

参考資料 目次

• 事前おうかがい票	33
• 事前おうかがい票の活用について	34
• 基本チェックリスト(総合事業窓口受付用)	35
• 基本チェックリストについての考え方	36～38
• 興味・関心チェックシート	39
• 介護予防関連様式の記入方法	
A表～C表(介護予防サービス・支援計画表、簡略化されたA～C表)	40～46
D表(介護予防週間支援計画表)	47
E表(介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録)	48
E表(別表)(サービス担当者会議の要点)	49
F表(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)	50
• 居宅サービス計画における軽微な変更の取扱いについて	51～54
• 介護予防給付に関するQ & A	55
• 介護予防・日常生活支援総合事業に関するQ & A	56～63
• 第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会	64～66

事前おうかがい票

相談 内容	①	訪問介護・通所介護サービスのみの利用	1 か 2 へ
	②	65 歳未満で介護サービスの利用希望	2 へ
	③	福祉用具貸与購入・住宅改修・訪問看護の利用希望	2 へ
	④	明らかに要介護状態（歩行困難、記憶障害、医療依存が高い）	2 へ
	⑤	本人、家族に要介護認定申請の希望がある	2 へ
	⑥	「おむつ給付・訪問理美容」利用希望	2 へ
	⑦	生きがいづくり、居場所探しなどサロン、サークルを探している	3 へ

1. [基本チェックリスト]の実施のための5つの質問

①	現在、かかりつけ医はいますか？	はい・いいえ
②	医療（透析、神経難病、ガン末期など）の観察が必要ですか？	はい・いいえ
③	トイレや入浴、歩く時やご飯を食べる時に、誰かに手伝ってもらっていますか？	はい・いいえ
④	買い物や病院に行く時に誰かに手伝ってもらっていますか？	はい・いいえ
⑤	最近、物忘れがひどいと感じることがありますか？ （例：ご飯を食べたことを忘れる。財布をよく無くすなど）	はい・いいえ

①かかりつけの病院や今までの病気の歴、現在治療中の疾病などを確認させていただきます。

確認の中で[要介護認定申請]を案内させていただくこともあります。

②～⑤に「はい」がある場合には、念のため[要介護認定申請]をしましょう。

2. [要介護認定申請]の案内をいたします

要介護認定申請をしてください。万が一、65 歳以上の方で認定結果が「非該当」の場合は、改めて新しい総合事業などの案内をさせていただきます。

3. 地域で参加できるサロン・サークルの案内を案内いたします

市内のサロン・サークル、一般介護予防事業などを紹介いたします。

【事前おうかがい票の活用について】

目的	平成 29 年 4 月より介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者を基本チェックリストの結果で申請可能となる。 相談内容によっては基本チェックリストの実施だけでなく、要介護認定申請の案内、一般介護予防事業やサロンの案内など、相談者のニーズや状態に合わせた対応が必要となる。 相談窓口職員が利用者の相談内容に対し、要介護認定と基本チェックリストによる事業利用の案内をする際、判断に迷う場合にスクリーニングツールとして事前おうかがい票を活用する。
対象者	原則窓口に来所された、訪問型または通所型サービスの利用を希望されている 65 歳以上の被保険者 (2 号被保険者は要介護認定が必要)
利用方法	窓口に来所された方の相談内容を確認して、事前おうかがい票の相談内容のどの項目に当てはまるかを確認する。 基本チェックリストを実施する前には、1 の「基本チェックリスト」の実施のための 5 つの質問を最低限実施し、総合事業以外のサービスの利用が必要な方、要介護状態が考えられる方など、相談内容から総合的に判断して要介護認定申請が適切な方を見落とさないようにする。

(総合事業窓口受付用)

基本チェックリスト

実施日	令和 年 月 日
氏名	

No.	基本項目	回答 (いずれかを選択)		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長 cm 体重 kg BMI =			注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
20	今日は何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする。				
①運動器(6～10) ／≥ 3	②栄養改善(11, 12) [2項目すべて] 11: 12: () < 18.5 ／= 1 かつ		③口腔機能(13～15) ／≥ 2	
④閉じこもり(16, 17) ／= 1 [16該当]	⑤認知症(18～20) ／≥ 1	⑥うつ(21～25) ／≥ 2	⑦全体(1～20) ／≥ 10	

職員記入欄

受付窓口	☐ 地域包括支援センターもとまち	☐ 地域包括支援センターなみき	受付印 受付者:
	☐ 地域包括支援センターひかり	☐ 地域包括支援センターほんだ	
	☐ 地域包括支援センターひよし	☐ 高齢福祉課	
	☐ 地域包括支援センターこいがくぼ		
介護保険被保険者証	☐ 確認済 → ☐ 返却 ☐ 預り ☐ 持参忘れ → ☐ MCWEL (WINCARE) 確認済		
申し送り欄			

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	実際に、足を運んで友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子の座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかま

参考資料

		っている程度であれば「はい」とします。
8	15 分位続けて歩いていますか	15 分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この 1 年間に転んだことがありますか	この 1 年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12 の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6 カ月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	6 カ月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6 カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は 1 カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に 1 回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去 1 カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日は何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と

参考資料

		日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間)毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ 2 週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ 2 週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ 2 週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ 2 週間)わけもなく疲れたような感じがする	

興味・関心チェックシート

参考資料

氏名： _____ 様 年齢 _____ 性別（男・女） _____ 記入日： R _____ 年 _____ 月

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			

介護保険被保険者番号を記載

No.

(1) 介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名

利用者氏名

様

認定年月日

要支援認定の結果を受けた日

認定の有効期間

認定有効期間の日付

～

計画作成者氏名

介護予防サービス計画作成者氏名

委託の場合：
担当地域包括支援センター

委託している場合には、担当の地域包括支援センター名を記載

計画作成事業者
事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成を行なう事業所名と住所、連絡先電話番号

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)

介護予防支援事業者又は委託を受けた居宅介護支援事業者において利用者に関する介護予防サービス計画を作成した日を記載。2回目以降の計画作成の場合は初回の計画作成日もあわせて記載

目標とする生活 《※2》	1日、1週間、または1月	比較的小さい期間の単位の望ましい生活のイメージを記載。大きな目標にたどり着くための段階的な目標や健康管理能力や生活行為の拡大、環境改善などについて対象者が達成意を得られるような内容を具体的に記載することが望ましい。なお、ここでは利用者が目標を立てやすい期間を選択して差し支えない。
	1年	利用者とともに生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。この際、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ものとする。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、利用者に改善後の生活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努める。
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		「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、サービス担当者が生活の不活発化の改善・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、チーム全体で取り組むことなどを記載

【地域包括支援センター記入欄】

名称	国分寺市地域包括支援センター	確認印
担当地域包括支援センター	意見 居宅介護支援事業所等に委託した場合に、最終的な責任主体である地域包括支援センターが、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認するために使用。 居宅介護支援事業所の計画作成担当者が介護予防サービス計画原案を作成した後、地域包括支援センターの担当者が確認し計画に対する意見、担当者名を記載または押印する。	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。	年 月 日
介護予防サービス計画原案の内容を利用者・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、利用者に記入をしてもらう。なお、利用者名を記入した原本は計画作成を担当した事業所において保管する。	
氏名	

※1 A表 「初回・紹介継続」欄	利用者が、指定介護予防支援事業者又は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人は「初回」に○印をつける。 介護予防ケアマネジメントを受けていた人が、予防給付を受けるよう紹介された場合、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○印をつける。 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○印をつける。
------------------------	---

※2 A表 「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、計画担当者が必要に応じて支援を行いつつ、利用者にとっては介護で予防への最初の取り組みある「目標とする生活」のイメージについて記載。 なお、計画の全体像を把握した段階で、目標とする生活について、再度利用者と修正することは差し支えない。 具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする」生活を記述。 漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でのどのようなことが変化すればよいか、イメージしやすい日常生活レベルでともに考える。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支えない。 一日及び一年単位の両方記載しなければならないものではなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではない。
-----------------------	---

(1) 介護予防サービス・支援計画表 (2/3)

利用者名

様

計画作成 (変更) 日

年 月 日

当該介護予防サービス・支援計画表を作成または変更した日を記載

【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」「生活機能評価」「利用者基本情報」等を踏まえ、介護予防サービス計画を作成する上で留意すべき健康状態の情報について記載

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎の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。また参加することが望ましいと考えられるプログラムの数字に○をつける。					

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について 歩く、走る、昇降する、乗り物を操作する、様々な交通を用いて移動する等、運動機能や移動の状況について確認する。 日常生活 (家庭生活) について 家事 (買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)、住居・経済の管理、花木やペットの世話などの日常生活上の行為の状況を確認する。 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 家族、友人、近隣の人との対人関係、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、家族内や近隣における役割の有無などの社会参加の状況、状況に見合った適切な方法で人々と交流しているかどうか等を確認する。 健康管理について 清潔・整容・口腔ケアや服薬、定期受診の状況、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ることを確認する。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。 その他の事項について 経済や住宅の状況、家族の状況等、上記4項目に該当しない項目が必要と思われることについて確認する。	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・家族の認識についてそれぞれ記載。 例) 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な考えを持っているのか等について「○○できるようになった」「手伝ってもええば○○したい」等と記載し、その理由も記載 アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載。主治医の意見書、認定調査結果、利用者基本情報、アセスメント用情報収集シート等を踏まえ、利用者との面接の中で明らかになった利用者の現在の状況について具体的に記載	☐ 有 ☐ 無 各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を本人・家族の様子、利用者基本情報の意欲・意向や面談中の報、主治医意見書等の情報をもとに健康状態、心理・価値観、習慣、利用者を取り巻く物的・人的環境、経済状態等の観点から整理分析。その際、基本チェックリストの結果についてもその状態を踏まえても、ここであける総合的課題については、これ以降の介護予防支援のプロセスを展開するため優先度の高い順に1から番号をつける。 ☐ 有 ☐ 無	●各領域における課題を踏まえ、利用者の生活全体の課題を総合的に判断し、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昇つて出す。利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙し、課題とした根拠を記載する。 例) 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。個々には、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。 なお、ここであける総合的課題については、これ以降の介護予防支援のプロセスを展開するため優先度の高い順に1から番号をつける。	●総合的課題に対する目標と具体策を記載。その際、総合的課題に対応した番号を記入。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。 この目標は、利用者や家族に対して専門職として示す提案であり、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。地域包括支援センターでの確認においてはこの項目を一つの評価指標とすることが考えられるため、目標は評価可能で具体的なものとし、具体策について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強化や向上のための他の機能の強化や向上に具体的な対策を考えるようにする。 なお、具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。	●計画作成者が提案した「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。ここで、専門職としての提案と利用者の意向の相違点が確認できる。 合意が得られた場合は「○○合意が必要だと思う」「○○を行いたい」等と記載し、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方を記載しておく。この具体策に対する本人・家族の意向が最終的な「目標」の設定をする上での足がかりとなるのでできるだけ理由や根拠を記載する。

(1) 介護予防サービス・支援計画表(3/3)

計画作成(変更)日

年 月 日

当該介護予防サービス・支援計画表を作成
または変更した日を記載

支 援 計 画						
目標	目標についての 支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)
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」に対して合意を 得られていた場合にはその まま転記	() 目標に対して、具体的な支 援を考へる上での留意点を 記入。ここには目標達成す 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 マルサービス役割分担な ど様々な次元の項目につ いて具体的に記載	本人等の セルフケア	具体的な支援内容について記載。 利用者・家族と合意した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 支援としてそのまゝ記載。具体的なサービ ス内容について利用者・家族と合意できな い場合は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カテゴリー書きで サービス内容を記載。本来の支援の下に、 当面の支援を記載する。		支援内容に適し たサービス種別 (サービス類型 含む)や事業名 等を具体的に記 載	
		家族の支援、 インフォマースサービス (民間サービス)				サービスの提供者 を記載。サービ ス提供事業者の場 合は事業所名を、 また、家族・地域・ 介護保険以外の 公的サービスが担 う部分については 誰が行うのかを明 記。
		介護保険サービ ス・地域支援事業 (総合事業サービス)				
()		本人等の セルフケア	● 本人が自ら取り組むことを本人と相談しながら 具体的に記載 ● 家族や近隣などから支援されること、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マール サービスとして記載。誰が何をするのか具体的に 記載。 ● 予防給付、総合事業のサービスや一般介護予 防事業等を含めた地域支援事業のサービスの内容 を記載し、どのサービス・事業を利用するかわか るように○印で囲む。			「支援内容」に掲 げたサービスや 支援の頻度(一 定期間内での回 数、実施曜日 等)を記載
		家族の支援、 インフォマースサービス (民間サービス)				
		介護保険サービ ス・地域支援事業 (総合事業サービス)				
※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。		本人等の セルフケア	「期間」は「支援内容」に掲げた支援をどの程度の 「期間」にわたって実施するかを記載(○カ月、○月 ○日～○月○日など) 「期間」の設定は「認定の有効期間」も考慮			
		家族の支援、 インフォマースサービス (民間サービス)				
		介護保険サービ ス・地域支援事業 (総合事業サービス)				

【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

- 専門職として提案した具体策について合意できなかったり、地域に適切なサービスがなかったりして本来行うべき支援が実施できない場合に記載。
- ① 利用者や家族と合意できなかった場合はその理由や根拠とともに、本来の支援を行うために働きかけられる具体的な手順や方針等、その内容の実現に向けた方向性を記載
- ② 本来必要な社会資源が地域にない場合は地域における新たな活動の創設などの必要性を記載

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定の有効期間

委託の場合:

担当地域包括支援センター 国分寺市地域包括支援センター

事業対象者は有効期間の終期はなし。

計画作成者氏名 _____

計画作成事業者 _____

事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

目標とする生活	1日、1週間、または1月
	1 年
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)	本人と話し合い目標を設定し、関係者全員で共有できるようにする。 書ける人には本人に書いてもらう。代筆する場合も本人の言葉で書く。

【地域包括支援センター記入欄】

【利用者記入欄】

名称	国分寺市地域包括支援センター	確認印
担当地域包括支援センター意見		

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名 _____

B表(簡略)

No.

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 様

計画作成(変更)日 年 月 日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

本人の自己申告、検診結果、お薬手帳等で確認し、記載。

【基本チェックリストの該当した項目数】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無			
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無			
健康管理について		☐ 有 ☐ 無			
その他の事項について		☐ 有 ☐ 無			

C表(簡略)

No.

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名

様

計画作成(変更)日

年

月

日

目 標	支 援 計 画								
	目標についての 支援のポイント ()	具体的な支援の内容		※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)	頻度	期間	
	()	本人等の セルフケア							
		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 地域支援事業 (総合事業サービス) 区市町村サービス							
	()	本人等の セルフケア							
		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 地域支援事業 (総合事業サービス) 区市町村サービス							
	()	本人等の セルフケア							
		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 地域支援事業 (総合事業サービス) 区市町村サービス							

事業所以外のサービス
利用の時は、利用先の
名称を記載。

事業所以外のサービス
利用の時は、利用先の
名称を記載。

【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

(2)介護予防週間支援計画表

週単位の支援やサービスの時間帯を曜日と時間の表中に記載し、
利用者の生活活動とサービス提供状況をわかりやすく記載

利用者名

様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載。本人の生活パターンを把握し、支援の提供時間の適正さや配慮すべき留意点を確認
	2:00								
早朝	4:00								
	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
夜間	16:00								
	18:00								
深夜	20:00								
	22:00								
	24:00								

週単位以外の
サービス

週単位以外の支援を記載。福祉用具貸与や短期入所の利用などのほか、隔週や月単位で提供される支援について記載。医療・保健サービス、ボランティアな支援、近隣の支援なども書いておく

本計画作成者氏名

計画作成者氏名

様

利用者名

[illegible]

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

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

なお、サービス担当者会議の要点については、別紙「サービス担当者会議の要点」等に記載して差し支えない。

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

サービス担当者会議の要点

記録作成年月日

利用者名

様

作成担当者

作成年月日 年 月 日

開催日

年 月 日

開催場所

開催時間

開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						

出席者の所属(職種)氏名
本人・家族・インフォーマルな支援者等については所属(職種)欄に本人との続柄や関係に記載

会議で検討した項目について検討項目に番号をつけるなどして簡潔にわかりやすく記載

会議の検討内容について、検討した項目の番号に対応して記載。またそれぞれの機関や事業者が実施するサービス内容だけでなくサービスの提供方法や留意点なども検討し記載

会議の結論について検討項目番号に対応して記載。結論は誰が、いつまでに何をするかを具体的に明記するとともに話し合った要点をわかりやすくまとめておく

本人の希望等により本来行なうべき支援を利用しなかった場合や必要な社会資源が地域にない場合など、必要な支援を実施していくための課題について記載。また、次の開催時期・方針等についても記載

F表

No

被保険者番号

(5)介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

評価を行なった日

評価日 年 月 日

利用者名				様		計画作成者氏名		今後の方針
目標	評価期間	目標達成状況	目標達成状況に対する評価	本人・家族の意見	計画作成者の評価			
「介護予防サービス・支援計画表(3/3)」(C表)から目標を転記			達成:○ 未達成:×	目標達成した場合の感想・満足度、未達成の場合の原因や目標の妥当性等について利用者・家族の認識を確認して記載		目標達成状況や目標達成状況に対する評価から、今後の方針について専門的な観点を踏まえて記載		
	「介護予防サービス・支援計画表(3/3)」(C表)から期間を転記	評価期間内に目標がどの程度達成できたか具体的に記載。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。		目標設定の妥当性や目標が達成されなかった原因等について、計画作成者の評価を記入		●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、意向の変化が無く、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がなくなった時。(例 死亡 転出 等) ●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。		

総合的な方針		国分寺地域包括支援センター意見	
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		●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、効果を認められた、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。	
		☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了 プラン作成者がチェック

居宅サービス計画における軽微な変更の取扱いについて

標記の件については、平成 28 年 10 月 5 日付国福介発第 726 号で、市内の居宅介護支援事業所に通知をしたところですが、居宅サービス計画の変更の考え方は全事業所にも影響することなので、次のように整理し、ここにお伝えします。

1 基本的な考え

居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準ⁱ第 13 条 3 号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第 11 号（居宅サービス計画の交付）までに規定された、居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要ですⁱⁱ。

ただし、利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はありません（なお、この場合においても介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要です）。

2 軽微な変更にあたる場合の例

軽微な変更にあたる場合の「例示」としては、下記のものがありますⁱⁱⁱ。

項 目	説 明
① サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合
② サービス提供の回数変更	同一事業所における週 1 回程度のサービス利用回数の増減
③ 利用者の住所変更	利用者の住所変更
④ 事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更
⑤ 目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合
⑥ 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更
⑦ 目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所の変更	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更

参考資料

⑧ 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第 1 表の総合的な援助の方針や第 2 表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
⑨ 担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（ただし、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること）

- ①の例：毎週月曜日に利用予定であった通所介護のサービスを、毎週火曜日に変更する。10/26 に利用予定であった通所介護のサービスを、本人の通院の都合により 10/28 に変更する。
- ②の例：当初は週 1 回で試行的に入れた訪問介護のサービスを、利用者が訪問介護員に慣れてきたので週 2 回に変更する（利用者の状態像に変化がない場合に限る）。週 2 回利用していた通所介護を、家族のやむを得ない外出を理由として特定の週のみ週 3 回に変更する場合。
- ③の例：住民票上は西町の住居に単身で居住しているが、実態は東恋ヶ窪の長女宅で生活している場合であって、住民票を移すことにより、住所が東恋ヶ窪に変更になった場合。
- ④の例：B 法人の訪問介護事業所 D を利用していたが、事業所 D が同一法人の事業所 C と統廃合され、事業所 C を利用することになった場合。A 法人の直営店であった B 事業所が、フランチャイズ化したことにより C 法人の B 事業所となった。
- ⑤の例：長期目標（平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日）、短期目標（平成 28 年 4 月 1 日～平成 28 年 9 月 30 日）と設定していたプランにおいて、短期目標の終了月である 9 月のモニタリング時点で、サービス提供の効果はある程度評価できるものの、短期目標を達成するためにはあと 3 か月同じ内容でサービスを提供していくことが妥当と介護支援専門員が判断し、利用者もそれを希望している場合。※自動延長と取扱うことは制度の趣旨からして妥当ではないと考えます。
- 期間内に提供したサービスの評価をし、目標設定を変更したほうがよいか検討した上で、目標期間の延長で対応することが妥当かを判断してください。

- ⑥の例：車いすをレンタルしていたが、より軽く操作性のよい新しいモデルがリリースされたため、利用者の希望により新しいモデルに変更する場合。
- ⑦の例：訪問介護事業所Dの閉鎖により、以前と全く同じサービス内容で、訪問介護事業所Eをプランに位置付けた場合。
- ⑧の例：サービス内容に「体操・歩行運動」と記載していたところ、サービス事業所でサービス提供を受ける中で、「体操・マシントレーニング」とすることのほうが利用者の状況から適切と考えられる場合。訪問介護における生活援助を受けている利用者について、プランには「居室の掃除」「ごみ出し」を位置づけていたが、近隣に住む親族が「ごみ出し」を手伝ってくれることになったため、介護保険のサービスからインフォーマルサービスに変更となった場合（サービス種別の変更もここに含まれる）。
- ⑨の例：担当介護支援専門員が法人内の人事異動等で担当を外れることになった。引継ぎ期間中にサービス担当者会議やモニタリングに積極的に同席し、プランを引き継いだ時点で新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識を有している場合。

上記はあくまでも「例示」です。「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうか（変更の結果、利用者やサービス提供事業所、プラン全体の内容等に具体的な影響がほとんど認められないかどうか）によって判断してください。例示にある項目に形式的に該当することのみを理由に、個別の判断をすることなしに一律に軽微な変更として取扱うことは、制度上想定していません。利用者の状態・状況は様々であり、一律に軽微な変更と取扱うこととすると、居宅サービス計画の変更の際に原則として一連の業務を行うと規定した趣旨を失わせ、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行う妨げとなってしまう可能性があります。

なお、軽微な変更でよいか判断する際には、併せてプラン自体の妥当性についても今一度ご確認ください。実地指導に入った際に、「引継ぎいだプランの内容に疑問があったが、軽微な変更（形式的に）当たるから見直しをしなくてよいと考え、そのままにしてしまった」という例がありました。

3 軽微な変更として考えられない場合

変更の結果、利用者やサービス事業所、プラン全体の内容等に具体的な影響が想定されるような場合には、軽微な変更として考えられません。具体的には、プラン変更の結果、事業所間で情報共有する必要性がある場合、プラン全体のサービス内容調整の必要性が生じる場合などが考えられます。また、居宅介護支援事業所の変更は軽微な変更に当たりませんので、事業所が変更になった場合には、一連の業務を行ってください（業務を行ったが、結果的には目標や内容についてほとんど変更がなかったというのであれば、問題ありません）。

4 軽微な変更として考えられる場合の対応

①ケアプランへの記載方法及び記録について

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こととなっています^{iv}。

具体的な取扱いとして、本市としては、第1～3表の記載事項の変更箇所について、見え消しで修正を行っていただきたいと考えます。この場合においては、支援経過記録に、変更時点（年月日）、変更の理由、具体的な変更内容、利用者への説明・同意の年月日、サービス担当者への周知について（いつ、何を、どのように通知したか）を記載しておいてください。利用者の変更プランへの署名、修正プランの再交付までは求めています。

②サービス担当者会議について

軽微な変更に該当するものであれば、必ずしもサービス担当者会議は実施する必要はありません。また実施するとしても、必ずしもすべての事業所を招集する必要はなく、照会で意見聴取をすればよいと考えます。

i 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号）

ii 「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について」（平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号）第 13 条第 15 号、同条第 12 号（⑫居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）

iii 介護保険最新情報 vol.155 「「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について」（平成 22 年 7 月 30 日厚生労働省課長通知）

iv 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号）

介護予防給付に関するQ & A

認定前の対応について（暫定ケアプラン）

Q1. 認定申請中（認定結果待ち）の方からサービス利用の申し込みがあった場合の対応はどのようにすればよいか？

A1. 介護給付対象になるか、予防給付対象になるか予測を立て、予防給付対象と思われる場合または判断がつかない場合は、様々なケースが考えられますのでエリアの地域包括支援センターに連絡し個別に対応してください。介護給付の対象と思われる場合は居宅サービス計画書を作成し、サービスの調整を行ってください。

Q2. 居宅介護支援事業所において担当している利用者が更新の結果要支援1又は要支援2となったため、区分変更申請をしたいが、認定結果が出るまではどのように対応すればよいのか。

A2. 区分変更申請をする場合、エリアの地域包括支援センターに状況を報告し、手続きを進めてください。申請後、認定結果が出るまでは、暫定プランの作成をしてサービスの継続をしてください。

Q3. 通所型サービス従前相当と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週1回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。

A3. 地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置づけることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。なお、通所型サービスAと介護予防通所リハビリテーションの両者が同時に提供されることは可能である。

*このQ & Aは介護報酬改定関係のQ & Aを参考に国分寺市にて一部改変しています。

介護予防・日常生活支援総合事業に関するQ&A

Q1. 第2号被保険者が、サービス事業の利用を希望する場合の取り扱い如何。要介護等認定申請を行い要支援者となり、総合事業のみを利用している場合は、認定の期限が切れる前に、必ず更新申請が必要ということか。

A1. サービス事業の対象者は、介護保険法施行規則第140条の62の4において、
・居宅要支援者（要支援認定を受けた要支援者であって、居宅において支援を受ける者）
・基本チェックリストに該当した第1号被保険者
とされていることから、第2号被保険者については、要支援認定を受けていることが必要であって、お尋ねの場合、サービス事業を利用するためには、必ず更新申請が必要である。

Q2. 第2号被保険者が、要介護等認定申請を行って、特定疾病には該当するが、非該当（自立）と判定された場合でも、基本チェックリストにより事業対象者に該当した場合は、サービス事業のみを利用することは可能か。

A2. サービス事業の対象者は、介護保険法施行規則第140条の62の4において、
・居宅要支援者（要支援認定を受けた要支援者であって、居宅において支援を受ける者）
・基本チェックリストに該当した第1号被保険者
とされていることから、第2号被保険者については、要支援認定を受けていることが必要であって、特定疾病に該当したとしても、要支援1または要支援2の認定を受けていなければ、サービス事業を利用することはできない。

Q3. 介護予防ケアマネジメントの依頼は、利用者から市町村に届け出ることになっているが、本人の代理として家族や地域包括支援センターから提出する際は、委任状が必要か。また、要介護から要支援に変わり、給付によるサービス利用から、事業によるサービス利用に切り替わる際など、事業と給付の移行の度に、届出が必要か。

A3. 1 介護予防ケアマネジメントの依頼の届出については、委任状は必要なく、利用者本人が自署の上、家族や地域包括支援センターが代理で市町村に提出することは可能である。
2 介護給付から予防給付または介護予防・生活支援サービス事業に移行する場合は、居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため、届出が必要である。
3 なお、要支援者が、予防給付から介護予防・生活支援サービス事業へ移行する際は、指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、この場合は、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、届出書の提出は省略することもできる。

Q4. 住所地特例対象者が施設所在市町村で総合事業の事業対象者となった場合、介護予防ケアマネジメント依頼書は保険者市町村に提出することでよい。その際、事業対象者である旨を記載した被保険者証の発行は、依頼書が提出されたタイミングで保険者市町村が発行することでよい。

A4. 1 制度改正に伴って、住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村で行うこととなるため、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は、施設所在市町村に届け出ることとなる。

2 一方、保険者市町村は、事業対象者を登録したうえで、被保険者証を交付することが必要であり、施設所在市町村は、届出を受け取ったときは、速やかに保険者市町村に、届出書の写しを送付等することが必要である。

3 施設所在市町村から連絡を受けた保険者市町村は、介護予防・生活支援サービス事業の対象者として登録し、被保険者証を発行することとなる。なお、サービス事業費を国保連合会を経由して支払う場合は、保険者市町村から国保連合会に住所地特例対象者を連絡する必要がある。

※ 国保連合会に送る「介護保険 受給者情報異動連絡票」については、住所地特例の欄を設け、施設所在保険者番号等設定できるよう変更となる。

Q5. 事業対象者の方が状態の変化等により認定申請を行う場合、介護予防サービス計画作成等届出の取り扱いはどのようなになるか。

A5. 事業対象者の方が認定申請を行ったことのみをもって、介護予防サービス計画作成等届出を出しなおす必要はない。要介護認定の結果が出た場合には、届出区分変更で支援事業所名を記入して、届出の提出を行う。

Q6. 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを行き来する場合、居宅サービス計画作成依頼届出は変更届を提出する必要があるか。

A6. 変更届の提出は不要だが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのどちらか正しいほうで請求する必要がある。誤って両方請求した場合は、介護予防支援が優先されるため注意が必要である。

Q7. 介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する場合、介護予防支援と同様の扱いとされ、ケアプラン作成上限の制約を受けるのか。

A7. 総合事業における介護予防ケアマネジメントについて、報酬の逓減制度を設けていない。居宅介護支援事業所への委託に際しては、介護予防ケアマネジメントの適正な実施が確保されるよう確認の上委託を実施されたい。

Q8. 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）については、現行の予防給付に対する指定介護予防支援と同様の手続きを行うものと考えるが、モニタリングについては、総合事業の介護予防ケアマネジメントにおいては概ね3か月ごとに行うだけでよいのか。

A8. 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）については、モニタリングについても、指定介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価機関が終了する月、利用者の状況に著しい変化のあったときは、利用者の居宅を訪問して利用者に面接し、それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等による利用者との連絡を実施していただきたい。

Q9. 生活保護受給者においては、週間サービス計画表の提出や提出先についても、今まで通り生活福祉課でよいのか。

A9. 生活保護法の改正により総合事業も介護扶助の対象となっていることから、従来どおり生活福祉課へ週間サービス計画表の提出を行う。

Q10. 認定期間中に、従前相当サービスから訪問型サービスAに変更したいと言う方が出た場合には、ケアプランの作成（変更）は必要か。

A10. 従前相当サービスから訪問型サービスAへの変更は、サービス種別の変更になるのでケアプラン作成（変更）の一連の業務を行う必要がある。変更は月初からとなる。

Q11. 介護予防ケアマネジメントの対象は、従前相当、A、B、C類型サービス利用者でよいのか。

A11. そのとおりである。その他のサービス利用がある場合は介護予防支援になる。

Q12. ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託した場合、サービス内容がサービスAから介護予防給付を利用する事になった際、担当ケアマネジャーが地域包括支援センターに提出する書類は異なるか。

A12. ケアマネジメントAについては簡略化した様式でのケアプラン作成が可能だが、介護予防支援（予防給付）の場合は従前どおりの様式による作成が必要である。

Q13. ケアマネジメントBはケアマネジメントAより報酬が少ないが、ケアマネジメントAと同じ簡略化された計画表を使うのか。もっと簡略化したものを使うのか。

A13. ケアマネジメント A と同じ簡略化された計画表を使用する。モニタリングを毎月ではなく必要時に実施するため、ケアマネジメント A よりケアマネジメント B の報酬が少なくなっている。

Q14. 介護予防支援でプランを作成していた場合、訪問看護利用実績がゼロになったときは介護予防ケアマネジメントか。その際は、プランは作り直しか。

A14. 介護予防ケアマネジメントになる。プランの作り直しは必要ない。

Q15. 要支援1の場合、通所型サービスAを週に2回利用できるか。

A15. 要支援1は週1回、要支援2は週2回、事業対象者は利用者の状態像に応じたケアマネジメントにより、最大週2回まで利用できる。該当する曜日が5週ある月も同様である。

Q16. 要支援1の場合、訪問型サービスAを週に2回利用できるか。

A16. 訪問型サービスAについては、週1～2回の利用を想定している。要支援1は週2回、要支援2は週3回のサービスを利用する場合は地域包括支援センターと回数の必要性和サービス内容の協議をすること。

Q17. 基本チェックリストにより事業対象者として介護予防ケアマネジメントを開始後、要介護認定等申請を行い要介護1以上の結果が出た場合、同月内に介護給付を利用するまでの地域包括支援センターが作成するケアプランと、認定結果に基づいて、介護給付について居宅介護支援事業所が作成するケアプランの、2件存在することになると考えてよいのか。また、その場合は、介護予防ケアマネジメント費と居宅介護支援費をそれぞれ請求でき、支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅支援事業者が連携を取り合って行うようになるのか。

A17. 1 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより事業対象者として総合事業のサービスを受ける場合は、介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用するが、認定結果が要介護1以上となり、介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することとなる。

2 なお、月の途中まで事業対象者として総合事業のサービスを利用していた者が、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

Q18. 予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによる事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算を算定してよいのか。

A18. 初回加算の算定については、基本的には、指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準拠することとしており、①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合）、②要介護者が、要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合に算定できると考えている。

2 お尋ねの場合においては、要支援者から事業対象者に移行しており、いずれにしても従来の要支援者に相当する者であって、上記の条件には該当しないため、初回加算の算定を行うことはできない。

3 なお、事業対象者が要支援の認定を受け、介護予防ケアマネジメントを実施する場合も上記の条件には該当しないため、初回加算の算定を行うことはできない。

Q19. ケアマネジメントは毎月給付管理を行うのか。

A19. ケアマネジメントA・Bについては毎月給付管理を行い、初回加算の請求が可能である。ケアマネジメントCについては、一回限りのケアマネジメントのため実施した月のみ給付管理を行い、初回加算はない。

Q20. 次のような場合、介護予防ケアマネジメント費請求はどのように行うのか。

- ①月により、通所型サービス・訪問型サービスのみの場合、予防給付+通所型サービス・訪問型サービスがあるケース（通常は、訪問型サービスまたは通所型サービスのみで時々ショート利用する等）
- ②通所型サービス・訪問型サービスのみの利用者が、月途中から福祉用具レンタルすることになったケース、逆に福祉用具レンタルをやめるケース
- ③通所型サービス・訪問型サービスと合わせて居宅療養管理指導や福祉用具購入、住宅改修の利用があるケース

A20. ①総合事業のサービスののみを利用する月は介護予防ケアマネジメント、予防給付と通所型サービス・訪問型サービスの両方を利用する月は介護予防サービス計画（予防給付）となる。そのため、月ごとにサービス内容に応じて、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費を選択して請求する。

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する。

③居宅療養管理指導・福祉用具購入・住宅改修は区分支給限度額の対象外のサービスであり給付管理の対象外のため、介護予防ケアマネジメント費を請求する。

Q21. サービスBの利用についての給付管理は、これまでと同様にケアマネジャーが、地域包括支援センターに提出することになるか。

A21. ケアマネジメント費の給付管理、請求のために、給付管理票またはそれに準ずるものの提出が必要です。帳票の流れ（ケアマネジメントBの場合）はp.27 参照。

Q22. 要介護・要支援認定の新規申請区分変更申請など認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と総合事業におけるサービス事業のどちらを位置付ければよいのか。

A22. 暫定ケアプランについては、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果 要支援者となった場合について、総合事業において当該被保険者が自ら作成したケアプランは認められないため、暫定ケアプラン作成時は必ず地域包括支援センターへ相談を行い、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者においてケアプランを作成するよう注意されたい。なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう総合事業サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

Q23. 総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、介護予防ケアマネジメントをおこなう事業所として指定を受ける必要があるのか。

A23. 生活支援・介護予防サービス事業における介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）については、地域包括支援センターが実施するものとしており、市町村が直接実施するか、包括的支援事業を受託した地域包括支援センターによる実施となる。また、更にその事業（第一号介護予防支援事業）の一部を厚生労働省令で定める者（指定居宅介護支援事業者）に委託することにより実施することも可能である。

2 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）については、ガイドラインに記載しているとおり、市町村の状況に応じて、現行の予防給付（介護予防支援）と同様、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に一部委託することも可能としているが、何らかの形で地域包括支援センターに関与していただきたいと考えている。

3 なお、予防給付におけるケアマネジメント（指定介護予防支援）については、引き続き、指定介護予防支援事業所としての指定を受けて行うものである。

Q24. 介護予防ケアマネジメントの実施について、全事例を居宅介護支援事業所に委託できないか。

A24. 1 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）は、地域包括支援センターが実施することとしているが、状況に応じて、全事例について、指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所が作成したケアプランの内容やモニタリング結果等を地域包括支援センターで確認するなど、ケアマネジメントプロセスの一部を委託することも可能である。
2 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施に当たっては、市町村において地域の実情に応じて検討し、居宅介護支援事業所に委託することもできるが、その場合にも、ガイドラインの望ましい実施体制の例にあるとおり、①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が行い、（1クール終了後の）ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関与する、②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等、何らかの形で地域包括支援センターが適宜関与していただきたいと考えている。

※このQ&Aは介護予防日常生活支援総合事業ガイドライン等を参考に国分寺市にて一部改変しています。

参考 1

「第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会」
(平成18年10月18日厚生労働省講堂)

介護予防サービスの実施上の留意事項について（厚生労働省説明資料）

1 趣旨

- 本年4月に施行された改正介護保険法により、新たな介護予防サービスが導入されたが、この介護予防サービスにおいては、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）による新たな目標志向型のケアマネジメント、介護予防訪問介護、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションに対する定額制介護報酬など新たな手法によるサービス提供が導入されたところである。
- こうした新たな手法によるサービス提供の実施に際し、特に留意すべき点について次のとおり取りまとめたので、管下の介護予防サービス事業者、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に対し、周知を図るとともに、適正な運用の徹底を願いたい。

2 介護予防訪問介護に関する留意点

(1) サービスの提供方法

- 介護予防サービスの提供に当たっては、目標を設定し、サービス担当者会議等を適切に開催することにより介護予防サービス事業者と目標を共有した上で、利用者ができる行為は可能な限り本人が行うよう配慮しなければならないこととされているが、こうした点を踏まえ、月単位の定額制サービスが導入された介護予防訪問介護については、主に次の点で、従前の訪問介護サービスと取扱いが異なること。
- ① 介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）においては、目標や方針、サービスタイプの区分のみを定めることとし、従前のように提供回数や時間、サービス提供スケジュールなどを詳細に定めることは求められないこと。したがって、介護予防訪問介護の場合、介護予防訪問介護（Ⅰ）～（Ⅲ）のうちいずれの区分を適用するかを決定し、サービス提供に当たっての配慮事項等を介護予防サービス事業者に伝達するものであること。
- ② 具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス事業者が利用者の状況や目標の達成度を踏まえて、柔軟に決定するべきものであること。したがって、利用者の状態の改善や利用者の自立が進み、訪問介護員が実施していた家事を本人自らが行うようになれば、結果的に当初の想定よりもサービス提供の回数や時間が少なくなることが想定されるが、この場合については、サービス提供量が減ったとしても適切なサービス提供による効果であると評価できること。
- ③ しかしながら、利用者の状況や目標の達成度を踏まえない一律のサービスカット、利用者の状態がなんら変化していないにもかかわらず、一方的にサービス提供の回数や時間を減らす「過少サービス」や、例えば、第1週から4週まで週1回一律時間のサービスを提供し第5週は一律にサービス提供をしないといった、利用者の状況を踏まえない「画一的なサービス」を提供すること等は、いずれも不適正なサービス提供であり、是正指導の対象となるものであること。
- ④ 定額報酬については、平均的なサービス提供時間等を基に報酬水準を算定したものであるが、個別の利用者に対するサービス提供時間については、平均にとられて画一にすべき

参考資料

ものではないこと。したがって、個別の利用者についてみた場合、結果的にサービス提供時間が平均よりも多い場合や少ない場合がありうるが、いずれにせよ、個別の利用者の状況等に応じた必要なサービス量を提供することが求められるものであること。

- なお、以上のように、サービス提供について、従前の介護給付との相違はあるものの、介護予防訪問介護サービスについても、適正なケアマネジメントの結果、必要と判断される家事援助的なサービスは認められるものであり、例えば、利用者が、可能な限り、自ら家事等（掃除、買い物、調理等）を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性について考慮した上で、個別のケアマネジメントによる判断を経てその必要性が認められれば、介護予防訪問介護サービスが提供されるものであること。

3 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションに関する留意点

(1) サービスの提供方法

- 介護予防サービスの提供に当たっては、目標を設定し、サービス担当学会議等を適切に開催することにより介護予防サービス事業者と目標を共有した上で、利用者ができる行為は可能な限り本人が行うよう配慮しなければならないこととされているが、こうした点を踏まえ、月単位の定額制サービスが導入された介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションについては、主に次の点で従前の通所介護・通所リハビリテーションと取扱いが異なること。
- ① 介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）においては、目標や方針のみを定めることとし、従前のように提供回数や時間、サービス提供スケジュールなどを詳細に定めることはせず、サービス提供に当たっての配慮事項等を介護予防サービス事業者に伝達するものであること。
- ② 具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス事業者が利用者の状況や目標の達成度を踏まえて、柔軟に決定されるべきものであること。
- ③ したがって、利用者の状況や目標の達成度を踏まえない一律のサービスカット、利用者の状態がなんら変化していないにもかかわらず、一方的にサービス提供の回数や時間を減らす「過少サービス」や、例えば、第1週から4週まで週1回一律時間のサービスを提供し第5週は一律にサービス提供をしないといった、利用者の状況を踏まえない「画一的なサービス」を提供すること等は、いずれも不適正なサービス提供であり、是正指導の対象となるものであること。
- ④ 定額報酬については、平均的なサービス提供回数・時間等を基に報酬水準を算定したものであるが、個別の利用者に対するサービス提供回数・時間については、平均にとらわれて画一にすべきものではないこと。したがって、個別の利用者についてみた場合、結果的にサービス提供回数・時間が平均よりも多い場合や少ない場合がありうるが、いずれにせよ、個別の利用者の状況等に応じた必要なサービス量を提供することが求められるものであること。

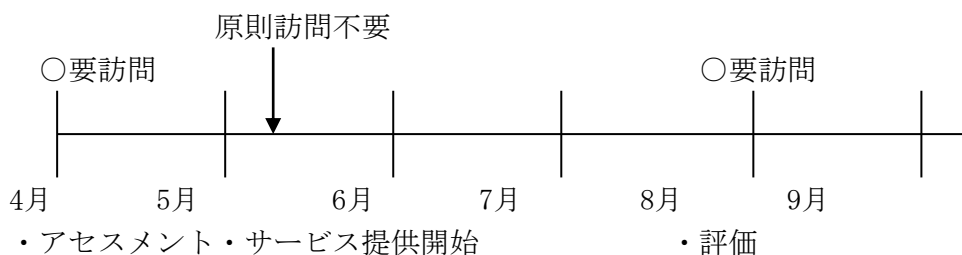
4 介護予防支援事業所によるチェックの徹底

- 介護予防サービス提供の状況については、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が確認しなければならないが、利用者の状態等を踏まえない過少サービスや画一サービス等の不適正なサービスが行われている場合には、これを迅速に把握し、早急に介護予防サービス事業者と調整のうえ、適正なサービス提供がなされるよう措置を講じなければならないこと。なお、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）は、ケアマネジメント担当機関として、少なくとも次の機会を活用するなどにより、介護予防サービス事業者によるサービス提供が適正になされているのかを常に把握しなければならないこと。
- ① 介護予防サービス事業者によるサービス提供状況や利用者の状態等に関する月に1度の報告（介護予防支援等の運営基準（平成18年厚生労働省令第37号。以下「支援基準」という。）第30条第12号）
- ② 利用者及びその家族、介護予防サービス事業者等と継続的に行われるモニタリングの際の情報（支援基準第30条第15号）
- ③ 事後の評価の際に得られる情報（支援基準第30条第14号）
- また、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が是正のための調整を講じても改善が図られない場合にあつては、保険者や指定事業者に対す指導監督権限を有する都道府県等と連携し、保険者や都道府県等において更なる改善措置を図ることが求められること。

5 介護予防支援における利用者の居宅の訪問について

- 介護予防支援の際、利用者の居宅の訪問については、原則としてアセスメント時及びサービス評価期間終了月並びにその間の3ヶ月に1回は少なくとも実施する必要がある旨を定めたところである（第1回会議資料参）
- この点に関し、アセスメント時に利用者の居宅を訪問し、その翌月からサービス提供を開始する場合については、アセスメント時に利用者の居宅を訪問すれば、その翌月（サービス提供開始月）の訪問は不要である（すなわら、アセスメント月とその翌月の2ヶ月連続した訪問が必要なわけではない）。
- 本年9月8日付けで支援基準が一部改正されたところであるが、この改正は、従前より委託お示ししてきたこうした点を明確化するものであり、利用者の居宅訪問に関する方針を変更するものではない。

〔参考例〕



高齢福祉課は令和7年1月から新庁舎へ移転しました

国分寺市

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの手引き

(改訂版)

発行元:国分寺市 福祉部 高齢福祉課

〒185-8501 東京都国分寺市泉町2-2-18