

足利市

介護予防ケアマネジメントマニュアル

足利市健康福祉部元気高齢課

令和6年4月改定

目 次

第1章 本市における介護予防・日常生活支援総合事業の概要

- 1 介護予防・日常生活支援総合事業の目的
- 2 介護予防・生活支援サービス事業の対象者
- 3 足利市における介護予防・生活支援サービス事業の種類
- 4 相談受付からサービス利用までの流れ
- 5 一般介護予防事業
- 6 サービス併用の考え方

第2章 介護予防ケアマネジメント

- 1 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の目的
- 2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方
- 3 介護予防ケアマネジメントの概要
- 4 実施主体等
- 5 介護予防ケアマネジメント実施の手順
- 6 留意事項
- 7 報酬（単価、加算）、支払

<ケアマネジメント関連様式>

- 基本チェックリスト
- 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
- 興味・関心チェックシート
- 利用者基本情報
- 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）
- 会議予防ケアマネジメント結果（ケアマネジメントC用）
- 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）経過記録
- 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
（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）

<参考様式例>

- 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書〈二者契約〉〈三者契約〉
- 業務委託契約書〈ひな形〉
- 介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）に関する重要事項説明書〈ひな形〉
- 契約終了に係る申出書（解約・非更新）
- 介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）利用契約解除通知書
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実績報告書兼請求書

第1章 本市における介護予防・日常生活支援総合事業の概要

1 介護予防・日常生活支援総合事業の目的

介護保険法の改正により、地域包括ケアシステムの推進、持続可能な介護保険制度の構築を目的とし、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設され、本市では、平成29年4月にスタートしています。

総合事業は、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。）と一般介護予防事業の二つからなり、多様な主体が参画し、高齢者の介護予防や自立支援、重度化防止を目指すものです。

2 介護予防・生活支援サービス事業の対象者

(1) 対象者

要支援1・2認定者及び事業対象者

※事業対象者とは…65歳以上で、要支援（要介護）状態となることを予防するために、支援を行う必要があると判断した者で「基本チェックリスト」該当者

(2) 要支援認定者と事業対象者の違い

	要支援認定者	事業対象者
利用できるサービス	【予防給付】 ・福祉用具貸与 ・訪問リハビリ ・通所リハビリ ・訪問看護 等 【サービス事業】 ・訪問型サービス ・通所型サービス	【サービス事業】 ・訪問型サービス ・通所型サービス
有効期間	最長 認定期間	
支給限度額	要支援1 5,032単位 要支援2 10,531単位	原則4,528単位 ※給付管理表があるもの

3 本市における介護予防・生活支援サービス事業の種類

サービス事業は、「訪問型サービス」及び「通所型サービス」で構成されます。
本市が実施する主なサービス事業は、下表のとおりです。

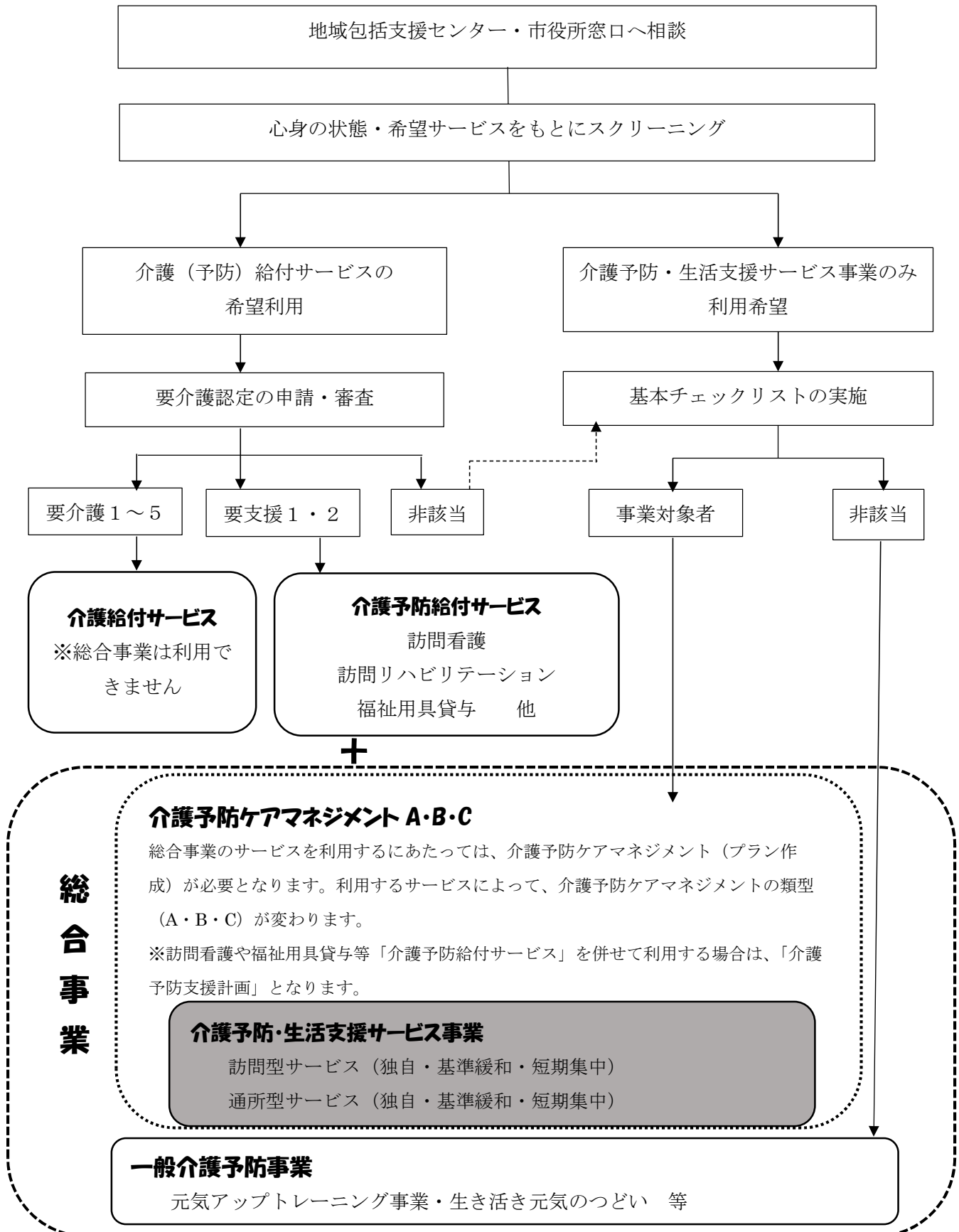
(1) 訪問型サービス

事業名	介護予防 訪問サービス	生活支援 訪問サービス		短期集中 予防サービス
種別	独自	基準緩和（サービス A）		短期集中予防サービス （サービス C）
内容	訪問介護事業者による 身体介護・生活支援	訪問介護事業者による 生活支援	シルバー人材センターに よる生活支援	リハビリ専門職による、 生活機能改善に向けた プログラム
対象 ケース	訪問介護職員等による身 体介護等、専門的なサー ビスが必要な方	洗濯・掃除等の生活援助が必要な方		リハビリ専門職の集中的 介入で機能が改善し、終 了後社会参加が見込まれ る方。
利用時間 ・回数	週 1 回 週 2 回 週 2 回超	1 回 20 分 (1 日あたりの上限なし) 月 2 4 回まで	1 回 1 時間 (1 日あたりの上限なし) 月 1 0 回まで	週 1 ~ 2 回 × 3 か月間 (最長 6 か月間) 1 回 1 時間 初回のみ 1 時間 3 0 分
単価	月単位 1,176 単位 (週 1 回) 2,349 単位 (週 2 回) 3,727 単位 (週 2 回超)	1 回 81 単位	1 回 1,010 円	1 回 4,040 円 初回のみ : 6,040 円
利用者 負担	原則 1 割負担 ※一定以上の所得のある方は 2、3 割負担	原則 1 割負担 ※一定以上の所得のある方は 2、3 割負担	100 円	1 回 : 200 円
プラン 作成	ケアマネジメント A	ケアマネジメント B		
	※要支援者で介護予防サービス（福祉用具、訪問看護等）を併せて利用する場合、介護予防支援プランとなる			

(2) 通所型サービス

事業名	介護予防		生き生き元気 教室型	スポーツ 施設等型	認知症 予防型	閉じこもり 予防型	短期集中 予防サービス
種別	独自		基準緩和（サービスA）				短期集中予防サービス（サービスC）
内容	生活機能向上のための機能訓練		・口腔、運動 機能向上プログラム ・介護予防全般の学習	スポーツクラブや接骨院等での運動プログラム	認知症予防に有効とされる調理作業、運動等のプログラム	軽運動やアクティビティ等	リハビリ専門職による、生活機能改善に向けたプログラム
対象ケース	上記サービス内容を必要としている方		トレーニングにより機能向上が見込まれる方		認知症状のある方や予防したい方	ADLは自立しているが、日常の活動性が低下している方	リハビリ専門職の集中的介入で機能が改善し、終了後社会参加が見込まれる方
利用時間・回数	週1～2回		週1回 2時間	週1回 2時間	週1回 1クール 3か月 1回5時間程度	週1～2回 1回半日程度	週1～2回× 3か月間 (最長6か月間) 1回2時間
単価	1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1：1,798単位 事業対象者・要支援2：3,621単位	送迎付き：1回253単位	送迎付き：1回3,030円	一人1回3,030円	月単位 事業対象者・要支援1：1,166単位	1回5,060円 リハビリテーションマネジメント費：2,300円/月
	1月あたりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1：436単位 (1月の中で全部で4回まで) 事業対象者・要支援2：447単位 (1月の中で全部で8回まで)	送迎なし：1回203単位	送迎なし：1回2,530円		要支援2：2,391単位	
利用者	原則1割負担		原則1割負担	1割	1割	1割	1回：250円
負担	※一定以上の所得のある方は2、3割負担		※一定以上の所得のある方は2、3割負担				
プラン	ケアマネジメントA		ケアマネジメントB				
作成	※要支援者で介護予防サービス（福祉用具、訪問看護等）を併せて利用する場合、介護予防支援プランとなります						

4 相談受付からサービス利用までの流れ



5 一般介護予防事業

事業名	概要
元気アップ事業	自治会の集会所等、自宅から通える場所を会場として、椅子を利用した筋力トレーニング等の運動を行うことで、骨、関節、筋肉等の運動器の機能向上を目指す運動を行う高齢者団体等の活動を支援するもの。
生き生き元気のつどい	公民館等で月1回、自宅でも実践できる介護予防について学ぶ。また、地域と交流することができる場所。
ささえ愛ボランティアポイント事業	介護施設や個人宅等や地域で行ったボランティア活動、介護予防活動に対して付与されたポイントを奨励金に交換できる。
地域リハビリテーション活動支援事業	理学療法士等専門職の派遣が必要と市が認める講座や団体に対し、専門職を派遣し、自立支援に資する助言や指導を行うもの。

6 サービス併用の考え方

			併用サービス					
			訪問型サービス			通所型サービス		
			介護予防 訪問サー ビス	生活支援 訪問サー ビス	短期集中 予防サー ビス	介護予防 通所サー ビス	基準緩和 通所サー ビス	短期集中 予防サー ビス
主 サー ビス	訪 問 型 サ ー ビ ス	介護予防訪問 サービス		×	×	○	○	○
		生活支援訪問 サービス	×		×	○	○	○
		短期集中予防 サービス	×	×		○	○	○
	通 所 型 サ ー ビ ス	介護予防通所 サービス	○	○	○		×	×
		基準緩和通所 サービス	○	○	○	×		×
		短期集中予防 サービス	○	○	○	×	×	

※短期集中予防サービスは、訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションとの併用は不可。

第2章 介護予防ケアマネジメント

1 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の目的

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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援者及び事業対象者に対し実施します。

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、その心身の状態、置かれている環境その他の状況に応じて、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事業です。

【健康増進法（抄）】（平成14年 法律第103号）

第二条

国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

【介護保険法（抄）】（抜粋）（平成9年 法律第123号）

第一条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療育上の管理その他の医療を要する者などについて、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第二条（介護保険）

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない。

第四条（国民の努力及び義務）

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

総合事業においても、常に自らの健康状態を自覚し、健康の保持増進のために、自らの介護予防に取り組むことが必要であるという考えに沿って事業の実施を行うものです。

そのため、要支援者及び事業対象者には、この事業の目的をよく説明し、理解してもらい、介護保険法第1条の基本理念にあるように「尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができる」ような、要介護状態となることを予防するための効果的な介護予防ケアマネジメントを実施していく必要があります。

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（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ある。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても、住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

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持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」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、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、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うえで、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

なお、介護予防ケアマネジメントは、適切なサービスが包括的・効率的に提供されるよう、専門的視点から支援を行うものであり、原則的なケアマネジメントでは、ケアプランの自己作成は想定されていません。

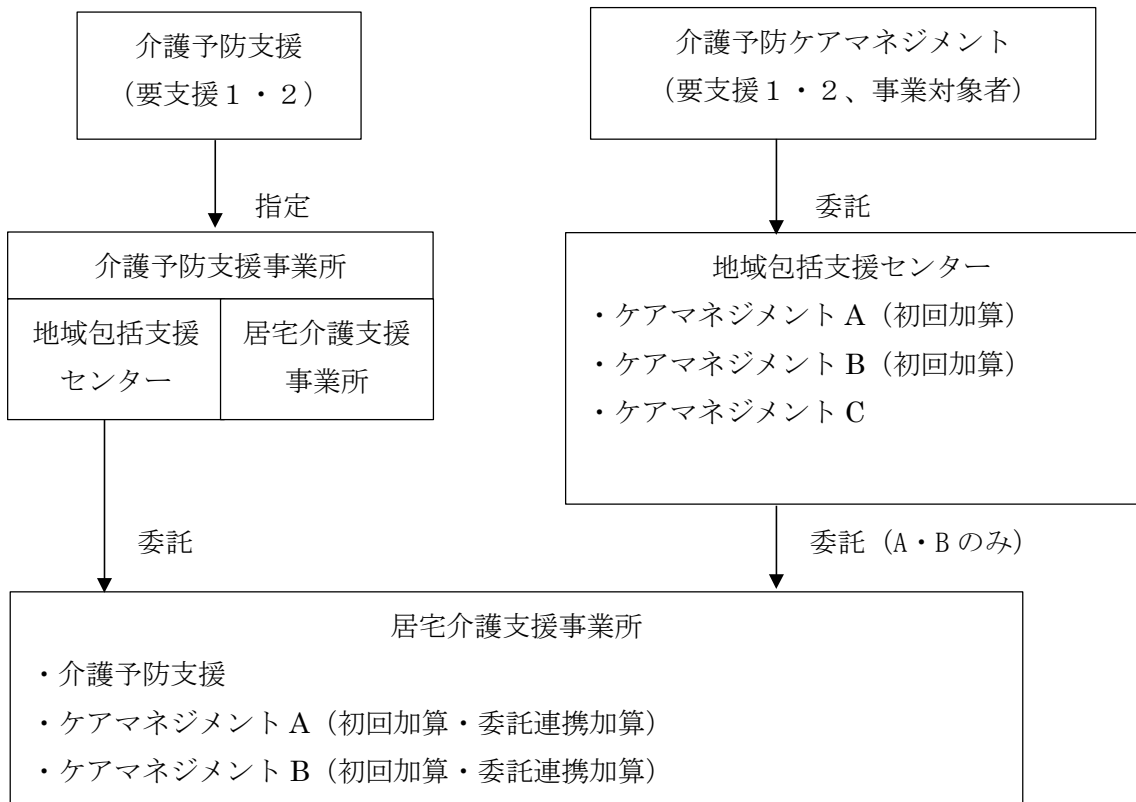
大切にしたい POINT★

- 利用者本人や家族の意向を的確に把握する。
- 専門的視点からサービスを検討する。
 - ・生活機能の低下の原因や背景を分析
- 本人の活動や参加の意欲を引き出す。
 - ・地域で何らかの役割を果たすことで、利用者自身の介護予防と地域づくりにつながる視点を持ち、目標達成後、総合事業利用終了しても自ら介護予防を継続できるように配慮する。
- 自助・互助から検討する。
 - ・利用者の可能性を掴まない。また、「どんなサービスが使えるか」から検討しない。
- 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、**高齢者が自らのケアプランであると実感し、目標設定はスモールステップからの達成可能な本人のやる気のあるものを具体的に設定する。**

○「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の違い

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	要支援1または要支援2を受けた方のうち、「予防給付」を利用する方	事業対象者・要支援1または要支援2の認定を受けた方のうち、「介護予防・日常生活支援総合事業」のみを利用する方
利用できるサービス	・予防給付 ・予防給付+「介護予防・日常生活支援総合事業」	「介護予防・日常生活支援総合事業」
実施方法	地域包括支援センター等「指定介護予防支援事業所」として実施	地域包括支援センター等が足利市からの業務委託により実施
一部委託	地域包括支援センターからのみ指定居宅介護支援事業所への一部委託可能	地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所への一部委託可能
居宅介護予防支援費 の通減性	通減性の対象となる	通減性の対象とならない

<体系図>



3 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本的チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿ったうえで、利用者の状況に応じて実施するものとする。

(1) 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等が、現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

利用者との面談によるモニタリングについては、少なくとも6月に1回行い、利用者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く。

【ケアマネジメントAのプロセス】

- ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
＜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【利用者・サービス提供者へ】
 - サービス利用開始
 - モニタリング【給付管理】

(2) ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、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）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

【ケアマネジメントBのプロセス】

- ・基準緩和によるサービス及び短期集中予防サービスを利用する場合
＜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【利用者・サービス提供者へ】
 - サービス利用開始
 - （→モニタリング（適宜））

(3) ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

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を実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」、「維持・改善すべき課題」、「その課題の解決への具体的対策」、「目

標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解を得たうえで、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、状況に応じたケアマネジメントに移行する。

【ケアマネジメントCのプロセス】

- ・住民主体で提供するサービスまたは一般介護予防事業のみを利用する場合
 <アセスメント>
 - 利用者の目標設定に助言をし、結果を共有する
 - 利用者への説明・同意
 - 利用するサービス提供者等への説明
 - サービス利用開始

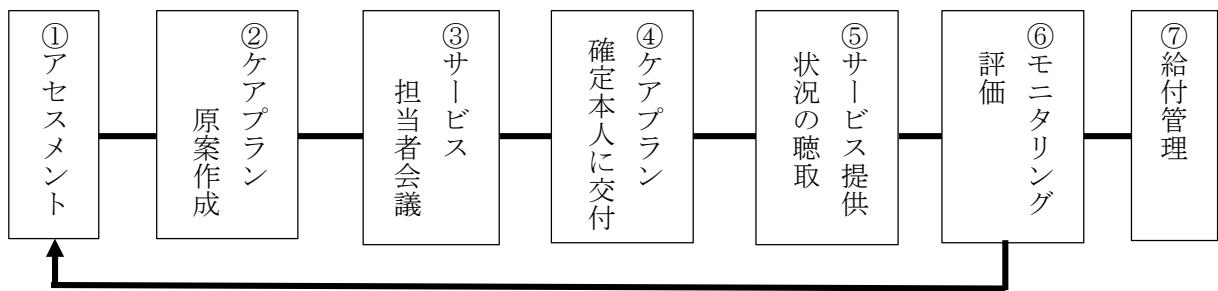
<介護予防ケアマネジメントの類型>

利用するサービスによって、ケアマネジメントの類型が異なります。ご注意ください。

○：実施、△：必要時、－：不要

類型	利用サービス		開始月	6か月後	12か月後	認定更新月
基本型	相当サービス	サービス担当者会議	○	－	△	○
		モニタリング (要支援)	－	○	○	○
		----- (事業対象者)	－	－	○	○
		評価票作成	－	－	△	○
		加算	初回 (委託連携)	－	－	－
簡易型	基準緩和サービス 短期集中サービス	サービス担当者会議	○	－ 短期集中〔○〕	－	○
		モニタリング (要支援)	－	△	○	○
		----- (事業対象者)	－	－	○	○
		評価票作成	－	－ 短期集中〔○〕	－	○
		加算	初回 (委託連携)	－	－	－
地域型	住民主体サービス 一般介護予防事業	サービス担当者会議	-----			
		モニタリング				
		評価票作成				
		加算				

(4) 介護予防ケアマネジメントのプロセス



<参考>サービス種類ごとの介護予防ケアマネジメントの類型

	介護予防 ケアマネジメント A	介護予防 ケアマネジメント B	介護予防 ケアマネジメント C
サービス種別	◆独自サービス ・介護予防訪問サービス ・介護予防通所サービス	◆基準緩和によるサービス (サービス A) ・生活支援訪問サービス ・生き生き元気教室型/スポーツ施設 型/認知症予防型/閉じこもり予防型 ◆短期集中予防サービス (サービス C)	◆一般介護予防
プロセス (上記参照)	介護予防支援と同様 ①～⑦	介護予防支援を簡略化 ①②④⑤⑥ (③は必要時実施) ※スポーツ施設型及び短期集中予防 サービス以外は、事業者指定のため ⑦も実施する	介護予防支援 を 簡略化 ①②③
モニタリング	6 か月に 1 回は利用者宅を 訪問し、面接を実施。訪問 しない月は電話等で確認。	利用者とは相談し設定した時期に訪問面接。 ※サービス C は最長 6 か月のためモニ タリングは不要	原則不要
ケアプラン期間	最長でも認定有効期間 (ただし居宅は支援経過を開始月から 1 年毎に包括へ提出)		設定なし
基本報酬	4, 4 2 0 円	3, 2 5 0 円	1, 0 2 0 円
(減算報酬)	虐待防止措置未実施 4,380 円 業務継続計画未実施 4,380 円 (両方未実施 4,340 円)	—	—
初回加算	3, 0 0 0 円	3, 0 0 0 円	—
報酬の算定	ケアプラン期間中		開始月のみ
実施機関	地域包括支援センター (ケアマネジメント A,B のみ指定居宅介護支援事業所へ再委託可)		

※「訪問看護」や「福祉用具貸与」等の介護予防給付サービスを併せて利用する場合は、介護予防支援によるケアマネジメントを行う。

4 実施主体等

地域包括支援センターで実施する。

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（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が、包括支援事業全体の円滑な実施を考えたいうえで、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、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能である。

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の実施件数には制限を設けているが、指定居宅介護支援事業所の受託件数には制限を設けず、居宅介護支援費の逓減制にも含めていない。地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。

<再委託することが可能な介護予防ケアマネジメントの種類>

- ・原則的なケアマネジメント（ケアマネジメントA）
- ・簡略化したケアマネジメント（ケアマネジメントB）

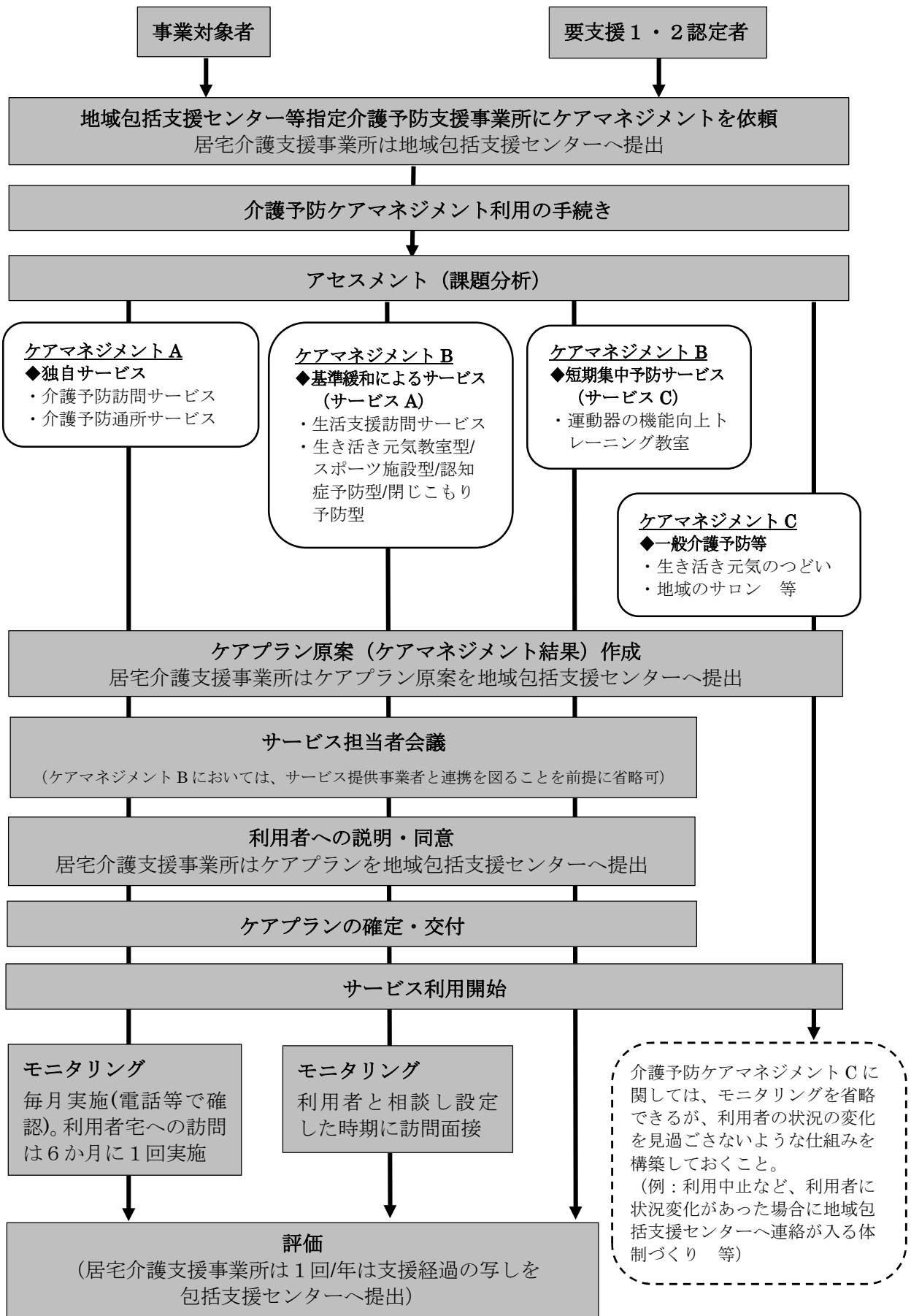
●再委託する場合

地域包括支援センターは再委託先である指定居宅介護支援事業所の作成したプラン原案の提出を受け、確認をする。

●受託に際しての留意事項

- ① 「介護予防ケアマネジメント」業務を受託する場合は、地域包括支援センターと委託契約を締結してください。
- ② 介護予防ケアマネジメントを開始するときは、利用時に重要事項説明を行ってください。
- ③ 再受託先である指定居宅介護支援事業所は、プラン原案を地域包括支援センターへ提出し、確認を受けてください。

5 介護予防ケアマネジメント実施の手順



【介護予防ケアマネジメント各プロセスについて】

(1) アセスメント（課題分析）

- 利用者の自宅を訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。
- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」**様式4**なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」、「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。
- プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

(2) ケアプラン原案

- 目標の設定
 - ・生活の目標については、「表4 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や教育環境などを通じて利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。
 - ・また計画に定めた実施期間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とすることが望ましい。
 - ・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している場合のケアプランの原案作成は委託先の居宅介護支援事業所が行い、ケアプランの原本は地域包括支援センターが管理する。
- 利用するサービス内容の選択
 - ・利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の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、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
 - ・サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。
 - サービス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を組み合わせることができる。
 - 例えば、通所型サービスなどの一つのサービス事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスの類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせる等、複数の類型を合わせて利用することができる。
 - ・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、利用時間を設定する。
- さらに、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者によく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。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、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）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、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。その経過の中でケアマネジメントA、B、Cの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ある。

(3) サービス担当者会議

- ケアマネジメントA、Bにおいて実施する。
- ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要である。

(4) 利用者への説明・同意

- 利用者に対して目標の確認をし、目標達成に向けての取り組みについて説明し、同意を得る。

(5) ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス実施者）

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- 本人にも同意を得て、ケアプランをサービス実施者にも交付する。

(6) サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

(7) モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）

- ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも6か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときは、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
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、電話等により利用者との連絡を実施する。
 - ケアマネジメントBの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。
 - ケアマネジメントB、Cの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側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。
- ※状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例
- ・サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。

- ・定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

(8) 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

- ケアマネジメントA, Bについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

本人の状況に応じて利用するサービスの選択を支援し、介護予防ケアマネジメント型を決める。

<居宅介護支援事業所>

- ・従来どおりケアプラン原案を地域包括支援センターへ提出。

表4 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

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

(介護予防マニュアル改定委員会 (2011.3) 「介護予防マニュアル改定版」三菱総合研究所)

6 留意事項

(1) 介護予防ケアマネジメントにおいて使用する書式は、別紙様式を用いる。モニタリングの結果については、支援経過記録に記載しておく。評価結果については、「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」**書式8**を作成する。市への書類の提出は求めないが、担当の地域包括支援センターにて保管する。

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している場合は、年に1回支援経過記録を地域包括支援センターへ提出する。その際、事業所評価については、支援経過記録に記載することで提出省略可。ただし、地域包括支援センター等から求められた際は提出できるよう、居宅介護支援事業所にて保管することとする。評価については、ケアプランの実施期間の終了時、居宅介護支援事業所は地域包括支援センターに**書式8**を提出する。

(2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。その後「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付の利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合には、並行してサービス事業を利用することはできない。

※要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行う。

(3) サービス利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントにつなぐ必要がある。

(4) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。

(5) 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のないよう、必要な措置を講じる。

(6) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていただきたい。

(7) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、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も含めて、関わる者全て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る。その中で、特に、ケアマネジメントCでは、そのプロセスの一部を本人や家族、主な利用先と想定される地域介護予防活動支援事業を運営する住民主体が担うことになり、利用者のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センター職員等専門職と共に、ケアマネジメント結果等が共有されていることが必要である。

○ 地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）、居宅介護予防支援事業所

介護予防ケアマネジメントにおいては、本人の意欲を引き出す生活目標の設定や住民主体の支援の重要性について理解し、セルフマネジメントにつなげるために、本人の思いや意欲を引き出す関わりや、必要な支援・サービスを主体的に選択できるような支援によって、本人がケアマネジメント結果や介護予防手帳の内容を「自分のプラン」と認識できるよう本人の思いや希望が反映されたものとするのが求められる。

なお、住民主体の支援のいわゆるインフォーマルな資源の活用についても、ケアマネジメントCとして評価し、報酬につながるものと設定している。ケアプラン結果を共有した後は、モニタリングは行わず、本人が自身でこの内容に沿って、介護予防の活動を行い、セルフマネジメントを進めることになる。その時点で、地域包括支援センターの個人への関わりは一旦終了するが、その後も本人の状況が変化したときや、困りごとができたときには、安心して相談できる体制を確保しておく。そのためにも、本人及び家族へ介護予防におけるセルフマネジメントの重要性について時間をかけて伝え、本人・家族との信頼関係を築いていくことが重要である。

○ 高齢者本人と家族

ケアマネジメントCではモニタリングが行われないため、ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持っていただくことが必要である。

その上で、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、地域包括支援センターに相談するという意識を醸成していくことも合わせて必要である。

(8) より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン『第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～』」も参考にしながら取り組んでいただきたい。

7 報酬（単価、加算）、支払

(1) 単価及び加算・減算

介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託により実施するものである。

委託をする場合は、1件あたりの単価を設定することし、その単価については、提供する内容等に応じ、国が定める額（介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和3年厚生労働省告示第72号）に定める単価をいう。以下同じ。）を勘定して市が定める。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターに委託して実施する。委託する1件あたりの単価については、後述（3）で示す。

加算については、次のとおりとする。

ア 初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて、算定できる。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2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を含む）

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

イ 委託連携加算

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供しケアプランの作成等に協力した場合に算定を行うもの。

委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定することができる。

減算については、次の通りとする。

ア 高齢者虐待防止措置未実施減算

ケアプランを作成した地域包括支援センター及び指定居宅介護支援事業所において、虐待の発生またはその再発を防止するための措置（虐待の発生またはその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられてない場合に算定するもの。

イ 業務継続計画未策定減算

感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際に算定するもの。（令和7年3月31日までの間、感染症の予

防及びまん延防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には減算を適用しない)

(2) 介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

要介護等認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護予防ケアマネジメントの介護報酬が支払われることになり(国保連支払)、要支援認定を受けていない事業対象者(申請をしていない者や申請はしたが非該当となった者)又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメント費が支払われることになる。実際の支払いは国保連に介護予防ケアマネジメントの費用を請求し、国保連から支払われることとなる。

ア サービス事業に関する費用の支払：要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。

イ 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱う。

要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	総合事業のみ	給付と総合事業
非該当・事業対象者	全額自己負担	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業から支給	給付分は全額自己負担 介護給付ケアマネジメントも含めた事業分は事業から支給
要支援	予防給付から支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業から支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付から支給、事業分は事業から支給
要介護	介護給付から支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業から支給	介護給付費と事業費の併用はできないため、どちらかのサービスは全額自己負担(※) 介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は介護給付から支給、事業分は介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業から支給

※厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についてのQ&A

【平成27年3月31日版】」第4問4より

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

(3) 介護予防ケアマネジメント費の請求及び支払について
『介護予防ケアマネジメント費』は国保連に請求する。

介護予防ケアマネジメント (基本型)	4,420円
(簡易型)	3,250円
(地域型)	1,020円
初回加算 (地域型除く)	3,000円
委託連携加算 (地域型除く)	3,000円
高齢者虐待防止措置未実施減算 (基本型のみ)	4,380円
業務継続計画未策定減算 (基本型のみ) ※1	4,380円
高齢者虐待防止措置未実施減算・業務継続計画未策定減算 (基本型のみ)	4,340円

※1 令和7年3月31日までは経過措置対象。

⇒提供月において要支援者が総合事業サービスと併せて予防給付を利用する場合は、
従来どおり「介護予防支援費」の請求となる。

⇒総合事業サービスは自己作成によるサービス提供はできない。

<ケアマネジメント関連様式>

基本チェックリスト

- ①ご自身の主観で、もれなく「はい」「いいえ」のどちらかにチェックしてください。
 ②「できる」「できない」という『能力』ではなく、ご本人が「している」か「していない」かをチェックしてください。
 ③期間を定めていない質問項目については、現在（1か月以内）の状況について回答してください。

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	記入日	令和 年 月 日 ()
住所 足利市					
No.	質問項目	回答：いずれかに○ (No12は値を記入)		市記入欄	
1	車やバスや電車などで1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	/	
2	(外出して)日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	(自分で銀行等での窓口手続を含め)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(時々使用は可)	0. はい	1. いいえ	/	
7	イス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(杖等補助具使用可)	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ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	/2	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)				
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(過去1ヶ月の平均値)	0. はい	1. いいえ	/2	
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	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
合 計 (No. 1~No. 20)				/20	
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		
				該当・非該当	
26	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない			

(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。

※この基本チェックリストは介護予防・生活支援サービス申請書とともに提出してください。

基本チェックリストの書き方（趣旨と考え方）

No.	趣 旨	基本チェックリストの考え方
1	乗り物を活用した一人での外出	バスや電車を利用しての外出や自分で自家用車、バイク、自転車等を運転して外出している場合も「はい」とします。
2	外出による日用品の買物	必要な物品を間違いなく購入している場合「はい」となります。外出せず、宅配等電話注文やネット注文、家族・知人に依頼のみで済ませている場合は、「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れも含めた金銭管理	銀行等での窓口手続きも含め、金銭管理を行っている場合に「はい」となります。ご家族等に依頼している場合は「いいえ」となります。
4	友人宅への訪問	電話やメールによる交流は「いいえ」となります。また、ご家族や親戚の家への訪問も「いいえ」です。
5	家族や友人からの相談	家族や友人に直接会わず、電話のみ等でも「意見を求められ、その意見に応える」ことがあれば「はい」としてください。
6	手すり等を使用しない階段昇り	時々手すり等を利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上る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合は「いいえ」となります。
7	立ち上がり	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がることができるかを伺う質問です。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分間続けての歩行	屋内、屋外等の場所は問いません。杖等補助具を利用している場合は「はい」となります。
9	1年間に転倒の有無	この1年間転倒したことがある場合は「はい」となります。躓（つまづ）く程度であれば「いいえ」となります。
10	転倒に対する不安	現在（ここ1か月以内）、転倒に対する不安が大きいかどうかを、ご本人の主観に基づきお答えください。
11	6ヶ月間で2～3 kg以上の体重減少	6か月以上経過しながら減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	体重は1か月以内の値を、身長は現時点が不明の場合、過去の計測値を記載してください。
13	噛む力（咀嚼機能）の低下	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	飲み込む力（嚥下機能）の低下	お茶や汁物を飲む時に、むせることがあるかをご本人の主観に基づきお答えください。時々、むせる場合も「はい」となります。
15	口の渇き	口の渇きが気になるか、本人の主観に基づき、お答えください。
16	週に1回以上の外出	週によって外出する頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平均して回答してください。
17	外出回数の低下	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減っている場合は「はい」となります。
18	もの忘れの有無	ご本人は物忘れがあると思っけていても、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	自ら電話番号を調べ、電話をかけているか	携帯の登録、電話帳などにより電話番号を調べて、電話をかけているか場合は「はい」となります。誰かに電話番号を尋ねての電話、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	何月何日の理解ができない	わからない時があるかどうかを、ご本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合も「はい」となります。
21～26	の質問	最近2週間（設問26については1か月程度）の状況を、ご本人の主観に基づき回答してください。

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護予防

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		性 別	
		明・大・昭 年 月 日	
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (令和 年 月 日付)			
足利市長 宛			
上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
被保険者		電話番号 () _____	
氏 名 _____			
市 確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

代筆者氏名 _____ (続柄等 _____)

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに足利市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず足利市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

興味・関心チェックシート

様式 4

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

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

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

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 ()歳	
住所			Tel Fax	
日常生活 自立度	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・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度:) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリストの記入日: 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:無・有(階) 住宅改修:無・有			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・共済年金・老齢福祉年金・遺族年金・生活保護			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成	
住所	TEL:			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
				TEL
				TEL
			TEL	
			日中独居:無・有 家族関係等の状況	

利用者基本情報

《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)	一日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		友達・地域との関係

《現病歴・既往歴》

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
				TEL	治療中 経観中 その他	
				TEL	治療中 経観中 その他	
				TEL	治療中 経観中 その他	
				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あたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、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）

※ケアマネジメントBとして使用する場合は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

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
----------	---------	-----------	-------

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 月 日 有効期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日（事業対象者の場合はチェックリスト実施日を記載）

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（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		□有 □無					()					
日常生活(家庭生活)について		□有 □無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()					
健康管理について		□有 □無					()					

健康状態について
□主治医意見書、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

	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】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。
令和 _____ 年 月 日 氏名 _____
代筆の場合 代筆者氏名 _____（本人との関係 _____）

介護予防ケアマネジメント 結果

[ケアマネジメントC用]

利用者区分 : 事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2

利用者名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者番号 _____
 計画作成者氏名 _____ 地域包括支援センター名及び所在地 _____
 計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

アセスメント領域と現在の状況	本人の意欲・意向	本人の生活の目標	支援計画		
			本人のセルフケア 家族等の支援	地域の活動 その他インフォーマルサービス	サービス提供者
運動・移動について					
日常生活(家庭生活)について					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて					
健康管理について					
【総合的な援助の方針】			【計画に関する同意】		
【意見】			ケアマネジメント結果案について同意いたします。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____		

○身体状態が変わった等により、困りごとが発生した時は、地域包括支援センターにご相談ください。

担当地域包括支援センター _____ 電話 _____

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

書式8

利用者名 _____ 殿
 評価日 _____
 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	目標達成しない要因 (本人・家族の意見)	目標達成しない要因 (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	<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（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン（以下、「介護予防サービス計画等」という。）の一部を変更する都度、別用紙を使用して記載するものとする。

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する。

1 「利用者基本情報」

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③ 「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

④ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

⑤ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住지를記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、有効期限と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当あり」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩ 「本人の住居環境」

該当する者について○印で囲む。自室の有無について、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬ 「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡のとれる番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該

利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関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。

⑯ 「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境について記載する。

⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日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。

「趣味・楽しみ・特技」は、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。

「友人・地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「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、利用者の主な既往歴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」の○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。

⑲ 「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は、行政が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。

⑳ 「個人情報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。

2 「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」

① 「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護予防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。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○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。

⑦ 「要支援1・要支援2・地域支援事業」

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「地域支援事業」に○を付す。

⑧ 「計画作成者氏名」

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、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨ 「委託の場合：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、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩ 「担当包括支援センター」

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。

⑪ 「計画作成（変更）日（初回作成日）」

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介護予防サービス等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑫ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体化することで、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期のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「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」を記述する。漠然とし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し支えない。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て、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「一日」は、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、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「一年」は、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の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

⑬ 「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「監察結果」等により健康状態について、介

護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

各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、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

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。

利用者・家族からの情報だけでなく、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」欄は、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な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」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居経済の管理、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」欄は、状況にあった適切な方法で、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どうか。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」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認した内容について、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」「手伝ってもらえれば〇〇したい」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、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ否定的なのか、消極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。

⑯ 「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チェック結果についても考慮する。ここには、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。

⑰ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、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。

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的視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、サービス事業所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介護予防サービス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。

⑲ 「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」等記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳ 「目標」

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

㉑ 「目標についてのポイント」

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。

㉒ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（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）」

「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の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）」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も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○印で囲むものとする。

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当なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉓ 「【本来行うべき支援ができない場合】 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、本来の支援が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。

②④ 「サービス種別」

「本人達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）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

②⑤ 「事業所（利用先）」

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。

②⑥ 「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。

②⑦ 「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持病に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

②⑧ 「必要な事業プログラム」

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する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に〇印を付す。

②⑨ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

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、介護予防サービス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、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（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介護予防サービス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、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることになる。（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者介護を省略することもある。）

③⑩ 「計画に関する同意」

介護予防サービス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、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3 「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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」

① 「利用者氏名」

当該利用者氏名を記載する。

② 「計画作成者氏名」

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、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指

定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ 「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス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 「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」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者氏名」

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を記載する。

③ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

④ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

⑤ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に転記する。

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一旦評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦ 「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

⑧ 「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、目標設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

⑨ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

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。

⑩ 「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス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レ点を付す。

参考様式例

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 利用契約書

- ★ この契約書様式は、あくまでも参考様式例となりますので、文面内容は施設や法人の判断により適宜修正して下さるようお願いいたします。押印についても同様です。
- ★ 現在使用されている契約書文面との整合が必要となりますので、この契約書様式文面例をそのまま用いることができないことがあります。
- ★ 利用者に対する読み替えの規定の説明を省略させるものではありません。
- ★ この契約書書式は例示であって、この契約書様式により生じた損害等を足利市が負担するものではありません。

【参考】

- 地域包括支援センターから介護予防支援に係る再委託を受けている場合においても、同様に介護予防ケアマネジメントへの読み替えが必要になる場合があります。

介護予防支援	介護予防給付のみ又は介護予防給付と総合事業サービスを組み合わせた予防プランの作成 ※介護予防訪問（通所）は総合事業サービスに移行するので介護予防給付には含まれません。
介護予防ケアマネジメント	介護予防給付を含まず、総合事業サービスのみのケアプラン作成

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書<二者契約>

甲（利用者）

乙（事業者）

（契約の目的）

第1条 乙は、介護保険法等関連法令及びこの契約書に従い甲が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じて自立した生活を営むことのできるよう甲に対し適切な介護予防サービス計画を作成し、かつ、介護予防サービスの提供が確保されるよう介護予防サービス事業者その他の事業者、関係機関との連絡調整その他の適宜の提供を行います。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、令和____年____月____日～令和____年____月____日（有効期間満了日）とします。ただし、契約期間満了日以前に甲が要支援状態区分の更新又は変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

（介護予防サービス計画立案の援助）

第3条 乙は、介護保険法に定める乙の職員を担当者として介護予防サービス計画の作成を支援します。

2 担当者は、サービス計画の作成にあたり、次の各号に定める事項を遵守します。

- (1) 利用者の居宅を訪問し、甲及び甲の家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めること。
- (2) 当該地域における介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を特定の事業者のみを有利に扱うことなく適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めること。
- (3) 提供される介護予防サービスの目標、達成時期、サービス提供上の留意点を明記した介護予防サービス計画の原案を作成すること。
- (4) 上記原案に位置づけたサービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、サービスの種類、内容、利用料等について、利用者から文書による同意を受けること。
- (5) 甲が、医療サービスの利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合にはこれに従うこと。
- (6) その他、甲及び甲の家族の希望をできる限り尊重すること。

（介護予防サービス計画作成後の援助）

第4条 乙は、甲及び甲の家族と継続的に連絡をとり、利用の実情を常に把握するように努めます。

- 2 乙は、甲が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、再評価を行い、サービス計画の変更、要支援認定区分の変更申請、関係事業者に連絡するなど必要な援助を行います。
- 3 乙は、甲の受ける在宅サービス利用状況について、甲からのサービス利用に関する苦情等相談を受け、必要に応じてサービスを点検し、給付管理票の作成及び提出ほか関連機関との連絡調整を行います。

(契約の満了)

第5条 次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は満了します。

- (1) 甲が死亡したとき。
- (2) 第6条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- (3) 第7条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- (4) 甲が介護保険施設等へ入所した場合。
- (5) 甲が要介護認定を受けた場合。

(甲の解約権)

第6条 甲は、乙に対しいつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、1カ月以上の予告期間をもって書面にて届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 甲は、次の各号に乙が該当する場合には、直ちに契約を解除することができます。
 - (1) 乙が、正当な理由なく、介護保険法等関係法令及びこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠ったとき。
 - (2) 乙が、守秘義務に違反した場合。
 - (3) 乙が、破産等事業を継続する見通しが困難になった場合。

(乙の解除権)

第7条 乙は、甲に対し、甲の非協力など甲及び乙間の信頼関係を損壊する行為をなし、改善の見込みがないため、この契約の目的を達することが不可能となったときは、1カ月以上の予告期間をもってこの契約を解除します。

(損害賠償)

第8条 乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の家族及び介護保険課に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

- 2 乙は、甲に対するサービスの提供に伴って、乙の責めに帰すべき事由により、甲に損害を及ぼした場合には、速やかに甲に対して損害を賠償します。ただし、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

(秘密保持)

第9条 乙は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

- 2 乙は、担当者が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必

要な処置を講じます。

- 3 乙は、甲の個人情報を用いる場合は甲の、甲の家族の個人情報を用いる場合は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いません。
(記録の整備、閲覧)

第10条 乙は、甲に対する介護支援サービスの提供に際して作成した記録、書類を完了日より2年間保存します。

- 2 乙は、甲又は甲の家族に対し、保管する甲に関する記録、書類の閲覧、写の交付に応じます。ただし、写の交付については、足利市情報公開条例施行規則の例により写しの作成費用を請求することがあります。

(契約外条項)

第11条 本契約に定めのない事項については、介護保険法等関係法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

本契約を証するため、本書を2通作成し、それぞれ各1通を保有します。

年 月 日

(甲・サービス利用者)

私は、この契約書に基づく介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用を申し込みます。

住 所

お名前 印

電 話 F A X

(署名代行者)

住 所

お名前 印

電 話 F A X

職 業

署名代行の理由

(乙・介護予防支援事業者)

私は、(介護予防支援事業者)として、甲の申込を承諾し、この契約の内容を確認します。

事業者

住 所

代表者

電 話 F A X

担当職員

(栃木県知事指定第 号)

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書<三者契約>

甲（利用者）

乙（事業者）

丙（指定居宅介護支援事業者）

（契約の目的）

第1条 乙は、介護保険法等関連法令及びこの契約書に従い甲が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じて自立した生活を営むことのできるよう甲に対し適切な介護予防サービス計画を作成し、かつ、介護予防サービスの提供が確保されるよう介護予防サービス事業者その他の事業者、関係機関との連絡調整その他の適宜の提供を丙に委託して行います。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、令和____年____月____日～令和____年____月____日（有効期間満了日）とします。ただし、契約期間満了日以前に甲が要支援状態区分の更新又は変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

（介護予防サービス計画立案の援助）

第3条 乙又は丙（以下、「乙等」という。）は、介護保険法に定める介護支援専門員を担当者として指定し、介護予防サービス計画の作成を支援します。

2 介護支援専門員は、サービス計画の作成にあたり、次の各号に定める事項を遵守します。

- (1) 利用者の居宅を訪問し、甲及び甲の家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めること。
- (2) 当該地域における介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を特定の事業者のみを有利に扱うことなく適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めること。
- (3) 提供される介護予防サービスの目標、達成時期、サービス提供上の留意点を明記した介護予防サービス計画の原案を作成すること。
- (4) 上記原案に位置づけたサービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、サービスの種類、内容、利用料等について、利用者から文書による同意を受けること。
- (5) 甲が、医療サービスの利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合にはこれに従うこと。
- (6) その他、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）の意向、甲及び甲の家族の希望をできる限り尊重すること。

（介護予防サービス計画作成後の援助）

第4条 乙等は、甲及び甲の家族と継続的に連絡をとり、利用の実情を常に把握するように努めます。

2 乙等は、甲が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、再評価を行い、サービス計画の変更、要支援認定区分の変更申請、関係事業者に連絡するなど必要な援助を行います。

3 乙等は、甲の受ける在宅サービス利用状況について、甲からのサービス利用に関する苦情等相談を受け、必要に応じてサービスを点検し、給付管理票の作成及び提出ほか関連機関との連絡調整を行います。

(契約の満了)

第5条 次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は満了します。

- (1) 甲が死亡したとき。
- (2) 第6条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- (3) 第7条に基づき、乙等から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- (4) 甲が介護保険施設等へ入所した場合。
- (5) 甲が要介護認定を受けた場合。

(甲の解約権)

第6条 甲は、乙等に対しいつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、1カ月以上の予告期間をもって書面にて届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

2 甲は、次の各号に乙等が該当する場合には、直ちに契約を解除することができます。

- (1) 乙等が、正当な理由なく、介護保険法等関係法令及びこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠ったとき。
- (2) 乙等が、守秘義務に違反した場合。
- (3) 乙等が、破産等事業を継続する見通しが困難になった場合。

(乙の解除権)

第7条 乙等は、甲に対し、甲の非協力など甲及び乙間の信頼関係を損壊する行為をなし、改善の見込みがないため、この契約の目的を達することが不可能となったときは、1カ月以上の予告期間をもってこの契約を解除します。

(損害賠償)

第8条 乙等は、甲に対するサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の家族及び介護保険課に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

2 乙等は、甲に対するサービスの提供に伴って、乙等の責めに帰すべき事由により、甲に損害を及ぼした場合には、速やかに甲に対して損害を賠償します。ただし、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

(秘密保持)

第9条 乙等及び乙等の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供にあつ

て知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

2 乙等は、乙等の従業員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

3 乙等は、甲の個人情報を用いる場合は甲の、甲の家族の個人情報を用いる場合は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いません。

(記録の整備、閲覧)

第10条 乙は、甲に対する介護支援サービスの提供に際して作成した記録、書類を完了日より2年間保存します。

2 乙は、甲又は甲の家族に対し、保管する甲に関する記録、書類の閲覧、写の交付に応じます。ただし、写の交付については、足利市情報公開条例施行規則の例により写しの作成費用を請求することがあります。

(契約外条項)

第11条 本契約に定めのない事項については、介護保険法等関係法令の定めるところを尊重し、甲及び乙等の協議により定めます。

本契約を証するため、本書を3通作成し、それぞれ各1通を保有します。

年 月 日

(甲・サービス利用者)

私は、この契約書に基づく介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用を申し込みます。

住 所

お名前 印

電 話 F A X

(署名代行者)

住 所

お名前 印

電 話 F A X

職 業

署名代行の理由

(乙・介護予防支援事業者)

私は、 (介護予防支援事業者) として、甲の申込を承諾し、この契約の内容を確認します。

事業者

住 所

代表者

電 話 F A X

(丙・指定居宅介護支援事業者)

私は、 (介護予防支援事業者) の業務委託として、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任をもって行います。

担当介護支援専門員 (ケアマネジャー)

事業者 印

住 所

法人名

代表者

電 話 F A X

(栃木県知事指定第 号)

業務委託契約書〈ひな形〉

地域包括支援センター _____ を「甲」とし、 _____ を「乙」とし、甲乙両当事者間において、次のとおり業務委託契約を締結する。

(総則)

第1条 甲は、次に掲げる業務を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

(1) 業務内容

介護保険法第115条の2第1項に規定する指定介護予防支援事業者が策定すべき介護予防に係るケアプランの策定及び同法第115条の4第1項第1号ニに規定する第一号介護予防支援事業の実施に係るケアプランの策定〔地域包括支援センター業務マニュアルの定めるところによる〕

(2) 契約期間

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

(委託料)

第2条 ケアプラン策定の委託料の額は1月につき1件あたり次の各号に規定する額とする。

- | | |
|-----------------|---------|
| (1) 介護予防支援 | 4, 420円 |
| (2) 基本型ケアマネジメント | 4, 420円 |
| (3) 簡易型ケアマネジメント | 3, 250円 |
| (4) 地域型ケアマネジメント | 1, 020円 |
| (5) 初回加算 | 3, 000円 |

(第1号から第3号に該当する場合に限り加算する。なお、加算要件は介護予防支援の例による。)

- | | |
|------------|---------|
| (6) 委託連携加算 | 3, 000円 |
|------------|---------|

(第1号から第3号に該当する場合に限り加算する。なお、加算要件は介護予防支援の例による。)

- | | |
|--------------------|-----|
| (7) 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 40円 |
|--------------------|-----|

(第1号に該当する場合に限り減算する。なお、減算要件は介護予防支援の例による。)

- | | |
|-----------------|-----|
| (8) 業務継続計画未策定減算 | 40円 |
|-----------------|-----|

(第1号に該当する場合に限り減算する。なお、減算要件は介護予防支援の例による。)

(契約保証金)

第3条 契約保証金は、全額を免除する。

(権利義務譲渡等の制限)

第4条 乙は、本契約により生ずる一切の権利業務を第三者に譲渡し、若しくは継承させ又はその権利を担保に供してはならない。ただし、甲が特別に認めるときは、この限りではない。

(再委託の禁止)

第5条 乙は、委託業務の全部又は一部を第三者に再委託してはならない。ただし、予め甲の書面による承認を受けたときは、この限りではない。

(報告の徴収)

第6条 甲は、必要があるときは、乙に対し、委託業務の実施状況について報告若しくは資料の提出を求め、又は必要な指示をすることができるものとする。

(秘密の保持)

第7条 乙（及びケアプラン作成に従事する者）は、受託業務の履行に際して知り得た個人情報その他の事項を第三者に漏らしてはならない。

(報告書の提出及び審査)

第8条 乙は、毎月の受託業務の実施状況を甲の定める期日までに文書により甲に報告しなければならない。

2 甲は、報告書を受理したときは、10日以内にその内容を審査するものとする。

3 甲は、審査の結果、必要があると認めた場合は、期日を定めて、乙に再策定をさせることができるものとする。なお、この場合において再策定に要する費用は乙の負担とする。

(委託料の支払)

第9条 乙は、毎月業務終了後、甲の定める期日までに第2条により算定した委託料の支払請求書を甲に提出するものとする。

2 甲は、前項に基づき乙からの適正なる請求書を受理後90日以内に、甲の定める指定金融機関において乙に対し、委託料を支払うものとする。

(契約の解除)

第10条 甲は、乙が次の各号の一に該当するときは、この契約を解除することができるものとし、このために乙に損害が生じても、その責を負わないものとする。

(1) 乙がこの契約の履行に関し、不正な行為があったとき

(2) 乙が契約の履行に関し、不正な行為があったとき

(3) 乙が正当な理由なく期限内に契約を履行する見込みがないと認められたとき

2 前項の規定により、契約が解除された場合には契約が解除された日までに行ったケアプラン作成対象者にかかる一切の書類を甲に提出しなければならない。

(会議への協力)

第11条 乙は、第1条に定めるもののほか、介護保険法第115条の48第1項に定める会議に出席し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を行うものとする。

(協議)

第12条 この契約書に定めのない事項については、甲、乙協議の上、別に決定する。
この契約の証として、本書2通を作成し、それぞれ1通を保管するものとする。

令和 年 月 日

(甲) 地域包括支援センター (介護予防支援事業者)

所在地

名 称

代表者

印

(乙) 居宅介護支援事業者

所在地

名 称

代表者

印

介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）に関する重要事項説明書〈ひな形〉

あなた（又はあなたのご家族）が利用しようと考えている介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）（以下「介護予防支援等」といいます。）業務について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明しますので、わからないこと、わかりにくいことなどがありましたら、遠慮なくご質問ください。

この「重要事項説明書」は、「足利市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等を定める条例」第7条第1項の規定に基づき、ご利用者にあらかじめ説明しなければならない内容を示したものです。

1 この契約の趣旨について

- 「要支援1」又は「要支援2」の認定を受けた方は、「介護予防サービス」及び「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」とする）」の「事業対象者」に該当する方は、「介護予防・生活支援サービス事業」をご利用いただくこととなります。
 - 介護予防サービスの利用にあたっては、「介護予防サービス計画」の作成を、「介護予防・生活支援サービス事業」のみの利用にあたっては、「介護予防ケアマネジメント」を行う必要があります。これらは、利用者が可能な限り居宅において自立した生活を営むことができるように配慮したうえで、利用者の希望に基づき実施されます。
 - 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防サービス計画等」といいます。）は、「地域包括支援センター（又は地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所）」があなたと契約を締結して作成することになっています。
- ※ 「要支援1」及び「要支援2」の認定を受けた方は、自分でプランを作成できる場合があります。

2 サービスのご利用にあたってのご注意

「介護予防サービス」及び「介護予防・生活支援サービス事業」をご利用いただくこととなりますが、サービスの内容につきましては、担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）又は地域包括支援センターまでお問い合わせください。

☆ 介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）

介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者の相談や介護予防サービス事業所との連絡調整を図りながら、介護予防サービス支援計画書（ケアプラン）を作成します。

☆ 介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業

利用者が重要事項説明書の交付を受け、介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）契約書の契約締結後にケアプランに基づき受けるサービスです。

3 あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センター

名 称		介護保険指定事業所番号	
代 表 者			
所 在 地			
連 絡 先	電 話	F A X	
業 務 時 間	午前8時30分～午後5時15分（平日）		
職 員 体 制 及 び 職 務 内 容	地域包括支援センター（介護予防支援事業所）管理者 地域包括支援センター業務の総括 保 健 師 等 1名 介護予防マネジメント事業の実施 社 会 福 祉 士 1名 権利擁護や虐待防止等の地域支援の総合相談業務の実施 主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー） 1名 支援困難事例へ助言等の包括的継続的マネジメントの実施		

4 介護予防支援等（介護予防プラン作成等）を行う事業者

別紙の1の(1)「介護予防計画作成の担当者について」を参照ください。

5 介護予防支援等の内容

介護予防支援等の内容	提供方法	介護保険適用の有 無
①介護予防サービス計画等の作成	別紙に掲げる「介護予防支援業務等の実施方法等について」を参照ください。	①～⑦は、一連業務として介護保険の対象となるものです。
②介護予防サービス事業所等との連絡調整		
③サービスの実施状況の把握及び評価		
④給付管理		
⑤介護サービス等に関する相談業務		
⑥利用者と関係医療機関との連携		
⑦利用者の権利擁護に係る連絡調整		

6 利用者の居宅への訪問頻度のめやす

地域包括支援センター（以下、「センター」といいます。）の担当職員（または居宅介護支援事業所の介護支援専門員）が利用者の状況把握のため、利用者のご自宅に訪問する頻度は、おおむね6か月に1回となります。ただし、プラン作成をしない期間は、積極的な訪問は致しかねます。また、上記の回数以外にも利用者からの依頼や介護予防支援等業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、利用者のご自宅を訪問いたします。

7 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

センター及び事業所(以下、「センター等」といいます。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の保護について

センター等は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の同居の家族の個人情報についてもあらかじめ文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等で利用者の同居の家族の個人情報を用いません。

センター等は、利用者及び同居の家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

8 医療・介護の連携について

(1) 入院時に担当介護支援専門員(ケアマネジャー)の氏名等を利用者から入院先医療機関に提供いただくことで医療機関との連携を促進します。

(2) 医療系のサービスを希望している場合、利用者の同意を得て主治医等の意見を求め、意見を求めた主治医等に対して介護予防サービス計画等を交付します。

(3) 介護サービス事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員(ケアマネジャー)自身が把握した状態等について、利用者の同意を得て、介護支援専門員(ケアマネジャー)から主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝達します。

9 介護予防支援等業務に関する苦情相談窓口

センター等が作成した介護予防サービス計画等またはこれに基づいて提供された介護予防サービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡ください。

○ センターの苦情相談窓口

【足利市元気高齢課地域包括ケア推進担当】	所在地	足利市本城3丁目2145
	電話	20-2246 FAX 20-1456
	受付時間	8:30~17:15(平日)

○ 介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります

【市町村の窓口】 足利市元気高齢課介護認定担当	所在地	足利市本城3丁目2145
	電話	20-2139 FAX 20-1456
	受付時間	8:30~17:15(平日)
【公的団体の窓口】 栃木県国民健康保険団体連合会	所在地	宇都宮市本町3-9 栃木県本庁合同ビル6階
	電話番号	028-643-2220
	受付時間	8:30~17:00(平日)

「足利市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等を定める条例」第7条第1項の規定に基づき、利用者に重要事項の説明を行いました。

重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
---------------	---	---	---

説 明 者 事業所名

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面により足利市地域包括支援センター（又は地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所）職員から介護予防支援等についての重要事項の説明を受け、本書面の交付を受けました。

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

同 席 者 住 所 _____

()

氏 名 _____ 印

緊急連絡先 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

1 介護予防サービス計画等の作成について

(1) 介護予防サービス計画等作成の担当者について

居宅介護支援事業所名	
代 表 者 名	
所 在 地	
担 当 者 名	
連 絡 先	電話 F A X
営 業 日	
営 業 時 間	

(2) 居宅介護支援事業所（以下、「事業所」といいます。）は介護予防サービス計画等の原案作成に際しては、次の点に配慮します。

ア 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族に面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。

イ 利用する介護予防サービス等の選択にあたっては、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関する複数の情報を利用者又はその家族に提供します。また、利用者は、当該事業者をケアプランに位置付けた理由を求めることができます。

ウ 事業所は、利用者に対して介護予防サービスの内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導又は指示を行いません。

エ 事業所は、介護予防サービス計画等の原案が利用者の実情に見合ったサービスの提供となるようサービス等の担当者から専門的な見地からの情報を求めます。

オ 事業所の介護支援専門員等が本業務を行う際には、常に身分証を携行し、利用者又は利用者の家族から提示を求められたときにはいつでも身分証を提示します。

カ 介護予防の効果を最大限に発揮できるよう利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援します。

キ 利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うよう努めます。

(3) 事業所は、介護予防サービス計画等の原案について介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者又はその家族に対

して説明します。

ア 事業所は、利用者の介護予防サービス計画等の原案への同意を確認した後、原案に基づく介護予防サービス計画等を作成し、改めて利用者の同意を確認します。

イ 利用者は、事業所が作成した介護予防サービス計画等の原案に同意しない場合には、事業所に対して介護予防サービス計画等の原案の再作成を依頼することができます。

2 サービス実施状況の把握、評価について

(1) 事業所は、介護予防サービス計画等作成後も、利用者又はその家族、更に指定介護予防サービス事業所と継続的に連絡をとり、介護予防サービス計画等の実施状況の把握に努めるとともに目標に沿ったサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業所等との調整を行います。

(2) 事業所は、介護予防サービス計画等が効果的なものとして提供されるよう利用者の状態を定期的に評価します。

(3) 事業所は、利用者が要介護状態となった場合には、利用者へ居宅サービス計画を作成する事業所に関する情報を提供するとともに、利用者が選定した事業所に対して、利用者の同意を得たうえで、利用者に関する情報を提供します。

3 介護予防サービス計画等の変更について

事業所が介護予防サービス計画等の変更の必要性を認めた場合又は介護予防サービス計画等の変更が必要と判断した場合は、事業所と利用者双方の合意をもって介護予防サービス計画等の変更をこの介護予防支援業務実施方法等の手順に従って実施します。

4 要介護認定等の協力について

(1) 事業所は、利用者の要介護・要支援認定又は総合事業の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。

(2) 事業所は、利用者が希望する場合は、要介護・要支援認定又は総合事業の申請を利用者に代わって行います。

5 料金について

事業所が行う介護予防支援等に対しては、利用者の負担はありません。

ただし、介護保険が適用される場合であっても利用者の保険料滞納等により、法定代理受領ができない場合においては、いったん料金を利用者が支払ったうえでサービス提供証明書を発行することになります。なお、料金についてはケアプランの作成内容に応じ、次表の料金のおりとなります。また、各種加算に該当する場合、所定の料金に各種加算の料金が加算されます。

○料金（1か月あたり）

介護予防支援	4, 420 円
介護予防ケアマネジメント（基本型）	4, 420 円
介護予防ケアマネジメント（簡易型）	3, 250 円
介護予防ケアマネジメント（地域型）	1, 020 円

○各種加算（1か月あたり）

初回加算（地域型は除く）	3, 000 円
委託連携加算（地域型は除く）	3, 000 円

○各種減算（1か月あたり）

高齢者虐待防止措置未実施減算（簡易型・地域型は除く）	40 円
業務継続計画未策定減算（簡易型・地域型は除く）	40 円

※ サービス提供証明書を足利市元気高齢課の窓口に出すと払い戻しされる場合があります。

6 地域包括支援センターの役割

「要支援1」又は「要支援2」の認定を受けた方が、「介護予防サービス」及び「介護予防・日常生活支援総合事業」を、「事業対象者」に該当する方が、「介護予防・日常生活支援総合事業」を利用するために必要な支援や助言を地域包括支援センターの職員が行います。ご不明な点等がある場合は、担当する地域包括支援センターまでご連絡ください。

1 介護予防サービス計画の作成について

(1) 地域包括支援センター（以下「センター」といいます。）は、介護予防サービス計画の原案作成に際しては、次の点に配慮します。

ア 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族に面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。

イ 利用する介護予防サービスの選択にあたっては、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関する情報を利用者またはその家族に提供します。

ウ センターは、利用者に対して介護予防サービスの内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導または指示を行いません。

エ センターは、介護予防サービス計画の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるようサービス等の担当者から専門的な見地からの情報を求めます。

オ センターの介護支援専門員等が本業務を行う際には、常に身分証を携帯し、利用者または利用者の家族から提示を求められたときにはいつでも身分証を提示します。

カ 介護予防の効果を最大限に発揮できるよう利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援します。

キ 利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うよう努めます。

(2) センターは、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めます。

(3) センターは、介護予防サービス計画の原案について介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者またはその家族に対して説明します。

ア センターは、利用者の介護予防サービス計画の原案への同意を確認した後、原案に基づく介護予防サービス計画を作成し、改めて利用者の同意を確認します。

イ 利用者は、センターが作成した介護予防サービス計画の原案に同意しない場合には、センターに対して介護予防サービス計画の原案の再作成を依頼することができます。

2 サービス実施状況の把握、評価について

- (1) センターは、介護予防サービス計画作成後も利用者またはその家族さらに指定介護予防サービス事業所と継続的に連絡をとり、介護予防サービス計画の実施状況の把握に努めるとともに目標に沿ったサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業所等との調整を行います。
- (2) センターは、介護予防サービス計画が効果的なものとして提供されるよう利用者の状態を定期的に評価します。
- (3) センターは、利用者が要介護状態となった場合には、利用者へ居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所に関する情報を提供するとともに、利用者が選定した居宅介護支援事業所に対して利用者の同意を得た上で利用者に関する情報を提供します。

3 介護予防サービス計画の変更について

センターが介護予防サービス計画の変更の必要性を認めた場合または介護予防サービス計画の変更が必要と判断した場合は、センターと利用者双方の合意をもって介護予防サービス計画の変更をこの指定介護予防支援業務実施方法等の手順に従って実施します。

4 要介護認定等の協力について

- (1) センターは、利用者の要介護または要支援認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。
- (2) センターは、利用者が希望する場合は、要介護または要支援認定の申請を利用者に代わって行います。

5 料金について

センターが行う介護予防支援に対しては、利用者の負担はありません。

ただし、介護保険が適用される場合であっても利用者の保険料滞納等により、法定代理受領ができない場合においては、いったん次表の料金を利用者が支払ったうえでサービス提供証明書を発行することになります。なお、料金についてはケアプランの作成内容に応じ、次表の料金のとおりとなります。また、各種加算に該当する場合、所定の料金に各種加算の料金が加算されます。

※ サービス提供証明書を介護保険課の窓口に提出すると払い戻しされる場合があります。

○料金（1か月あたり）

介護予防支援	4,420円
介護予防ケアマネジメント（基本型）	4,420円
介護予防ケアマネジメント（簡易型）	3,250円
介護予防ケアマネジメント（地域型）	1,020円

○各種加算（1か月あたり）

初回加算（地域型は除く）	3,000円
委託連携加算（地域型は除く）	3,000円

○各種減算（1か月あたり）

高齢者虐待防止措置未実施減算（簡易型・地域型は除く）	40円
業務継続計画未策定減算（簡易型・地域型は除く）	40円

※ サービス提供証明書を足利市元気高齢課の窓口に提出すると払い戻しされる場合があります。

契約の終了に係る申出書（解約・非更新）

地域包括支援センター〇〇

（申出日） 令和 年 月 日

私は、 年 月 日に貴センターと契約した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、以下のとおり解約・非更新を申し入れます。

- 年 月 日をもって契約の解除を申し入れます。
- 支給決定期間の更新をしないため（サービスを利用しないため）要支援認定の有効期間の満了日をもって契約を更新しないことを申し入れます。

契約者氏名	
契約者住所	
代理人氏名 (代理人がいる場合)	本人との関係 ()
代理人住所 (代理人がいる場合)	
被保険者番号	
契約終了日	

<事業所記入欄>

申出受付日 令和 年 月 日

地域包括支援センター 〇〇

令和 年 月 日

様

地域包括支援センター ○○

代表者 ○○ ○○

介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）利用契約解除通知書

令和 年 月 日に契約解除申し出のありました、下記の契約について、令和 年 月 日をもって解除します。

記

- 1 解除する契約 介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）利用契約
- 2 契約締結日 令和 年 月 日
- 3 契約者 (甲)
(乙)
(丙)
- 4 契約の内容 介護予防サービスの利用を目的とした介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）利用契約

以上

(居宅介護支援事業所→地域包括支援センター)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実績報告書兼請求書

年 月 日

様

住 所

法人名

(事業所名)

代表者

電話番号

受託した介護予防ケアマネジメント業務について、下記のとおり報告し、業務委託料を請求します。

(年 月分)

請求額 _____ 円

【内訳】

介護予防支援費	4,420円	×	人	=	円
介護予防支援費(高齢者虐待防止措置未実施減算)	4,380円	×	人	=	円
介護予防支援費(初回加算)	3,000円	×	人	=	円
基本型ケアマネジメント	4,420円	×	人	=	円
基本型ケアマネジメント(高齢者虐待防止措置未実施減算)	4,380円	×	人	=	円
簡易型ケアマネジメント	3,250円	×	人	=	円
地域型ケアマネジメント	1,020円	×	人	=	円
介護予防ケアマネジメント(初回加算)	3,000円	×	人	=	円
委託連携加算	3,000円	×	人	=	円

振込先情報

住所	〒		
フリガナ 口座名義人			
振込先	金融機関名	支店名	普通・当座
口座番号			