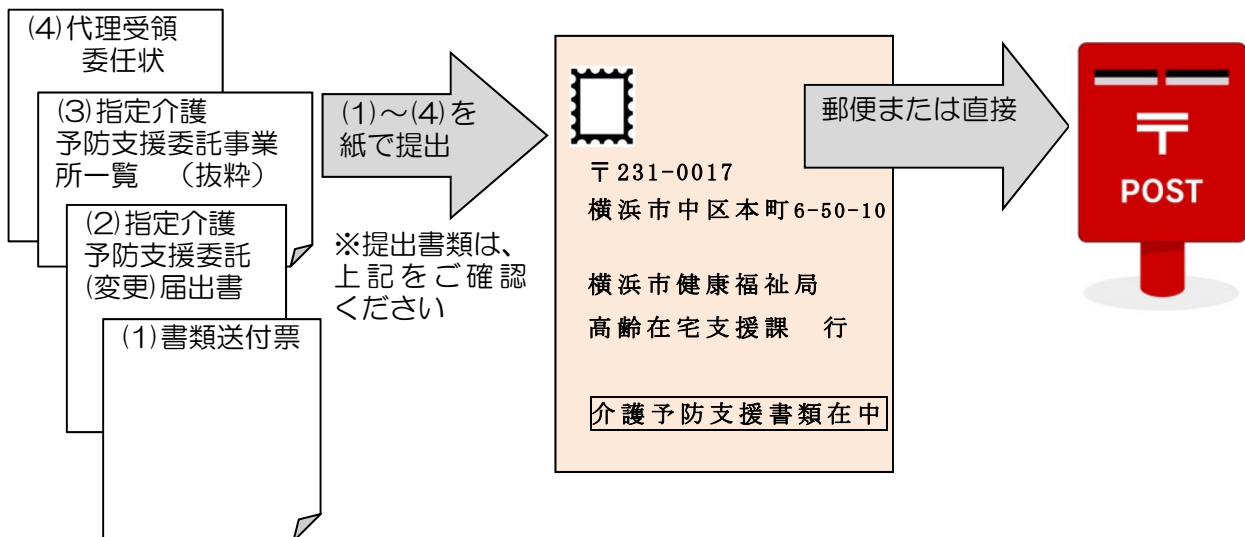
	新規	委託内容の変更					提出媒体	備考
		委託内容	事業所名称	事業所番号	所在地	委託期間		
※○印が必要な書類								
(1)書類送付票	○	○	○	○	○	○	紙で提出	
(2)指定介護予防支援委託(変更)届出書	○	○	○	○	○	○	紙で提出 ※公印不要	1つの事業所につき1枚作成します。 ※法人代表者印は不要です。
(3)指定介護予防支援委託事業所一覧(抜粋)	○	○	○	○	○	○	紙で提出 ※該当事業所が載っているページのみで可	・新規委託の場合は、事業所名や所在地、委託内容、委託期間などを記載します。委託内容変更の場合は、変更後の情報を一覧に反映させます。 ・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	○	×	×	○	×	×	紙で提出	県内事業所のみ ※法人代表者印が必要です。

■提出方法

(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



※平成30年度分から指定介護予防支援委託事業所一覧の年次報告は不要となりました。

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
→「横浜市 総合事業」で検索
→ 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）

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

◎通所サービス（横浜市通所介護相当サービス）


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

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。

(参考) 様式等の書類や各種情報は、健康福祉局ウェブサイトに掲載しています。



項目 (様式名等)	URL
<p>1 計画様式 委託の届出 業務委託の流れなど</p>	<p>トップページ>事業者向け情報>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) https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html</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 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>事業者向け情報>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 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>事業者向け情報>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 https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/kaigo.html</p>

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

（1）業務の流れ

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ことが必要です。

- 業務内容は、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント指針P84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。
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。
- 「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）」については、国から示された標準様式を使用します。
(https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html)
- 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント指針」をもとに適切に実施してください。

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＞新規で要介護認定を受ける場合</p> <p>【認定申請】</p> <p>○要介護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</p> <p>【初回1クール（3～6カ月程度）以上終了後】</p> <p>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</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: center;"></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 ※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・支援計画書原案の確認</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>「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>「被保険者証」 「主治医意見書」 「認定調査結果」</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>	

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>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。</p>	<p>「介護予防サービス・支援計画書」(写)</p>	<p>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。</p> <p>(8) 介護予防サービス・支援計画書の交付</p> <p>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。</p> <p>イ 地域包括支援センターに写しを提出</p>	<p>「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」)</p> <p>「介護予防サービス・支援計画書」(写)</p>	<p>(9) サービスの提供</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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の見直し。</p> <p>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。</p>	<p>「6表・7表」</p>
<p>【給付管理】</p> <p>(14) 介護報酬等の請求</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>「介護予防支援経過記録」</p> <p>「6表・7表」 「給付管理票」 「給付管理総括表」 「介護給付費明細書」</p>	<p>(10) モニタリング (実施状況の把握)</p> <p>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、<u>少なくとも1か月に1回はその結果を記録する。</u></p> <p>イ <u>3か月に1回は利用者宅の訪問を行い</u>、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。</p> <p>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</p> <p>【給付管理】</p> <p>(13) 給付管理業務</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>「6表・7表」</p> <p>「6表・7表」 「給付管理票」</p>	<p>【給付管理】</p>	<p>「6表・7表」</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>【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～6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・終了等の方針案を決定。</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交換の結果を踏まえ、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に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、あらかじめ、または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)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントQ&A

(令和5年6月1日版)

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、意識づけを丁寧に行っていただくことは必要です。</p>
2. 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》 届出書を提出する必要はありません。</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>
3. 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様式は？</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。</p> <p>▷介護予防支援、介護予防ケアマネジメントAは標準様式①②③④を使用します。</p> <p>▷介護予防ケアマネジメントCは様式①⑤⑥を使用し、本人へは⑥を交付します。</p> <p>※介護予防ケアマネジメントCで使用する様式は、①②でも可。</p> <p>※介護予防支援と介護予防ケアマネジメント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」、「横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービスB）」「横浜市訪問型短期予防サービス」、「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》 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、利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて、実施するものとする。地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。」としています。</p> <p>また、厚生労働省の「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】では、「総合事業への移行後は、利用するサービスによって、介護予防支援と介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）に分かれることとなるため、ケアマネジメント実施者がその都度が変わることのないよう、この二つは一体的に行われるべきもの」としているため、包括3職種及び介護予防プランナー（介護支援専門員等）を加えた「介護予防支援事業所の担当職員」が、地域包括支援センターの職員と兼務して、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを一体的に行うものと考えています。</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》 介護予防ケアマネジメントにおいて、セルフプランの作成も可能か？</p>
	<p>《回答》 総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、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>◆介護予防ケアマネジメントA の場合 … 介護予防支援と同様</p> <p>◆介護予防ケアマネジメント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> <ul style="list-style-type: none"> ①新規に介護予防サービス計画原案を作成した時 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 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>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、<u>目標達成の設定期間終了時</u>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>4. 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でしょうか。</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、「横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービスB）」およびインフォーマルサービス等を利用する場合に実施します。なお、「横浜市訪問型短期予防サービス」を利用する場合はケアマネジメントAで実施します。</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介護予防ケアマネジメントAを受け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介護予防ケアマネジメントAを受けていない要支援者が、初めてケアマネジメントCを受け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、請求する月はいつか。</p>
	<p>《回答》 実施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回請求できると書いてあるので、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》 再度アセスメントを実施し、目標の再設定、利用サービスの変更等が必要な場合は、1年を経過していれば可能です。単価は、2年目以降も同単価です。</p>
5. サービスについて	
(1)	<p>《質問》 行政が実施する「訪問型短期予防サービス」を利用する場合はケアマネジメントCになるのか？</p> <p>《回答》 訪問型短期予防サービスの利用は、ケアマネジメントAとします。</p>
(2)	<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（現行相当サービス）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>
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<u>返戻</u>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げは、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・介護予防ケアマネジメントについて、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・介護予防ケアマネジメントについて、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又は事業対象者となった場合</p> <p>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。</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者が事業対象者となった場合（又はその逆の場合） ○ 予防給付のサービスを使うことになり介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合（又はその逆の場合）
(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、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》 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う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することとします。</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、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、息子のいる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届出方法を知りたい。</p> <p>《回答》 申請手続きなどについては、横浜市のホームページ（下記）に掲載しています。 事業者向け情報＞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＞ 総合事業指定各種手続き https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/sogo/tetsuzuki/</p>
9. 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×1／2件と数えますが、介護予防ケアマネジメント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逓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介護予防ケアマネジメント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35件）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（35件）に介護予防支援の利用者数は含みません。 介護予防ケアマネジメントAについても同様に、運営基準における取扱い件数（35件）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>